Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie

Beate Kubny-Lüke

3. Auflage

Thieme

Thieme

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie

Herausgegeben von
Beate Kubny-Lüke

Jennifer Creek
Angela Döring
Wiebke Flotho
Birgit Hirsekorn
Marie Hofmann
Michael Iwama
Kirsten Köhler
Albrecht Konrad
Petra Köser
Beate Kubny-Lüke
Heike Lagemann
Heidi Landmann
Mieke le Granse
Thomas Madsack
Christiane Mentrup
Christiane Schlicht
Ines Schöpplein
Annekatrin Scholz
Daniela Schulte
Kit Sinclair
Anne Marie Stein
Anja Timmer
Regine Wilms
Imke Winkelmann
Susanne Wortelkamp

3. Auflage

89 Abbildungen
40 Tabellen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bibliografische Information
der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

1. Aufl. 2003
2. Aufl. 2009

© 2017 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
Telefon: + 49 (0711) 8931-0
Unsere Homepage: www.thieme.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Bosch-Grafik, Münsingen-Magolsheim;
Helmut Holtermann, Dannenberg
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfoto: Patientenbild
Satz: Primustype Hurler GmbH, Notzingen
Druck: Westermann Druck, 08058 Zwickau

ISBN 978-3-13-241182-1 1 2 3 4 5 6
Auch erhältlich als eBook:
eISBN 978-3-13-241181-4

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Jennifer Creek
39 Belmangate
Guisborough
North Yorkshire, TS14 7AB
Großbritannien

Angela Döring
Hangohrstr. 17
45279 Essen

Wiebke Flotho
Ahlemer Str. 10
30451 Hannover

Birgit Hirsekorn
Am Münzenkamp 9
44319 Dortmund

Marie Hofmann
Eichelsdorfer Str. 26
97461 Hofheim i. Ufr.

Dr. Michael K. Iwama
4 Retreat Road
Augusta, Georgia 30909
USA

Kirsten Köhler
Leipziger Straße 14
49504 Lotte

Petra Köser
Jeggener Weg 60
49084 Osnabrück

Albrecht Konrad
Brandschenkestrasse 40
8001 Zürich
Schweiz

Beate Kubny-Lüke
Alvenslebenstr. 1
50668 Köln

Heike Lagemann
Edmund-Wellenstein-Str. 27
40885 Ratingen

Heidi Landmann
Hohe Str. 1
30449 Hannover

Mieke le Granse
Erkstraat 13
NL-6416 HE Heerlen

Thomas Madsack
Am Weinberg 39
35096 Weimar

Christiane Mentrup
Zürcher Hochschule Winterthur
Departement Gesundheit
Institutsleitung Ergotherapie
Bankstraße 4 (Postfach 805)
8401 Winterthur
Schweiz

Christiane Schlicht
Brookstr. 16
49504 Lotte

Ines Schöpplein
Querbachshofer Str. 6
97618 Hohenroth

Annekatrin Scholz
Strassgärten 11
98646 Gleichamberg

Daniela Schulte
Gutenbergstr. 27A
49076 Osnabrück

Kit Sinclair
Hong Kong Polytechnic University
Department of Rehabilitation Sciences
Hung Hom, Kowloon
Hong Kong
P.R. China

Anne Marie Stein
Im Rheinfeld 8
51149 Köln

Anja Timmer
Kesselstr. 3
45355 Essen

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Regine Wilms
Vereinsstr. 43
25554 Nortorf

Imke Winkelmann
Die Eversburg 21
49090 Osnabrück

Susanne Wortelkamp
Kopernikusweg 12
44807 Bochum

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Beate Kubny-Lüke arbeitet seit 2004 beim Landschaftsverband Rheinland und ist hier vor allem mit Fragen der außerklinischen psychiatrischen Versorgung beschäftigt. Zu ihren Aufgaben gehört es auch, die Ergotherapieabteilungen in den neun Rheinischen Kliniken bei ihrer Weiterentwicklung zu begleiten und zu beraten.

Ihre Ausbildung als Ergotherapeutin schloss sie 1986 in Essen ab. Sie arbeitete danach mehrere Jahre in verschiedenen Einrichtungen und Handlungsfeldern der Psychiatrie.

1991 beendete sie das Zusatzstudium Kunsttherapie und 1993 erhielt sie ihr Diplom als Pädagogin. Darauf folgte eine mehrjährige Tätigkeit als Dozentin an der Schule für Ergotherapie in Bonn, bevor sie 1999 begann, als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Referentin in verschiedenen psychiatrischen Fachverbänden zu arbeiten.

Seit vielen Jahren ist sie zudem als Referentin für Seminare und Vorträge über ergotherapeutische und sozialpsychiatrische Themen tätig. Sie engagierte sich mehrere Jahre im Fachkreis Psychiatrie des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten und veröffentlichte zahlreiche Fachartikel, u. a. in Ergotherapie & Rehabilitation.

Es ist ihr ein Anliegen, dass Ergotherapeuten in der Psychiatrie den Blick über den eigenen Tellerrand wagen und ihre berufsspezifische Sichtweise und Kompetenzen in das sozialpsychiatrische Handeln einbringen. Das vorliegende Fachbuch gab ihr die Möglichkeit, hierzu beizutragen.

Neben ihren beruflichen Aktivitäten verbringt sie Zeit mit ihren Kindern und ihrer Partnerin und geht dann all den Dingen nach, die Spaß machen und entspannen: Lesen, Joggen, Singen, Wandern, Reisen etc.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Vorwort zur 2. Auflage

Es freut mich sehr, dass dieses Lehrbuch für Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie nun schon in der zweiten Auflage erscheint. Für mich ist dies ein Hinweis darauf, dass Ergotherapeutinnen und -therapeuten häufig mit psychisch kranken Menschen arbeiten und das psychiatrische Behandlungs- und Versorgungssystem für unsere Berufsgruppe eine Vielzahl von Arbeitsmöglichkeiten bereithält.

In der ersten Auflage wurde, aufbauend auf der von Ingrid Scheiber in ihrem Buch *Ergotherapie in der Psychiatrie* (München: Bardtenschlager Verlag 1989, Köln: Stam-Verlag 1995) entwickelten Systematik der ergotherapeutischen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie, eine Spezifikation und Konkretisierung dieser in den verschiedenen speziellen psychiatrischen Fachbereichen vorgenommen. Gleichzeitig wurden neuere Entwicklungen in der Ergotherapie und Psychiatrie beschrieben und in ihrer Bedeutung für die psychiatrische Ergotherapie dargestellt.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage im Jahr 2003 hat die ergotherapeutische Berufsentwicklung im deutschsprachigen Raum an Dynamik gewonnen. Verschiedene Modellstudiengänge konnten sich etablieren und mittlerweile wächst eine Generation junger Ergotherapeutinnen und -therapeuten heran, die sich zunehmend selbstverständlicher an Forschung, Theorie- und Konzeptbildung beteiligten.

Die zweite Auflage gibt den Autorinnen und Autoren und mir als Herausgeberin die Möglichkeit, den aktuellen Wissens- und Entwicklungsstand der Ergotherapie sowie anderer angrenzender Disziplinen zu berücksichtigen und in das Lehrbuch aufzunehmen. Dabei ist es mir wichtig, dass in diesem Lehrbuch Modelle, Theorien und Konzepte gut verständlich und immer im Hinblick auf ihre praktische Umsetzung beschrieben sind.

In der zweiten Auflage bleibt die bisherige Struktur des Lehrbuches weitgehend erhalten: von allgemeinen Fragen der psychiatrischen Versorgung geht es zu übergeordneten ergotherapeutischen Behandlungsaspekten und dann zur Anwendung der Ergotherapie in den verschiedenen psychiatrischen Behandlungsbereichen.

Das erste Kapitel widmet sich der Psychiatrie und ihrer Reform bis heute. Verschiedene Klassifikationssysteme werden eingeführt, wobei vor allem das Kapitel zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) aktualisiert und durch ein Fallbeispiel ergänzt wurde.

Das zweite Kapitel widmet sich zum einen den konzeptionellen Modellen der Ergotherapie. Unter Heranziehung der aktuellen Weiterentwicklungen des jeweiligen ergotherapeutischen Praxismodells wurden vor allem die Ausführungen zum Model of Human Occupation und zum Canadian Model of Occupational Performance überarbeitet, während das Model of Profession and Concept of Adaptive Skills in seiner bisherigen Fassung übernommen wurde. Neu hinzugekommen ist durch die Einführung in das Kawa-(Fluss-)Modell aus Japan ein Blick über unseren kulturellen Tellerrand.

Die folgenden Ausführungen zu Planung, Durchführung und Überprüfung der ergotherapeutischen Behandlung psychisch kranker Menschen wurden überarbeitet und erweitert, insbesondere die evidenzbasierte Praxis in der psychiatrischen Ergotherapie neu aufgenommen. Auch die Ausführungen zu den ergotherapeutischen Behandlungsverfahren wurden aktualisiert und um den Aspekt der sozialen Unterstützung erweitert.

Es freut mich besonders, dass in der zweiten Auflage mit dem Kapitel *Ein internationaler Blickwinkel auf die Ergotherapie* ein kultursensibler Blick auf die Ergotherapie geworfen wird. Kit Sinclair und Jennifer Creek verdeutlichen, dass sich die Kulturen und Gesellschaften hinsichtlich ihres Lebensstils, ihrer Erwartungen und Bedingungen sehr unterscheiden und hierdurch die Ergotherapie beeinflussen.

Nach diesen einführenden Kapiteln, die Basiswissen und Hintergrund bieten, wird im Folgenden ausführlich, tiefgehend und praxisnah die ergotherapeutische Behandlung verschiedener psychischer Erkrankungen dargestellt.

Das vierte Kapitel widmet sich den Krankheitsbildern der Allgemeinpsychiatrie, während im fünften Kapitel spezielle psychiatrische Fachbereiche beschrieben werden.

Die Leserinnen und Leser erfahren Grundlegendes über die ergotherapeutische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Suchttherapie, in der Psychosomatik, in der Gerontopsychiatrie und in der Forensischen Psychiatrie. Gemeinsames Vorgehen der Autorinnen und des Autors ist es, sowohl das Allgemeine der ergotherapeutischen Arbeit im Fachbereich zu beschreiben als auch das Besondere des jeweiligen Behandlungsansatzes und psychiatrischen Bereiches darzustellen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kapitel 4 und 5 wurden ebenfalls aktualisiert und teilweise erweitert. Insbesondere werden noch stärker als in der ersten Auflage Ansätze zum Transfer konzeptioneller Bezugsrahmen in die praktische Arbeit aufgezeigt, z.B. durch Ausführungen zum Child Occupational Self Assessment (COSA) im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie oder durch ein Umsetzungsbeispiel zur Anwendung des COPM im Behandlungsbereich Psychosomatik.

Zudem haben die Autorinnen und Autoren die zweite Auflage genutzt, neue Entwicklungen in den psychiatrischen Fachbereichen darzustellen. Als Beispiel genannt seien hier vertiefende Ausführungen zur ergotherapeutischen Behandlung von alten Menschen mit Psychosen, die vor dem Hintergrund der allgemein steigenden Lebenserwartung zunehmend im Fachbereich Gerontopsychiatrie anzutreffen sind, oder die Beschreibung neuer spezifischer Instrumente und Assessments der Ergotherapie in der forensischen Psychiatrie.

Das Buch versteht sich als Lehrbuch und richtet sich damit in erster Linie an Ergotherapieschülerinnen und -schüler und Berufsanfängerinnen und -anfänger. Jedoch hoffen wir, dass es auch berufserfahrenen Ergotherapeutinnen Anregungen, Ideen und Informationen bieten kann.

Um die Leserinnen und Leser durch den Dschungel der derzeitig gebräuchlichen und relevanten Abkürzungen der Ergotherapie zu lotsen, folgt auf das Inhaltsverzeichnis ein „Abkürzungsverzeichnis plus“, das um Literaturangaben bereichert wurde und so die Suche nach weiterführender Literatur zu den immer wieder genannten Konzepten und Modellen erleichtert. Am Ende jedes Kapitels schließt sich eine ausführliche Literaturliste an.

Es war mir als Herausgeberin ein Anliegen, eine Sprachregelung zu finden, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt. Das gewählte Modell wird meines Erachtens der Realität gerecht, in der die überwiegende Zahl der Berufsangehörigen (und der Autorenschaft) weiblich ist: Es wird im Folgenden im Singular, bezogen auf die konkrete therapeutische Situation, von der Ergotherapeutin und von dem Patienten bzw. Klienten gesprochen. Das Kapitel über Forensische Psychiatrie wurde hiervon ausgenommen, da dies einer der wenigen Fachbereiche ist, indem überwiegend männliche Ergotherapeuten arbeiten. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde (abgesehen vom Vorwort) auf Doppelbezeichnungen jedoch verzichtet.

Zu guter Letzt sei allen, die an der Erstellung der zweiten Auflage dieses Buches beteiligt waren, gedankt: den Autorinnen und Autoren, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Verlages (insbesondere Heidrun Becker, Dorothee Richard) und last but not least meiner Familie.

Köln, im Juni 2009 Beate Kubny-Lüke

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Vorwort zur 1. Auflage

Als vor über zehn Jahren das erste Fachbuch zur psychiatrischen Ergotherapie erschien: Ergotherapie in der Psychiatrie von Ingrid Scheiber (München: Bardtenschlager Verlag 1989, Köln: Stam-Verlag 1995), leistete die Autorin für die Ergotherapie (nicht nur in der Psychiatrie) einen wegweisenden Beitrag. Die ergotherapeutischen Behandlungsmethoden der Psychiatrie wurden erstmals systematisiert und ausführlich beschrieben. Das hier nun vorliegende neue Fachbuch zur psychiatrischen Ergotherapie tritt in diese Fußstapfen und baut auf der damals geprägten Systematik und Terminologie auf.

Darüber hinaus habe ich mir als Herausgeberin das Ziel gesetzt, in diesem Fachbuch die aktuell stattfindenden Entwicklungen der Ergotherapie und der Psychiatrie zu integrieren und die ergotherapeutische Behandlung in den vielfältigen psychiatrischen Fachbereichen und Handlungsfeldern zu spezifizieren und zu konkretisieren.

Hierzu gliedert sich das Buch in vier Kapitel, wobei die Leserinnen und Leser im ersten Kapitel zunächst einiges über die Psychiatrie und ihren Reformprozess erfahren, verschiedene Klassifikationssysteme kennen lernen und einen Überblick über die psychiatrische Versorgungslandschaft mit ihren vielfältigen ergotherapeutischen Arbeitsfeldern erhalten.

Sich in dieser Landschaft auszukennen, unterstützt Ergotherapeutinnen in ihrem Bemühen, die Qualität ihrer Behandlung weiter zu verbessern und ermöglicht es ihnen mit anderen Berufsgruppen gemeinsam, die psychiatrische Versorgung bedarfsorientiert zu entwickeln.

Das zweite Kapitel widmet sich zum einen den konzeptionellen Modellen der Ergotherapie. Drei von ihnen werden dargestellt (MOHO, CMOP, Model of profession and concept of adaptive skills), und ihre Anwendung in der psychiatrischen Ergotherapie wird beschrieben. Dem folgen Ausführungen zur Planung, Durchführung und Überprüfung der ergotherapeutischen Behandlung psychisch kranker Menschen. Dabei werden aktuelle Entwicklungen in der Ergotherapie, wie z. B. clinical reasoning, Qualitätssicherung, Evaluation, ebenso berücksichtigt wie die ergotherapeutischen Behandlungsverfahren, die in der psychiatrischen Ergotherapie bevorzugt eingesetzt werden.

Nach diesen einführenden Kapiteln, die Basiswissen und Hintergrund bieten, wird in den folgenden Abschnitten ausführlich, tiefgehend und praxisnah die ergotherapeutische Behandlung verschiedener

Das dritte Kapitel konzentriert sich dabei auf die klassischen psychischen Erkrankungen der Allgemeinpsychiatrie, während im vierten Kapitel einzelne Fachbereiche, teilweise erstmalig, in der ergotherapeutischen Fachliteratur beschrieben werden. So erfahren die Leserinnen und Leser etwas über die ergotherapeutische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der Suchttherapie, in der Psychosomatik, in der Gerontopsychiatrie und in der Forensischen Psychiatrie. Die Autorinnen und Autoren haben dabei sowohl das Allgemeine der ergotherapeutischen Arbeit im Fachbereich herausgearbeitet, als auch das Besondere des jeweiligen Behandlungsansatzes und psychiatrischen Bereiches ausführlich dargestellt.

Das Buch versteht sich als Lehrbuch und richtet sich damit an Ergotherapieschülerinnen und Berufsanfängerinnen. Jedoch hoffen wir, dass es auch berufserfahrenen Ergotherapeutinnen Anregungen, Ideen und Informationen bieten kann.

Um die Leserinnen und Leser durch den Dschungel der derzeitig gebräuchlichen und relevanten Abkürzungen der Ergotherapie zu lotsen, folgt auf das Inhaltsverzeichnis ein „Abkürzungsverzeichnis *plus*“, das um Literaturangaben bereichert wurde und so die Suche nach weiterführender Literatur zu den immer wieder genannten Konzepten und Modellen erleichtert. Am Ende jeden Kapitels schließt sich eine ausführliche Literaturliste an.

Es war mir als Herausgeberin ein Anliegen, eine Sprachregelung zu finden, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde jedoch auf Doppelbezeichnungen verzichtet. Das gewählte Modell wird m. E. der Realität gerecht, in der die überwiegende Zahl der Berufsangehörigen (und der Autorenschaft) weiblich ist: es wird von Ergotherapeutinnen, Ergotherapieschülerinnen gesprochen und von Patienten und Klienten. Das Kapitel über Forensische Psychiatrie wurde hiervon ausgenommen, um den einzigen Autor in diesem Buch zu berücksichtigen.

Zu guter Letzt sei allen, die an der Erstellung dieses Buches beteiligt waren gedankt: den Autorinnen und dem Autor, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Verlages (im Besonderen Rosi Haarer-Becker und Eva Grünewald) und last but not least den Menschen, die die Entstehung dieses Buches direkt oder indirekt mitgetragen, unterstützt und ermöglicht haben: Simon und Vinzent Lüke, Heike Müller und Markus Lüke.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung 1

1.1 Entwicklung der psychiatrischen Versorgung 2
Beate Kubny-Lüke

1.1.1 Geschichte der Psychiatrie – eine Geschichte der Ausgrenzung 2

1.2 Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie 9
Beate Kubny-Lüke

1.2.1 Ergotherapeutische Arbeitsbereiche und Tätigkeitsfelder 10

1.3 Klassifikation psychischer Erkrankungen 19
Beate Kubny-Lüke

1.3.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 20

1.3.2 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen 21

1.3.3 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation 22

1.4 Literatur 30

2 Ergotherapeutische Arbeitsweisen in der Psychiatrie 33

2.1 Therapieplanung im Kontext der konzeptionellen Modelle 34
Beate Kubny-Lüke

2.1.1 Model of Human Occupation: eine psychosoziale Perspektive 34
Christiane Mentrup und Daniela Schulte

2.1.2 Anne Moseys Bezugsrahmen und ihre Einsatzmöglichkeiten 65
Mieke le Granse

2.1.3 CMOP und COPM 84
Wiebke Flotho, Annekatrin Scholz, Ines Schöpplein, Marie Hofmann

2.1.4 Kawa-(Fluss-)Modell: klienten- und kontextzentrierte Ergotherapie 94
Michael K. Iwama und Imke Winkelmann

2.2 Ergotherapeutische Behandlung 107
Heike Lagemann

2.2.1 Rahmenbedingungen und Grundlagen der Qualitätssicherung 107

2.2.2 Therapeutische Grundhaltung und Gesprächsführung 111

2.2.3 Klientenzentrierte Ergotherapie 114

2.2.4 Ergotherapeutischer Prozess und Befunderhebung 115

2.2.5 Therapieziele 119

2.2.6 Dokumentation und Evaluation 119

2.3 Evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie 124
Heike Lagemann

2.3.1 Was bedeutet evidenzbasierte Praxis? 124

2.3.2 Warum ist eine evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie notwendig? 125

2.3.3 Wo findet man Evidenzen? 125

2.3.4 Wie erfolgt die Vorgehensweise? 126

2.3.5 Welche Studientypen gibt es? 127

2.3.6 Was ist die beste Evidenz? 129

2.3.7 EBP in der psychiatrischen Ergotherapie . . 129

2.3.8 Schlussbemerkungen 132
Angela Döring

2.4 Behandlungsverfahren in der Psychiatrie 137
Heike Lagemann

2.4.1 Psychosoziale Behandlungsverfahren 140
Heike Lagemann, Wiebke Flotho, Beate Kubny-Lüke, Anne Marie Stein

2.4.2 Neuropsychologische Behandlungsverfahren – Hirnleistungstraining 173
Beate Kubny-Lüke, Christiane Schlicht

2.4.3 Arbeitstherapeutische und arbeitsrehabilitative Verfahren 178
Kirsten Köhler und Petra Köser

2.4.4 Soziale Unterstützung 186
Albrecht Konrad

2.5 Literatur 192

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

3 Ein internationaler Blickwinkel auf die psychiatrische Ergotherapie . . . 201

Jennifer Creek und Kit Sinclair

3.1 Einleitung . . . 202

3.2 In welcher Hinsicht unterscheidet sich die Ergotherapie von Land zu Land? . . . 202

3.2.1 Geografische und demografische Aspekte oder wo unser Platz in der Welt ist . . . 202

3.2.2 Kultur oder wer wir sind . . . 204

3.2.3 Dienstleistungsstrukturen und -systeme . . . 205

3.3 Internationale Praxis der Ergotherapie . . . 206

3.3.1 Das Wesen der therapeutischen Beziehungen . . . 206

3.3.2 Theorien und Modelle . . . 207

3.3.3 Ansätze und Techniken des Assessments und der Intervention . . . 209

3.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen . . . 211

3.5 Literatur . . . 211

4 Krankheitsbilder der Allgemeinpsychiatrie und ihre ergotherapeutische Bedeutung . . . 213

4.1 Psychosen . . . 214

Birgit Hirsekorn

4.1.1 Schizophrene Psychosen . . . 214

4.1.2 Affektive Psychosen und affektive Störungen . . . 224

4.2 Persönlichkeitsstörungen . . . 234

Beate Kubny-Lüke

4.2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung . . . 235

Wiebke Flotho

4.3 Neurosen . . . 249

Birgit Hirsekorn

4.3.1 Angststörung (Angstneurose) . . . 249

4.3.2 Zwangsstörung (Zwangsneurose) . . . 257

4.4 Literatur . . . 264

. . . 264

5 Ergotherapie in psychiatrischen Fachbereichen . . . 267

5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . 268

Anja Timmer und Susanne Wortelkamp

5.1.1 Einleitung . . . 268

5.1.2 Störungsbilder . . . 270

5.1.3 Ergotherapeutische Behandlung . . . 299

5.2 Gerontopsychiatrie . . . 337

Heidi Landmann

5.2.1 Einleitung . . . 337

5.2.2 Krankheitsbilder . . . 341

5.2.3 Ergotherapeutische Behandlungsansätze . . . 348

5.3 Psychosomatik . . . 363

Wiebke Flotho

5.3.1 Einführung . . . 363

5.3.2 Krankheitsbilder . . . 366

5.3.3 Ergotherapeutische Behandlungsansätze und Methoden . . . 370

5.4 Sucht . . . 389

Regine Wilms

5.4.1 Einleitung . . . 389

5.4.2 Systematik der Suchtstoffe und Suchterkrankungen . . . 389

5.4.3 Suchthilfesystem . . . 392

5.4.4 Suchterkrankung . . . 396

5.4.5 Therapeutische Haltung . . . 400

5.4.6 Ergotherapeutische Methoden . . . 402

5.4.7 Ergotherapeutische Medien . . . 406

5.4.8 Arbeitstherapie . . . 411

5.4.9 Arbeitsstörungen . . . 418

5.4.10 Planung der beruflichen Reintegration . . . 422

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5.5 Forensische Psychiatrie 426
Thomas Madsack

5.5.1 Einleitung 426
5.5.2 Rechtliche Grundlagen. 429
5.5.3 Forensische Klientel 431
5.5.4 Forensische Besonderheiten 433
5.5.5 Behandlungsphasen 436
5.5.6 Stationsübergreifende Gruppentherapien . 439
5.5.7 Aufgaben und Funktionen der Ergotherapie. 441
5.5.8 Forensisch-prognostische Verfahren 442
5.5.9 Job Assessment Tools. 443
5.5.10 Betreute Arbeitsplätze 444
5.5.11 Berufliche Ausbildungs- und Qualifizierungsangebote 445
5.5.12 Fazit. 446

5.6 Literatur 446

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abkürzungsverzeichnis *plus*

ACIS	Assessment of Communication and Interaction Skills	Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G. Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten. Deutsche Übersetzung: Mentrup C. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.
CMOP	Canadian Model of Occupation Performance	Law M, Polatajko H, Carswell A, McColl MA, Pollock N, Baptiste S. Das Kanadische Modell der Occupational Performance und das Canadian Occupational Performance Measure. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Rehabilitation und Prävention 49. 2. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer; 1999.
COPM	Canadian Occupational Performance Measure	Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. COPM – Canadian Occupational Performance Measure. Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B, Harth A, Meyer A. Im Eigenverlag der Übersetzerinnen. 4. Auflage 2007 (Originalarbeit 1998). Zu beziehen über: www.copm-zertifikat.de.
COPM$^{a\text{-}kids}$	Canadian Occupational Performance Measureadaptiert für Grundschulkinder	Gede H, Kriege S, Strebel H, Sulzmann-Dauer I. Kinder zu Wort kommen lassen. Die adaptierte Version des Canadian Occupational Performance Measure für Grundschulkinder. Idstein: Schulz-Kirchner; 2007.
COSA	Children Occupational Self Assessment	Frederico J, Kielhofner G. The Child Occupational Therapy Assessment. Chicago: Model of Human Occupation. Clearinghouse; 2002.
DBT	Dialektisch behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Fertigkeitentraining)	Linehan MM. Dialektisch behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien; 1996.
DIKJ	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche	Stiensmeier-Pelster J, Schürmann M, Duda K. Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Göttingen: Hogrefe; 2000.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostische Kriterien. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textversion DSM IV-TR. Göttingen: Hogrefe; 2003.
DTVP-2	Developmental Test of Visual Perception 2	Hammill DD, Pearson NA, Voress JK. Development Test of Visual Perception (DTVP-2). 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1993.
EBM	Evidence Based Medicine	Rosenberg W, Donald A. Evidenced based medicine: an approach to clinical problem solving. BMJ. 1995; 310:1122–1126.
EPM	Ergotherapeutisches Prognosemodul	Madsack T. Ergotherapeutisches Prognosemodul (EPM). Haina: Klinik für Forensische Psychiatrie; 2002.
FEW	Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung	Frostig M, Lockowandt O. Frostig Test der visuellen Wahrnehmung. 9. Auflage. Göttingen: Beltz; 2000.
FTM	Frostig-Test der motorischen Entwicklung	Frostig M, Bratfisch O. Frostigs Test der motorischen Entwicklung (FTM). Handanweisung. Stockholm: AOB Studium; 1985.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

FTT	Fairy Tale Test – Märchentest	Coulacoglou C. Fairy Tale Test (FTT). 2. Auflage. Ein projektiver Persönlichkeitstest für Kinder. Göttingen: Hogrefe; 2003.
GMT	Graphomotorische Testbatterie	Rudolf H. Graphomotorische Testbatterie (GMT). Göttingen: Hogrefe; 1986.
HDT	Hand-Dominanz-Test	Steingrüber HJ, Lienert GA. Hand-Dominanz-Test. Handanweisung. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1976.
HSET	Heidelberger Sprachentwicklungstest	Grimm H, Schöler H. Heidelberger Sprachentwicklungstest. Göttingen: Hogrefe; 1991.
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan	Kauder V. Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1997.
IC	Interessencheckliste	Matsutsuyu J. The Interest Checklist. Amer J Occup Ther. 1967; 11:170.
ICD	International Classification of Diseases	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision Version 2007. German Modification. Vierstellige ausführliche Systematik. www.dimdi.de/Klassifikationen/Diagnosen/ICD-10. 2007.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: MMI – Der Wissensverlag; 2006.
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps	Schuntermann MF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit. Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzdarstellung. www.ifrr.vdr.de.
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderung in der Arbeitswelt	Imba-Team. Imba – Integration von Menschen mit Behinderung in der Arbeitswelt. Das Instrument für Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation und Integration. www.imba.de. Köln: 2008.
IPT	Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten	Roder V, Brenner H, Kienzle N, Hodel B. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). Weinheim: Beltz/PVU; 2002.
KBT	Konzentrative Bewegungstherapie	Becker H. Konzentrative Bewegungstherapie. Gießen: Psychosozial Verlag; 2001.
Kinder DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter	Unnewehr S, Schneider S, Margraf J. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Kinder-DIPS). Heidelberg: Springer; 1995.
KoCo	Kognitives Training am Computer	Schacherl-Hofer I, Schacherl R. Kognitives Training am Computer (KoCo). www.koco-online.com. 2008.
KTK	Körper-Koordinationstest für Kinder	Kiphard EJ, Schilling F. Körper-Koordinationstest für Kinder KTK. Weinheim: Beltz; 1985.
LFP	Lübecker Fähigkeitenprofil	Schirrmacher T. Das Lübecker Fähigkeitenprofil (LFP). Neue Reihe Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
Los KF 18	Lincoln-Oseretzky-Skala Kurzform	Eggert D. Lincoln-Oseretzky-Skala Kurzform (LOS KF 18). 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1974.
MELBA	Merkmale zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit	Föhres F, Kleffmann A, Müller B, Weinmann S, Hrsg. MELBA – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Siegen: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; 1997. www.melba.de; 2008.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

MFED	Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (1–3 Jahre)	Hellbrügge T. Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. 2. und 3. Lebensjahr. 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1994.
MKT	Marburger Konzentrationstraining	Krowtschek D. Marburger Konzentrationstraining. Göttingen: Hogrefe; 2007.
MOHO	Model of Human Occupation	Kielhofner G. Model of Human Occupation. 4. ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
MOT	Motorik-Test für Kinder	Volkamer M, Zimmer R. Motorik-Test für 4–6-jährige Kinder (MOT 4–6). 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1987.
OCAIRS	Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale	Kaplan K, Kielhofner G. Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale. (Mentrup C. Trans.). Script zum Symposium 95 der Berufsfachsschule für Ergotherapie Melle in Osnabrück; 1995 (unveröffentlichte Originalarbeit 1989).
OPHI II	Occupational Performance History Interview II	Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, Walens D. The Occupational Performance History Interview (Version 2.1) (Interview zur Betätigungsvorgeschichte). Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B u. J. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008.
OQ	Occupational Questionnaire	Smith NR, Kielhofner G, Watts J. The relationship between volition, activity patterns and life satisfaction in the elderly. Amer J Occup Ther. 1986; 40:278.
OSA	Occupational Self Assessment	Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Deutsche Übersetzung: Reinhartz S. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.
PEGASUS	Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen	Wienberg G, Sibum B. Psychoedukative Therapien schizophren Erkrankter – Einordnung und Überblick. In: Wienberg G, Hrsg. Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. 4. aktualisierte Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2003.
PSB-R 6-13	Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 6. bis 13. Klassen	Horn W. Neubearbeitung von Lukesch H, Mayrhofer S, Kormann A. Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 6. bis 13. Klassen – revidierte Fassung (PSB-R 6-13). Göttingen: Hogrefe; 2003.
PSB-R 4-6	Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 4. bis 6. Klassen	Horn W. Neubearbeitung von Lukesch H, Mayrhofer S, Kormann A. Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 4. bis 6. Klassen – revidierte Fassung (PSB-R 4-6). Göttingen: Hogrefe; 2002.
RC	Rollencheckliste	Oakley F, Kielhofner G, Barris R. The Role Checklist. Occup Ther J Res. 1986; 6:157.
R&R	Reasoning und Rehabilitation	Ross RR, Fabiano EA, Ewles CD. Reasoning and Rehabilitation. Int J Offender Ther Comp Criminol. 1988; 32:29.
SCSIT	Southern California Sensory Integration Test	Ayres J. Southern California Sensory Integration Tests: Motor Accuracy Test Revised. Western Psychological Services; 1985.
SI	Sensorische Integration	Ayres J. Bausteine der kindlichen Entwicklung. Heidelberg: Springer; 2002.
SIPT	Sensory Integration and Praxis Test	Ayres J. Sensory Integration and Praxis Test (SIPT). 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1991.
SPM	Standard Progressive Matrices	Kratzmeier H, Horn R. Raven-Matrizen-Test. Standard Progressive Matrices. Weinheim: Beltz; 1979.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

TÜKI	Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder	Deegener G et al. Tübinger Luria-Cristensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder (TÜKI). 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1997.
VidE	Verhaltenbeobachtung in der Ergotherapie	Madsack T. Verhaltensbeobachtung in der Ergotherapie (VidE). Haina: Klinik für Forensiche Psychiatrie; 2002.
VQ	Volitional Questionnaire	de las Heras CG, Geist R, Kielhofner G, Li Y. The Volitional Questionnaire. Handbuch zum Volitionsbogen. Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B und J. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2009.
WEIS	Work Environment Impact Scale	Moore-Corner R, Kielhofner G. Work Environment Impact Scale (WEIS). Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber. Deutsche Übersetzung: Marotzki U. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.
WRI	Worker Role Interview	Braveman B, Roboson M, Velozo C, Kielhofner G, Fisher G, Forsyth K, Kerschbaum J. Benutzerhandbuch für das Worker Role Interview (Version 10.0). Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B u. J. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2007.
WRP	Work Readiness Program	Olson L. Work Readiness Program (WRP). Deutsche Übersetzung: Höhl W. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008.
ZERA	Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit	Plößl I, Hammer M, Schelling U. ZERA. Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit. 3. Auflage. Psychosoziale Arbeitshilfen 16. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2006.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1 Einführung

1.1 Entwicklung der psychiatrischen Versorgung 2
1.2 Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie 9
1.3 Klassifikation psychischer Erkrankungen 19
1.4 Literatur 30

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1.1 Entwicklung der psychiatrischen Versorgung

Beate Kubny-Lüke

1.1.1 Geschichte der Psychiatrie – eine Geschichte der Ausgrenzung

Die Geschichte der Psychiatrie war über viele Jahrhunderte hinweg eine Geschichte der Ausgrenzung, die in Deutschland während des Nationalsozialismus ihren Höhepunkt in der massenhaften und menschenverachtenden Tötung psychisch Kranker hatte. Nach dem Zweiten Weltkrieg setzte im europäischen Raum und in den angloamerikanischen Ländern ein Reformprozess ein, der eine menschenwürdige, am Rehabilitationsgedanken orientierte Psychiatrie verfolgt. Er ist bis heute nicht abgeschlossen. Psychisch Kranke kämpfen auch heute noch gegen ihre Benachteiligung und Stigmatisierung in der Gesellschaft.

Der nun folgende Überblick über die Geschichte der Psychiatrie vermittelt in der Psychiatrie tätigen Ergotherapeuten Hintergrundwissen, das ihnen ermöglicht, den Weg der Psychiatriereform nachzuvollziehen und ihn zu unterstützen.

Psychische Krankheiten wurden bereits im *Altertum* beschrieben. Erste Dokumentationen von heute noch bekannten Krankheitsbildern (z. B. der Manie und der Depression) findet man schon bei den Griechen (Hippokrates 400 v. Chr.). Neben körperlichen Ursachen (Unordnung im Säfteausgleich des Körpers) wurden im Altertum für diese Erkrankungen spirituelle Auslöser vermutet. Entsprechend wurden neben mystischen Behandlungsmethoden (Beschwörungen, rituelle Handlungen) auch „körperliche" Behandlungen (z. B. Aderlass, Auspeitschen, Zaubergetränke) angewandt. Die Gesellschaft reagierte zum einen mit Ablehnung auf psychisch Kranke, zum anderen aber auch mit Verehrung und Anbetung.

Im *Mittelalter* wurden psychisch Kranke aufgrund ihrer krankheitsbedingten Eigenheiten und Verhaltensweisen von der Gesellschaft häufig als so bedrohlich erlebt, dass sie als Hexen und Besessene verfolgt, gequält, gefoltert und getötet wurden. Es gab keine systematischen Behandlungs- und Erklärungsansätze für psychische Erkrankungen. Die Kranken lebten überwiegend in ihren Familien oder auf der Straße.

Ab dem *15./16. Jahrhundert (Renaissance)* wurden psychisch Kranke gemeinsam mit zahlreichen anderen Außenseitern der Gesellschaft in Zucht-, Armen-, Arbeits- und Tollhäusern kaserniert und mancherorts sogar den Bürgern auf Jahrmärkten als abschreckendes Beispiel vorgeführt. In einigen europäischen Ländern und Regionen (z. B. Spanien und England) entstanden im 16. Jahrhundert erste Irrenspitäler, die entweder von christlichen Ordensgemeinschaften betrieben oder wie in England als „private madhouses" unternehmerisch geführt wurden. Jedoch wurden auch hier die psychisch Kranken in aller Regel wie Gefangene unter unzumutbaren Bedingungen „gehalten".

Der erste Umbruch in der Versorgung psychisch Kranker wurde durch den Umsturz der Gesellschaftsordnung in der *Französischen Revolution (18. Jahrhundert)* in Gang gesetzt. Philippe Pinel befreite am 24. 5. 1793 die angeketteten „Irren" in der Pariser Irrenanstalt. Er forderte die Einhaltung der Bürgerrechte und die Anerkennung der sozialen Krankenrolle sowie ihrer Privilegien auch für psychisch Kranke: „Diese Menschen sind nicht als Schuldige, sondern als Kranke zu behandeln, die alle Rücksicht verdienen, die man leidenden Menschen schuldig ist" (Pinel 1801, zit. nach Häfner 2001, S. 75).

Die Veränderungen, die sich nun vollzogen, hatten das Ziel, psychisch Kranken den Schutz und die Fürsorge der bürgerlichen Gesellschaft zukommen zu lassen, der auch für körperlich Kranke vorgesehen war. Die „Irrenhäuser" wurden in Heil- und Pflegeanstalten umbenannt und „neue Methoden" hielten Einzug. Strafmaßnahmen wie Nahrungsentzug, Arrest oder Schläge wurden aufgegeben. Die „neuen Methoden" waren jedoch letztlich nicht weniger brutal und menschenunwürdig wie die Straf- und Disziplinierungsmaßnahmen zuvor. Beruhigung sollte durch Erschöpfung oder Fixierung erfolgen. Der Drehstuhl, das „hohle Rad" und die Drehmaschine wurden beispielsweise zur Erschöpfung des Kranken eingesetzt. Fixierungen erfolgten mithilfe von Zwangsstuhl, Zwangsjacke und -bett. Parallel dazu wurden komplizierte Kuren zur Behandlung ersonnen, die gleichermaßen Zwang und Unterdrückung wie musische und fördernde Tätigkeiten einsetzten. So forderte Johann Christian Reil 1803 in seinen „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen": „Diese Anstalten müssen nach folgenden Prinzipien konstruiert sein: 1. Den Irrenden verwahren, dass er sich und anderen nicht schade; 2. ihm alle Mittel zum frohen Genuss seines Daseins anbieten, die seinem Zustand angemessen sind; 3. endlich ihn soweit es möglich ist zur Tätigkeit anhalten" (Reil 1803, zit. nach Domma 1990, S. 30). Die von ihm entworfene Kur beinhaltete dabei „körperliche" Anwendungen wie z. B. die Provokation von Hunger- und Durstzuständen, den Einsatz von Niesmitteln und starkem

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kitzelreiz, die nach heutiger Sicht Foltermethoden sind. Es wurden den Kranken jedoch auch geistige und musische Tätigkeiten angeboten (z. B. die Beschäftigung mit Baukästen, zerschnittenen Landschaftsdarstellungen bzw. Puzzlespielen) und Arbeitsangebote gemacht. Trotz aller Unmenschlichkeit, die aus heutiger Sicht ohne Einschränkung abzulehnen ist, wird Reil heute häufig als Begründer einer systematischen, an Krankheitsphasen orientierten Behandlung angesehen (Domma 1990).

Die Industrialisierung und die damit einhergehenden Veränderungen der sozialen Strukturen (durch die zunehmende Arbeitsteilung in Haus- und Erwerbsarbeit und die Auflösung der bäuerlichen Großfamilie) bewirkten, dass die Zahl der psychisch Kranken im *19. Jahrhundert* enorm anstieg. Es wurden vielerorts außerhalb der Städte Großanstalten mit über 3.000 Plätzen eingerichtet. Dies wurde durch den deutschen Idealismus gefördert, der psychische Krankheit als eine „Entordnung der Vernunft" ansah, dem entgegengewirkt werden sollte, indem der psychisch Kranke nicht länger vermeintlich schädigenden Umwelt- und Familieneinflüssen ausgesetzt werden durfte. So forderte der Heidelberger Psychiater Roller: „Jeder Seelengestörte muss von den Personen getrennt werden, mit welchen er früher Umgang pflog. Er muss an einen anderen, ihm unbekannten Ort gebracht werden. Die, welche ihn pflegen, müssen ihm fremd sein. Er muss, mit einem Wort gesagt, isoliert werden" (Roller, zit. nach Häfner 2001, S. 75).

Das 19. Jahrhundert brachte der Medizin große Fortschritte. Mit der Entdeckung des Syphiliserregers wurde eine der Ursachen für die Entstehung von psychischen Krankheiten identifiziert. Die Psychiatrie wurde als wissenschaftliche Disziplin anerkannt und die biologisch orientierte Sichtweise psychischer Krankheiten bekam enormen Auftrieb. Als ein Vertreter der naturwissenschaftlichen Lehre gilt der Psychiater Griesinger, der heute von vielen als einer der Väter der modernen Psychiatrie in Deutschland angesehen wird. Er verzichtete ab 1864 in Berlin konsequent auf mechanische Zwangsmaßnahmen und moralischen Druck und stellte die Integration psychisch Kranker in den Familien- und Freundeskreis als einen wesentlichen therapeutischen Faktor heraus. Damit war er ein früher Vertreter des sich erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts etablierenden Konzepts der gemeindenahen Versorgung. Sein naturwissenschaftlicher Behandlungs- und Forschungsansatz wurde von der damals verbreiteten idealistisch moralisierenden Anstaltspsychiatrie scharf angegriffen.

Zeitgleich entwickelte sich eine psychologisch orientierte Psychiatrie, die in Eugen Bleuler (1857–1939) ihren ersten großen Vertreter fand. Er schuf die bis heute gültige Systematik der psychischen Krankheiten und prägte den Terminus Schizophrenie (Scheiber 1995, S. 18).

Im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts gab es in verschiedenen psychiatrischen Anstalten Reformbewegungen hin zu einer menschenwürdigeren Psychiatrie. Ein nicht nur für die Ergotherapie bedeutsames Beispiel hierfür ist das von Hermann Simon in den Zwanzigerjahren in Gütersloh entwickelte und etablierte arbeitstherapeutische Konzept (s. Kap. 1.2). Eine humane und an den menschlichen Bedürfnissen nach Betätigung, Ansprache und Gemeinschaft orientierte Versorgung psychisch Kranker konnte sich durch den Nationalsozialismus in Deutschland nicht entfalten, weiterentwickeln und verbreiten.

Hohe Geburtenraten und der soziale Wandel der Industrialisierung ließen Anfang des 20. Jahrhunderts die Zahlen psychisch Kranker in den Heil- und Pflegeanstalten nochmals ansteigen. Die Kapazitäten der Einrichtungen blieben weit hinter dem Bedarf zurück und die Lebensbedingungen der Kranken wurden allein dadurch immer katastrophaler. Die Entwicklung traf in Deutschland, aber auch in anderen Ländern wie den USA und Großbritannien, auf den „dilettantischen Biologismus jener Zeit (und weckte, Ergänzung durch die Autorin) die Angst, die Geisteskrankheiten seien aus Gründen genetischer Degeneration des Volkskörpers in steiler Zunahme begriffen. (…) Sozialdarwinismus und die sich in Großbritannien, den USA und Deutschland ausbreitende Idee von Eugenetik bereiteten die Katastrophe vor" (Häfner 2001, S. 78). Dies war der gesellschaftliche Hintergrund, vor dem Hitler schließlich alle Menschenrechte außer Kraft setzte und Zwangssterilisationen an 300000 angeblich erbkranken Menschen durchführte. Es folgten 1939 die Vergasungsaktion T 4 und Nachfolgeaktionen mit der Massentötung von ca. 200000 psychisch kranken Menschen (Häfner 2001, S. 79).

Die Ausgrenzung von psychisch Kranken aus der Gesellschaft, die in der „Vernichtung lebensunwerten Lebens" durch Hitler ihren grausamen und menschenverachtenden Höhepunkt fand, lässt sich aber auch vorher und andernorts belegen. So lagen die Sterberaten der Patienten psychiatrischer Anstalten während des Ersten Weltkrieges in Deutschland und Großbritannien bei 30% und mehr (Häfner 2001, S. 81f).

Die bisher skizzierte Geschichte der Versorgung psychisch Kranker macht deutlich, „… dass psychisch Kranke seit jeher am Ende der sozialen Rangordnung

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

und der Zuteilung von Lebenschancen standen. Nur eine tief greifende Wende konnte ihr Recht auf Leben sichern“ (Häfner 2001, S. 82).

Weg der Psychiatriereform

Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich international eine neue Einstellung zu den Menschen- und Bürgerrechten, die sich z. B. in der Menschenrechtsdeklaration der Vereinten Nationen (1958) niederschlug. Dieser Sinneswandel hatte auch Konsequenzen auf die psychiatrische Versorgung. So gab es in Großbritannien und den USA seit den 50er-Jahren Enthospitalisierungsbestrebungen mit einem radikalen Bettenabbau in der Psychiatrie. Vorangetrieben wurde diese Entwicklung auch durch die Medien, die über die furchtbaren Zustände in der Psychiatrie berichteten und damit die Gesellschaft erschütterten.

Mit der Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka ab 1952 hatte die Psychiatrie zum ersten Mal ein Behandlungsinstrumentarium an der Hand, das breit im ambulanten und stationären Bereich eingesetzt werden konnte. Dazu etablierten sich im Laufe der Jahre Psychotherapie- und Soziotherapiemethoden, zu denen auch die Ergotherapie zählte, die gut lehrbar und damit lernbar waren und dazu beitrugen, dass die Psychiatrie sich von einer verwahrenden zu einer therapeutischen Disziplin wandeln konnte.

In Westdeutschland (zur Situation im Osten Deutschlands s. Exkurs) zog sich der Entwicklungs- und Reformprozess über Jahrzehnte hin. Obwohl auf Länderebene Gesetze zum Schutz der Freiheitsrechte psychisch Kranker erlassen wurden (die sogenannte PsychKG), verschlechterten sich die Lebensbedingungen in den psychiatrischen Anstalten weiter. Andernorts (z. B. in Italien, wo die „Irrenhäuser“ unter dem Einfluss des Reformpsychiaters Basaglia geschlossen wurden) ging man radikale Schritte zur Veränderung der psychiatrischen Versorgung. In Deutschland führten die vereinzelten Reformansätze erst mit der 1971 vom Bundestag beschlossenen Durchführung einer Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zu den entscheidenden Schritten. Sowohl der Zwischenbericht 1973 als auch der Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete „Über die Lage der Psychiatrie in Deutschland“, der erst 1975 veröffentlicht wurde, dokumentierten die katastrophale Situation der deutschen Psychiatrie. Überall lebten damals psychisch Kranke in psychiatrischen Großanstalten in Massenschlafsälen ohne eigene Kleider und ohne einen Platz für persönliche Gegenstände. Die Personalsituation war furchterregend: „Ein Krankenpfleger, meist ohne Ausbildung, für sechs Patienten, ein Arzt auf 100 bis 120 Kranke, keine Sozialarbeiter, keine Psychologen, keine Ergotherapeuten“ (Finzen 1989).

Exkurs: Psychiatriereform im Osten Deutschlands

Auch in der ehemaligen DDR gab es eine Reformbewegung, die sich 1963 in den Rodewischer Thesen niederschlug (Waldmann 2001, Norberger 2001). Die für die damalige Zeit durchaus progressive Handlungsrichtlinie blieb aus finanziellen und ideologischen Gründen in ihren Anfängen stecken. Die Analyse „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“, nach der Wende 1990 im Auftrag der Bundesregierung erstellt, dokumentierte katastrophale Mängel vor allem bei der stationären Versorgung und im komplementären Bereich. Die ambulante Versorgung, die in der DDR in sogenannten Polikliniken von multiprofessionellen Teams erbracht wurde, wurde dagegen teilweise auch im Westen als vorbildlich angesehen. Die Arbeitssituation von psychisch Kranken war durch die Rechtslage der DDR (Recht auf Arbeit) bis zur Wende relativ gut und verschlechterte sich nach der Wende durch den wirtschaftlichen Zerfall und die ansteigende Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. Durch die Wende wurde auch für die Psychiatrie ein Prozess eingeleitet, der die Anpassung der psychiatrischen Versorgung in Struktur und Ausstattung an den westlichen Standard verfolgt. Ebenso wie in anderen Lebensbereichen ist er regional unterschiedlich weit vorangeschritten und dauert bis heute an.

Die Leitlinien der Psychiatriereform wurden zu vier Prinzipien der Psychiatrie-Enquete für jede Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, die auch heute noch Maßstab sind:

- gemeindenahe Versorgung
- Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste.

Die tief greifenden Veränderungen der psychiatrischen Versorgung, die seit der Psychiatrie-Enquete stattgefunden haben, lassen sich anhand verschiedener Beispiele verdeutlichen:

- So wurden seit der Psychiatrie-Enquete die psychiatrischen Betten von 160000 auf heute ca. 70000 abgebaut.
- Die Verweildauer von stationär aufgenommenen Patienten ist seit den 1970er-Jahren von zwischen 100 und 200 Tagen auf unter 30 Tage gesunken.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Die Zahl der niedergelassenen Psychiater ist von 1.000 auf 8.000 gestiegen.
- Die großen psychiatrischen Fachkrankenhäuser wurden renoviert und verkleinert und über 150 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geschaffen (gegenüber 21 im Jahr 1970), die dazu beitragen, dass psychiatrische stationäre Behandlung in zunehmendem Maße wohnortnah erfolgen kann.
- Zahlreiche komplementäre Einrichtungen (Kontaktstellen, Tagesstätten, Wohnheime) sind in den Gemeinden entstanden. Sie bieten psychisch Kranken Hilfen außerhalb einer (teil-)stationären Behandlung an.
- Das Erstarken der Selbsthilfebewegung in der Psychiatrie seit den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts ist ein weiteres Zeichen für die veränderte Situation und das gewandelte Selbstverständnis psychisch Kranker und ihrer Angehöriger.

Exkurs: Selbsthilfe in der Psychiatrie

Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE)

Ende April 1991 trafen sich zum ersten Mal etwa 120 Psychiatrie-Erfahrene im Kloster Irsee zu dem Thema „Psychiatrie-Patienten brechen ihr Schweigen – wie wollen Psychiatrie-Patienten behandelt werden?“ Aus dieser Tagung entwickelte sich die Initiative zur Gründung des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen im Oktober 1992.

Der BPE widmet sich der Situation Psychiatrie-Erfahrener in all ihren Belangen. So fordert er z. B.:

- Die Entwicklung sinnvoller Behandlungsalternativen zur herkömmlichen psychiatrischen Versorgung.
- Eine subjektorientierte Psychiatrie, die von den Erfahrungen und Lebensgeschichten der Erkrankten ausgeht und Unterstützung bei der Verarbeitung der Inhalte der Psychose oder Depression leistet.
- Die Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Erkrankten.
- Die Aufdeckung von Missständen, z. B. bei Zwangseinweisungen, Fixierungen.
- Dem diskriminierenden Etikett „psychisch krank“ entgegenzuwirken.

Zu den Aufgaben des BPE zählen der Aufbau und die Vernetzung von Selbsthilfegruppen, die Information der Betroffenen über ihre Rechte und deren Durchsetzung sowie über Hilfsangebote. Der BPE sucht die Einflussnahme auf die Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Sozialversicherungen, um verbesserte Rahmenbedingungen für familiäre, soziale und berufliche Prävention und Rehabilitation zu schaffen. Er veranstaltet eigene Tagungen und Seminare und betreibt Öffentlichkeitsarbeit, um auf das gesellschaftliche Bild von psychisch Kranken in der Gesellschaft positiv einzuwirken.

Informationen: www.psychiatrie.de/bpe

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Für das Leben mit einer psychischen Erkrankung brauchen sowohl die Erkrankten selbst als auch ihre Familien Hoffnung und Selbstvertrauen. 1985 wurde mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker die Interessenvertretung der Angehörigen auf Bundesebene gegründet. Der BApK hat es sich zur Aufgabe gemacht, der Diskriminierung von Angehörigen und Patienten entgegenzuwirken und die Öffentlichkeit auf Defizite bei der Behandlung, Unterstützung und Wiedereingliederung psychisch Kranker hinzuweisen.

Zu den Aufgaben des BApK gehören die Einflussnahme auf die Gesetzgebung und die Gesundheitsversorgung, soweit sie psychisch Kranke betrifft, die Förderung und Vernetzung von Selbsthilfegruppen, die Durchführung von Tagungen, die sich vor allem den besonderen Problemen der Angehörigen widmen, und die Öffentlichkeitsarbeit.

Informationen: www.psychiatrie.de/bapk

Auch verschiedene gesetzliche Veränderungen haben die Versorgungssituation verbessert, z. B.:

- Die Personalverordnung in psychiatrischen Kliniken (Psych-PV) (s. Exkurs).
- Das 1990 verabschiedete Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz, GRG), in dem berücksichtigt wurde, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln bei der medizinischen Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie Rechnung getragen werden muss.
- Die Krankenkassen-Gesundheitsreform (GKV) 2000, die u. a. die Maßnahme der ambulanten Soziotherapie in das Sozialgesetzbuch (SGB V) einführte (Kubny-Lüke 2001).
- Das am 1. 7. 2001 in Kraft getretene SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –, in dem berücksichtigt wird, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter vor allem auch in der beruflichen Rehabilitation und bei Maßnahmen zur Teilhabe an der Gesellschaft Rechnung getragen werden muss.
- Mit dem SGB XII – Sozialhilfe – wurde das Persönliche Budget zum 1. 7. 2004 als flächendeckende Regelleistung eingeführt und eine entsprechende Budgetverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung erlassen. Ab 2008 ist die Erprobung abgeschlossen und das Persönliche Budget wird zu einer Regelleistung,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

die behinderte Menschen beantragen können (s. Exkurs).

- Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz), das am 1.1. 2004 in Kraft getreten ist, wurden u. a. gesetzliche Grundlagen geschaffen, um die Integrierte Versorgung zu verbessern (s. Exkurs).
- Weitere Gesetzeswerke, wie z. B. das am 1. 5. 2002 in Kraft getretene Gesetz zu Gleichstellung behinderter Menschen und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), umgangssprachlich auch Antidiskriminierungsgesetz genannt, (Inkraft getreten am 14. 8. 2006) sind ebenfalls mit positiven Auswirkungen auf die rechtliche und gesellschaftliche Situation psychisch Kranker verbunden.
- Die Gesundheitsreform 2007 enthält ebenfalls Regelungen, die psychisch kranken Menschen zugutekommen können. So wurden alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Ebenso wurde in Abhängigkeit vom letzten Versicherungsstatus eine allgemeine Versicherungspflicht in einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse beschlossen, sodass zurzeit für Nichtversicherte die Aufnahme in eine Krankenkasse gewährleistet ist.

Exkurs: Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)

Die 1991 in Kraft getretene und bis heute gültige Psychiatrie-Personalverordnung für psychiatrische Krankenhäuser hatte das Ziel, über eine angemessene Personalausstattung eine höhere Behandlungsqualität der psychisch kranken Patienten zu erreichen. Mit ihrer Einführung wurde zum ersten Mal eine rechtsverbindliche Verknüpfung zwischen den Aufgaben und den Mitteln zur Aufgabenerfüllung der psychiatrischen Kliniken geschaffen, indem die zur stationären und teilstationären Behandlung der Patienten notwendigen therapeutischen Leistungen und die dafür notwendigen therapeutischen Personalressourcen festgelegt wurden.

In vielen psychiatrischen Kliniken führte die Psych-PV zu einer Personalaufstockung, und die verschiedenen therapeutischen Leistungen (z. B. die Ergotherapie) wurden zum Standard stationärer psychiatrischer Behandlung (s. Aktion Psychisch Kranke, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen 2001, S. 5).

Am 23. 4. 2002 wurde das Gesetz über die Fallpauschalen in der stationären Versorgung verabschiedet. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. 1. 2003 werden Krankenhausleistungen nach einem Fallpauschalensystem, den Diagnoses Related Groups (DRGs), abgerechnet. Die Psychiatrie wurde vorerst nicht in das DRG-Fallpauschalensystem einbezogen, da es hier bei gleichen Diagnosen zu starken Verweildauerschwankungen kommt. In psychiatrischen Krankenhäusern gilt zurzeit weiterhin die Psychiatrie-Personalverordnung. Einrichtungen der Psychosomatik und der Psychotherapeutischen Medizin wurden von der DRG-Einführung ebenfalls ausgenommen, um der Gefahr medizinisch nicht begründeter Verlegungen in die Psychiatrie oder in somatisch ausgerichtete Einrichtungen vorzubeugen.

Exkurs: Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung wird als „die Versorgungsform der Zukunft“ angesehen. Man versteht darunter eine effektive Kooperation und Vernetzung der drei Leistungsbereiche des Gesundheitswesens – der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung von Patienten. Ziel der Integrierten Versorgung ist es, dass alle an der Behandlung und Rehabilitation Beteiligten intensiv zusammenarbeiten: Mediziner in Praxen und Krankenhäusern sollen im Rahmen der Integrierten Versorgung nicht nur verstärkt miteinander, sondern auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern wie Apothekern, Ergotherapeuten oder Psychologen kooperieren. Durch einen besseren Informationsaustausch und die gemeinsame Arbeit an einem klar definierten Therapieziel aller Beteiligten kommt eine Integrierte Versorgung nicht nur den Patienten zugute, sondern ermöglicht auch eine effiziente und ressourcenschonende Versorgung.

Im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde durch die Schaffung des § 140a–d SGB V ermöglicht, dass Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur Integrierten Versorgung miteinander abschließen können. Zudem wurde eine Anschubfinanzierung in Höhe von 1% der Gesamtvergütung ambulanter und stationärer Leistungen für Projekte zur Integrierten Versorgung bereitgestellt. Mittlerweile gibt es über 2.000 Verträge zur Integrierten Versorgung, die jedoch überwiegend somatische Erkrankungen betreffen. 30 Verträge zur Integrierten Versorgung psychischer Erkrankungen lassen den Schluss zu, dass die Integrierte Versorgung in der Psychiatrie bisher nicht ausreichend entwickelt werden konnte, obwohl Vernetzung und Kooperation gerade bei der Versorgung von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen eine besondere Rolle spielen.

Exkurs: Persönliches Budget

Seit dem 1. 7. 2004 können behinderte Menschen wählen, in welcher Form sie notwendige Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen wollen: als Sachleistung oder als Persönliches Budget (§ 17 Abs. 2 SGB IX).

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Behinderten Menschen wird somit ermöglicht, wie ein „Kunde“ aufzutreten und selbst zu entscheiden, welcher Dienst oder welche Person die Hilfe erbringen soll. Die Höhe des Persönlichen Budgets orientiert sich am Bedarf der betroffenen Person und „soll“ die Höhe der bisherigen Sachleistungen nicht überschreiten. Grundlage des Persönlichen Budgets ist eine Zielvereinbarung zwischen dem leistungsberechtigten Menschen (Budgetnehmer) und dem oder den Leistungsträger(n), z. B. Krankenkasse, Pflegekasse, überörtlicher Sozialhilfeträger, Sozialamt. Sind mehrere Kostenträger beteiligt, spricht man von einer „trägerübergreifenden Komplexleistung“.

Nicht alle Leistungen sind für ein Persönliches Budget geeignet. Generell sind die Leistungen budgetfähig, die einen konkreten Hilfebedarf „alltäglich, regelmäßig wiederkehrend und regiefähig“ decken. Unstreitig gehören hierzu die Leistungen

- für eine Arbeitsassistenz, die mit Handreichungen am Arbeitsplatz die Beschäftigung unterstützt: Die Höhe des Budgets hängt vom zeitlichen Umfang des Hilfebedarfs ab.
- für technische Arbeitshilfen, z. B. eine Braillezeile für einen blinden Menschen: Die Leistung als solche ist in der Regel eine einmalige Leistung an den schwerbehinderten Menschen selbst, doch können zur Instandhaltung laufende Kosten für Wartung und Reparatur anfallen, die förderfähig sind.
- zur beruflichen Weiterbildung: z. B. berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, oder mehrere Veranstaltungen mit längeren Pausen.
- für Einarbeitungshilfen: z. B. in Form eines Arbeitstrainings durch externe Fachkräfte.

Andere Leistungen werden generell nicht durch das Persönliche Budget finanziert. So erfolgt die behindertengerechte Ausgestaltung eines Arbeitsplatzes, z. B. durch den Bau einer Rampe, ggf. durch eine Investitionsförderung an den Arbeitgeber.

Die strukturellen und gesetzlichen Veränderungen haben dafür gesorgt, dass heute der größte Teil psychisch kranker Menschen im gegenwärtigen Gesundheits- und Sozialsystem ausreichend versorgt und behandelt werden kann. Die Gruppe der leicht bis mittelschwer psychisch kranken Menschen profitiert von der deutlich gestiegenen Zahl niedergelassener Psychiater, Nervenärzte und Psychotherapeuten, von der Dezentralisierung der psychiatrischen Kliniken, dem Ausbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und von den vorhandenen psychosomatischen und komplementären Einrichtungen.

Seit dem Bericht der Expertenkommission 1988 richtet sich das Augenmerk der Reformbemühungen auf die Situation von Menschen mit schweren und komplexen Störungen in den Bereichen Psychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie.

Für diese schwer psychisch erkrankten Menschen führten der Auf- und Ausbau von Einrichtungen und Diensten mit der einhergehenden institutionellen Differenzierung von Hilfsangeboten nicht zu einer bedarfsgerechten Versorgung. Um dieser Personengruppe gerecht zu werden, ist ein integrativer, komplexer, institutionenübergreifender „funktionaler“ Ansatz nötig, wie er im Bericht der Expertenkommission als gemeindepsychiatrischer Verbund vorgestellt und im personenzentrierten Ansatz von der Aktion Psychisch Kranke weiterentwickelt wurde.

Exkurs: Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)

Ein gemeindepsychiatrischer Verbund ist ein Verbund von Erbringern von Leistungen zur Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch behinderten Menschen in einer definierten Versorgungsregion. Der Zusammenschluss ist verbindlich und in schriftlicher Form als Vertrag oder Vereinbarung geschlossen oder als juristische Person (Zweckverband, Verein, GmbH) existent. Die Mitglieder des gemeindepsychiatrischen Verbundes sind dem Verbund formal beigetreten, aufgenommen und als Mitglieder ausgewiesen. Mitglieder können u. a. sein:

- psychiatrische Abteilungen
- niedergelassene Psychiater
- niedergelassene Psychotherapeuten
- niedergelassene Ergotherapeuten
- psychiatrische Pflegedienste
- Wohneinrichtungen für psychisch Kranke
- Tagesstätten
- Kontaktstellen
- Suchtberatungsstellen.

Der gemeindepsychiatrische Verbund hat das Ziel, in der Region grundsätzlich (Versorgungsverpflichtung) die notwendigen psychiatrischen Hilfsfunktionen wie stationäre und teilstationäre Behandlung, ambulante sozialpsychiatrische Behandlung sowie sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung, zur Selbstversorgung und zur Arbeit/Ausbildung zu gewährleisten. Der gemeindepsychiatrische Verbund zeichnet sich z. B. aus durch:

- gemeinsame Leitlinien zur Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker und behinderter Menschen
- gemeinsame Übernahme von Aufgaben zur Pflichtversorgung
- gemeinsame Aktivitäten zur Qualitätssicherung (z. B. einheitliche Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, Fallbesprechungen) und zur Analyse und Planung der regionalen Versorgung.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Personenzentrierter Ansatz

„Ambulant vor stationär“ war immer ein Leitgedanke der Psychiatriereform. Die Versorgungswirklichkeit sieht gerade für schwer psychisch Kranke jedoch vielerorts auch heute noch ganz anders aus. Wesentlich häufiger gilt nach wie vor „stationär vor ambulant“. Wer aufgrund seiner psychischen Erkrankung viel Hilfe und Unterstützung braucht, hat meist zur stationären Aufnahme keine Alternative. Es ist nach wie vor für schwer psychisch Kranke nur selten möglich, in der eigenen Wohnung lebend an einem komplexen und koordinierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogramm teilzunehmen. Dies scheitert gleichermaßen an der Angebotsstruktur vieler Institutionen wie an einer fallbezogenen flexiblen Finanzierung durch die Leistungsträger, die beide den Hilfebedarf mit dem Wohnbedarf in der Regel strukturell verknüpfen.

Das Konzept des personenzentrierten Ansatzes, das von der Aktion Psychisch Kranke im Rahmen des Forschungsvorhabens „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ (1992–1996, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit) entwickelt wurde und durch Modellerprobungen (2000–2003 im Auftrag vom Bundesministerium und von verschiedenen Länderministerien für Gesundheit) in verschiedenen Regionen auf seine Umsetzung erprobt wurde, setzt hier an und beinhaltet einen grundlegenden Perspektiv- und Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung:

- vom einrichtungs- zum personenzentrierten Ansatz
- vom angebots- zum bedarfsorientierten Ansatz.

Ziel des personenzentrierten Ansatzes ist eine möglichst bedarfsgerechte, lebensfeldbezogene und effiziente Versorgung von chronisch psychisch Kranken, bei der eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung dazu beiträgt, die „strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen“, die schon in den „Empfehlungen der Expertenkommission …“ angeprangert wurde, zu beenden (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988).

So verfolgt der personenzentrierte Ansatz nicht das Ziel, neben das vorhandene unveränderte System weitere zusätzliche Hilfen aufzubauen, sondern strebt an, das bestehende einrichtungszentrierte Hilfesystem schrittweise personenzentriert umzusteuern. Das Konzept hat dabei Auswirkungen auf verschiedene Ebenen:

- **Ebene der Hilfeerbringung (Arbeitsebene):** Es wird eine zielorientierte integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung zwischen allen Hilfeerbringern angestrebt. Die Aktion Psychisch Kranke hat hierzu ein Instrumentarium, den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), entwickelt (Kauder, Aktion Psychisch Kranke 1997, Gromann 2001). Die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung wird gemeinsam mit dem Klienten durchgeführt und dient der Erfassung seiner aktuellen und gewünschten Wohnsituation sowie seiner Ressourcen und Einschränkungen in allen wesentlichen Lebensbereichen (z. B. Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Kontaktfindung, Arbeit und Ausbildung). Der IBRP ist die Grundlage für eine individuelle Planung des Hilfebedarfs in der sogenannten Hilfeplanungskonferenz.
- Ergotherapie kann im Hilfeplanungsprozess einen bedeutsamen Beitrag leisten, denn der personenzentrierte Ansatz kommt der Ergotherapie konzeptionell im Grunde sehr nahe. So wurde in der Ergotherapie schon immer sehr ressourcen- und klientenorientiert gearbeitet. Mit dem Einzug der konzeptionellen Modelle in die deutsche Ergotherapie hat lebensfeldbezogenes Arbeiten zusätzliche Impulse erhalten. So erheben Messinstrumente wie z. B. das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ebenso wie der IBRP die Eigenwahrnehmung, Selbsteinschätzung und -bewertung des Klienten und nutzen diese, um eine klientengerechte Behandlung zu planen und durchzuführen. Die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen eines psychisch kranken Menschen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit können im Rahmen ergotherapeutischer Angebote erhoben werden und dann in die personenzentrierte Hilfeplanung einfließen (Kubny-Lüke 2002, 2007).
- **Ebene der Organisation von Diensten und Einrichtungen in einer Kommune oder Region:** Die integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung verlangt von den Leistungserbringern einer Region Zusammenarbeit über die institutionellen Grenzen hinaus. Eine Organisationsform, die dies ermöglicht, ist der gemeindepsychiatrische Verbund (GPV). Die dem GPV angeschlossenen Institutionen, Träger und Kostenträger beteiligen sich an den Hilfeplanungskonferenzen.
- **Ebene der regionalen Steuerung von Ressourcen:** Um Über- und Unterkapazitäten zu verhindern, muss die Entwicklung des Hilfssystems koordiniert zwischen den Anbietern, der öffentlich-rechtlichen Verwaltung und den Kostenträgern geschehen. Maßnahme hierzu ist z. B. eine regionale Psychiatrieplanung.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- **Ebene des Sozialrechts:** Nicht zuletzt sind es sozialrechtliche Hürden, die auf dem Weg zu einer personenzentrierten Hilfeerbringung erkannt und benannt werden müssen, um dem Gesetzgeber und seinen ausführenden Organen Novellierungsvorschläge zu unterbreiten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass personenzentrierte Hilfeerbringung das Ziel verfolgt,

- eine flexible Hilfeerbringung zu ermöglichen, die sich den häufigen Veränderungen im Hilfebedarf chronisch psychisch Kranker anpasst
- therapeutische Beziehungskontinuität zu ermöglichen, auch wenn der Hilfebedarf des Betroffenen sich ändert
- die eigene, selbst gewählte Wohnung als Fixpunkt sowie als Ausgangspunkt von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung zu sichern
- den Bedarf nach integrierten psychiatrischen Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogrammen (Komplexleistungsprogramme) bei chronisch psychisch Kranken zu decken.

1.2 Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie

Beate Kubny-Lüke

Die Entwicklung der Ergotherapie ist traditionell eng mit der Psychiatrie verbunden. In den Berichten über die Behandlung psychisch Kranker findet man über alle Jahrhunderte hinweg Hinweise darauf, dass verschiedenartigste Betätigungen in der Psychiatrie als förderlich für psychisch kranke Menschen angesehen und daher angeboten wurden (s. hierzu Kubny-Lüke in Scheepers et al. 2000, S. 11 f.). Dabei werden in den Berichten zwei Schwerpunkte der Ergotherapie dargestellt, die auch heute noch existieren:

- Der Einsatz kreativer, handwerklicher, lebenspraktischer und kognitiv übender Tätigkeiten zur Förderung der Gesamtpersönlichkeit (im Folgenden auch „Beschäftigungstherapie“ genannt oder „persönlichkeitsbezogene Ergotherapie“ nach Dahlhoff et al. 1999).
- Die Beteiligung und die Förderung psychisch Kranker durch Arbeitsverrichtungen und berufsmäßige Tätigkeiten (im Folgenden auch „Arbeitstherapie“ genannt oder „berufsbezogene Ergotherapie“ nach Dahlhoff et al. 1999).

Einen besonderen Stellenwert für die psychiatrische Ergotherapie hatte die Einführung der Arbeitstherapie in der psychiatrischen Anstalt Gütersloh in den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts. Als Psychiater und Klinikleiter entwarf Hermann Simon (1920–1934) einen Stufenplan, der sich an der Leistungsfähigkeit des Patienten orientierte, pädagogisch ausgerichtet war und das Ziel hatte, durch Übung, Gewöhnung, Anpassung sowie durch positive und negative Sanktionen das soziale Verhalten der Patienten zu beeinflussen. Die Arbeitskraft der Patienten wurde dabei zum größten Teil in den klinikinternen Betrieben eingesetzt und diente damit auch zu deren Aufrechterhaltung.

Die Bedeutung des arbeitstherapeutischen Konzeptes von Hermann Simon wird für die Ergotherapie bis heute anerkannt. Der stark leistungs- und erziehungsorientierte Ansatz, der individuellen und kreativen Behandlungsansätzen nur wenig Raum gab und dem Zeitgeist entsprach, musste für eine moderne zeitgemäße Therapie und Rehabilitation jedoch gründlich modifiziert werden.

Der unmenschliche Umgang des Naziregimes mit psychisch kranken und geistig behinderten Menschen (s. Kap. 1.1) verhinderte es bis auf wenige Ausnahmen, dass sich humane und rehabilitative Behandlungs- und Anstaltskonzepte entwickeln konnten. Dies betraf auch die Ergotherapie. Konzepte wie die von Hermann Simon, standen unter einem beträchtlichen Rechtfertigungsdruck gegenüber dem totalitären Naziregime. Zudem mussten die Anstalten ihre ganze Energie dafür aufbringen, ihre „Insassen“, die als „lebensunwertes Leben“ und gesellschaftlicher Ballast angesehen wurden, zu ernähren.

Erst nach dem Zweiten Weltkrieg und mit den einsetzenden Reformen in der Psychiatrie begann sich die Ergotherapie (damals noch „Beschäftigungstherapie“, ab 1977 „Beschäftigungs- und Arbeitstherapie“, seit 1999 „Ergotherapie“) kontinuierlich zu einer Therapieform zu entwickeln, die heute aus der psychiatrischen Versorgung nicht mehr wegzudenken ist.

Mit dem Einsatz der Neuroleptika ab Anfang der 50er-Jahre konnten Krankheitsverläufe dahin gehend beeinflusst werden, dass sich die akute Krankheitsphase der Psychose mit ihrer produktiven Symptomatik drastisch verkürzen ließ. Soziotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung wurden umso nötiger. Ergotherapie wurde zunächst noch überwiegend mit dem Ziel „Ablenkung“ und „Füllen der freien Zeit“ eingesetzt. Allmählich wandelte sich das ergotherapeutische Angebot jedoch dahin gehend, dass stützend-stabilisierende Maßnahmen um fördernde und rehabilitative Angebote erweitert wurden. Heute umfasst das klinische Angebot der Ergotherapie in der Regel einen „beschäftigungstherapeutischen“ Schwerpunkt, mit dem vor allem akut

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- **Ebene des Sozialrechts:** Nicht zuletzt sind es sozialrechtliche Hürden, die auf dem Weg zu einer personenzentrierten Hilfeerbringung erkannt und benannt werden müssen, um dem Gesetzgeber und seinen ausführenden Organen Novellierungsvorschläge zu unterbreiten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass personenzentrierte Hilfeerbringung das Ziel verfolgt,

- eine flexible Hilfeerbringung zu ermöglichen, die sich den häufigen Veränderungen im Hilfebedarf chronisch psychisch Kranker anpasst
- therapeutische Beziehungskontinuität zu ermöglichen, auch wenn der Hilfebedarf des Betroffenen sich ändert
- die eigene, selbst gewählte Wohnung als Fixpunkt sowie als Ausgangspunkt von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung zu sichern
- den Bedarf nach integrierten psychiatrischen Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogrammen (Komplexleistungsprogramme) bei chronisch psychisch Kranken zu decken.

1.2 Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie

Beate Kubny-Lüke

Die Entwicklung der Ergotherapie ist traditionell eng mit der Psychiatrie verbunden. In den Berichten über die Behandlung psychisch Kranker findet man über alle Jahrhunderte hinweg Hinweise darauf, dass verschiedenartigste Betätigungen in der Psychiatrie als förderlich für psychisch kranke Menschen angesehen und daher angeboten wurden (s. hierzu Kubny-Lüke in Scheepers et al. 2000, S. 11 f.). Dabei werden in den Berichten zwei Schwerpunkte der Ergotherapie dargestellt, die auch heute noch existieren:

- Der Einsatz kreativer, handwerklicher, lebenspraktischer und kognitiv übender Tätigkeiten zur Förderung der Gesamtpersönlichkeit (im Folgenden auch „Beschäftigungstherapie“ genannt oder „persönlichkeitsbezogene Ergotherapie“ nach Dahlhoff et al. 1999).
- Die Beteiligung und die Förderung psychisch Kranker durch Arbeitsverrichtungen und berufsmäßige Tätigkeiten (im Folgenden auch „Arbeitstherapie“ genannt oder „berufsbezogene Ergotherapie“ nach Dahlhoff et al. 1999).

Einen besonderen Stellenwert für die psychiatrische Ergotherapie hatte die Einführung der Arbeitstherapie in der psychiatrischen Anstalt Gütersloh in den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts. Als Psychiater und Klinikleiter entwarf Hermann Simon (1920–1934) einen Stufenplan, der sich an der Leistungsfähigkeit des Patienten orientierte, pädagogisch ausgerichtet war und das Ziel hatte, durch Übung, Gewöhnung, Anpassung sowie durch positive und negative Sanktionen das soziale Verhalten der Patienten zu beeinflussen. Die Arbeitskraft der Patienten wurde dabei zum größten Teil in den klinikinternen Betrieben eingesetzt und diente damit auch zu deren Aufrechterhaltung.

Die Bedeutung des arbeitstherapeutischen Konzeptes von Hermann Simon wird für die Ergotherapie bis heute anerkannt. Der stark leistungs- und erziehungsorientierte Ansatz, der individuellen und kreativen Behandlungsansätzen nur wenig Raum gab und dem Zeitgeist entsprach, musste für eine moderne zeitgemäße Therapie und Rehabilitation jedoch gründlich modifiziert werden.

Der unmenschliche Umgang des Naziregimes mit psychisch kranken und geistig behinderten Menschen (s. Kap. 1.1) verhinderte es bis auf wenige Ausnahmen, dass sich humane und rehabilitative Behandlungs- und Anstaltskonzepte entwickeln konnten. Dies betraf auch die Ergotherapie. Konzepte wie die von Hermann Simon, standen unter einem beträchtlichen Rechtfertigungsdruck gegenüber dem totalitären Naziregime. Zudem mussten die Anstalten ihre ganze Energie dafür aufbringen, ihre „Insassen“, die als „lebensunwertes Leben“ und gesellschaftlicher Ballast angesehen wurden, zu ernähren.

Erst nach dem Zweiten Weltkrieg und mit den einsetzenden Reformen in der Psychiatrie begann sich die Ergotherapie (damals noch „Beschäftigungstherapie“, ab 1977 „Beschäftigungs- und Arbeitstherapie“, seit 1999 „Ergotherapie“) kontinuierlich zu einer Therapieform zu entwickeln, die heute aus der psychiatrischen Versorgung nicht mehr wegzudenken ist.

Mit dem Einsatz der Neuroleptika ab Anfang der 50er-Jahre konnten Krankheitsverläufe dahin gehend beeinflusst werden, dass sich die akute Krankheitsphase der Psychose mit ihrer produktiven Symptomatik drastisch verkürzen ließ. Soziotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung wurden umso nötiger. Ergotherapie wurde zunächst noch überwiegend mit dem Ziel „Ablenkung“ und „Füllen der freien Zeit“ eingesetzt. Allmählich wandelte sich das ergotherapeutische Angebot jedoch dahin gehend, dass stützend-stabilisierende Maßnahmen um fördernde und rehabilitative Angebote erweitert wurden. Heute umfasst das klinische Angebot der Ergotherapie in der Regel einen „beschäftigungstherapeutischen“ Schwerpunkt, mit dem vor allem akut

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

erkrankte Patienten behandelt werden, für die ein berufliches Training noch zu früh erscheint und/oder bei denen eine Förderung kognitiver und sozioemotionaler Basiskompetenzen angezeigt ist.

Zweiter klinischer Schwerpunkt der Ergotherapie ist nach wie vor die Arbeitstherapie. Durch die einsetzende Enthospitalisierung gab es ab den 80er-Jahren immer weniger Langzeitpatienten, deren Arbeitskraft in den klinikinternen Betrieben eingesetzt und genutzt wurde. Damit konnte sich die klinische Arbeitstherapie zu einem Baustein der Arbeitsrehabilitation entwickeln. Arbeitstraining setzt heute in der Klinik ein und wird nach der Entlassung aus der Klinik in den Maßnahmen zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung fortgeführt.

Die Umsetzung des Grundsatzes der Psychiatrie-Enquete „ambulant vor stationär", die weitgehende Enthospitalisierung der psychiatrischen Anstalten wie auch der Ausbau der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern schufen die Notwendigkeit, in den Gemeinden ein Netz komplementärer psychosozialer Hilfen für psychisch Kranke zu schaffen. Es entstanden in den 80er- und 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts zahlreiche Wohneinrichtungen, sozialpsychiatrische Zentren und Tagesstätten für psychisch Kranke. Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke erweiterten ihren Klientenkreis um psychisch Kranke, Berufstrainingszentren speziell für die berufliche Wiedereingliederung psychisch Kranker wurden eröffnet. Die steigende Zahl psychisch Kranker in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) machte es notwendig, hier spezielle Arbeitsbereiche für psychisch Kranke einzurichten.

Ergotherapie gehört heute sowohl in den klinischen als auch den komplementären Einrichtungen sowie in den Institutionen zur beruflichen Rehabilitation zum Angebotsstandard und ist nicht mehr aus der psychiatrischen Versorgung wegzudenken.

Exkurs: Stellenwert der Ergotherapie im stationären psychiatrischen Therapiekonzept – Ergebnisse einer Befragung von Patienten und Angestellten

Qualitätsmanagement ist ein Kennzeichen moderner Unternehmensführung und wird auch verstärkt in psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen eingesetzt. Auf den Grundlagen des Ansatzes der Lebensqualitätsforschung, die auf den Einfluss der Behandlungszufriedenheit auf die Behandlungsqualität eingeht, führte Ziemann (in Reuster und Bach 2002) in den Jahren 1997 und 1998 in verschiedenen Kliniken Befragungen mit Patienten und Angestellten durch.

Sowohl Patienten als auch Stationspersonal (z. B. Pflegekräfte, Stationsärzte, Psychologen, Ergotherapeuten) wurden dazu aufgefordert, eine Reihe von Therapieangeboten (u. a. Pharmakotherapie, Psychotherapie, Bewegungstherapie, Angehörigenarbeit, Ergotherapie) gemäß ihrer eingeschätzten Bedeutung für die Behandlung in eine Rangreihe zu setzen. Die Ergebnisse belegen, dass der Ergotherapie (hier insbesondere der Beschäftigungstherapie im stationären Setting) sowohl bei den Patienten (hier bezüglich des Ausmaßes der Behandlungszufriedenheit) als auch bei den Mitarbeitern ein hoher Stellenwert (2. Rang) in der stationären psychiatrischen Behandlung zugeschrieben wird. Diese Aussage unterliegt einer hohen Stabilität im Vergleich zu anderen Therapien, deren Einordnung deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der einschätzenden Gruppe aufwies. Auch wenn diese Ergebnisse keine Aussagen über die objektiv messbaren Effekte der Ergotherapie zulassen, belegen sie eindrucksvoll, welchen Stellenwert die Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus für die Patienten hat. Sie trägt maßgeblich zur Patientenzufriedenheit bei (Ziemann in Reuster u. Bach 2002). Diese gilt wiederum als wichtiger Prädiktor für weitere Therapieerfolge, die Zufriedenheit beeinflusst stark die positive Entwicklung der Compliance von Patienten (s. Spiessl et al. 1996, 2002, Kallert u. Schützwohl 2000, Reuster 2006).

1.2.1 Ergotherapeutische Arbeitsbereiche und Tätigkeitsfelder

Das folgende Kapitel bezieht sich vor allem auf die psychiatrischen Versorgungsstrukturen der Allgemeinpsychiatrie. Ergotherapeutische Arbeitsbereiche und Tätigkeitsfelder der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie, der Psychosomatik, der Suchtkrankenhilfe und der forensischen Psychiatrie werden in ihren Besonderheiten in den jeweiligen Kapiteln dargestellt.

Moderne psychiatrische Versorgung findet längst nicht mehr nur im psychiatrischen Krankenhaus statt, sondern in verschiedenen Funktionsbereichen, die sich, bezogen auf eine Region, idealerweise in einem gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenschließen und die regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen **(Abb. 1.1)**. Ergotherapie gehört zum Standardrepertoire der sozialpsychiatrischen Funktionsbereiche und wird daher in einer Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeitsfelder und Arbeitsbereiche erbracht.

Ergotherapeutische Tätigkeitsfelder und Arbeitsgebiete in der Psychiatrie im Überblick

- psychiatrisches Krankenhaus
- stationärer Bereich
- teilstationärer Bereich (Tagesklinik)
- Institutsambulanz

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

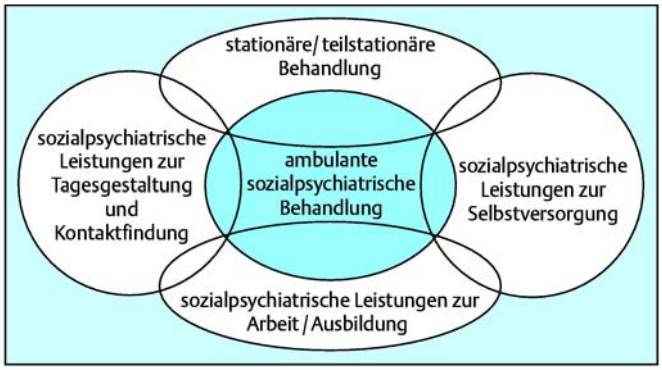

Abb. 1.1 Funktionsbereiche des gemeindenahen Verbundes.

- komplementärer Bereich
- Tagesstätten und Kontaktstellen
- Wohnheime für psychisch Kranke
- Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation
- Berufstrainingszentren (BTZ)
- Berufsförderungswerke (BFW)
- Berufsbildungswerke (BBW)
- Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation
- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)
- ergotherapeutische Praxis.

Funktionsbereiche sozialpsychiatrischer Versorgung

- *Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung:* wird z. B. in Institutsambulanzen, vom niedergelassenen Nervenarzt, in einer ergotherapeutischen Praxis oder in sozialpsychiatrischen Zentren geleistet.
- *Stationäre und teilstationäre Behandlung im Krankenhaus* mit ihren jeweils multiprofessionell besetzten Behandlungsteams.
- *Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung*, die z. B. in einer Tagesstätte für psychisch Kranke angeboten werden.
- *Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung*, wie sie z. B. im Rahmen von betreutem Wohnen oder in einem Wohnheim für psychisch Kranke geleistet werden.
- *Sozialpsychiatrische Leistungen zur Arbeit und Ausbildung*, die z. B. in beruflichen Trainingszentren, in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken, in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), in Selbsthilfefirmen, in beruflichen Trainingszentren und vom berufsbegleitenden Dienst (BBD) erbracht werden.

Sozialpsychiatrische Versorgung erfolgt in interdisziplinär arbeitenden, multiprofessionellen Teams, die sich aus verschiedenen medizinischen und therapeutischen Berufsgruppen zusammensetzen. Hierzu gehören u. a.

- Ergotherapeuten
- Ärzte für Psychiatrie und Neurologie
- Psychotherapeuten
- Psychologen
- Fachpflegekräfte für Psychiatrie
- Sozialarbeiter und -pädagogen
- Bewegungstherapeuten
- Kunst- und Gestaltungstherapeuten
- Arbeitspädagogen.

Ergotherapie in der psychiatrischen Klinik

Die psychiatrische Klinik stellt sich heutzutage als ein komplexes Gefüge dar, das neben einer stationären Behandlung ebenso teilstationäre wie ambulante Angebote bereithält. Ergotherapeuten treffen in psychiatrischen Kliniken auf eine ergotherapeutische Fachabteilung mit mehreren Fachkollegen und einer ergotherapeutischen Leitung. Hierdurch entsteht die Möglichkeit zum fachlichen Austausch und zur Aufgabenteilung. Die leitende Ergotherapeutin trägt die Verantwortung für organisatorische Aufgaben (z. B. Materialbestellungen) sowie Verwaltungsaufgaben und vertritt die Ergotherapieabteilung gegenüber der Klinikleitung.

Ergotherapie im klinischen Bereich beinhaltet in aller Regel sowohl schwerpunktmäßig kreative, handwerkliche, lebenspraktische und kognitiv übende Tätigkeiten zur Förderung der Gesamtpersönlichkeit, die häufig weiterhin „Beschäftigungstherapie“ genannt werden, als auch arbeitstherapeutische Maßnahmen. Entsprechend dem Klinikkonzept

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

werden diese parallel, ineinander übergreifend oder einander ablösend angeboten. Die beschäftigungstherapeutischen Angebote dienen vor allem der psychischen Stabilisierung, dem Training von Grundarbeitsfähigkeiten und psychosozialen Kompetenzen. Arbeitstherapeutische Angebote bereiten den Patienten auf die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit vor oder sind ein Bindeglied zu den nach der klinischen Behandlung anstehenden weiteren arbeitsrehabilitativen Maßnahmen und Hilfen. Häufig arbeitet die Ergotherapeutin in der psychiatrischen Klinik schwerpunktmäßig entweder im beschäftigungs- oder im arbeitstherapeutischen Bereich. Das Aufgabengebiet der Ergotherapeuten kann jedoch auch beide Bereiche umfassen. So wird z. B. in vielen Tageskliniken das gesamte Spektrum der Ergotherapie aus „einer (Ergotherapeuten-)Hand" angeboten.

Ergotherapie in der stationären klinischen Behandlung

Ergotherapie ist ein Standardangebot klinischer Soziotherapie. Unabhängig davon, ob Ergotherapie stationsbezogen oder stationsübergreifend angeboten wird, ob es sich um die Patienten einer geschlossenen Akutstation oder einer offenen Rehastation handelt, sind die behandelnden Ergotherapeuten neben dem Arzt, dem Psychologen, den Pflegekräften, Sozialarbeitern, Bewegungs- und Kunsttherapeuten Teil eines multiprofessionellen Teams. Sie nehmen an Fallkonferenzen, Visiten und Teambesprechungen teil und vertreten hier den handlungsorientierten Aspekt der Behandlung.

Viele Patienten verbringen einen großen Teil ihrer täglichen Behandlungszeit in der Ergotherapie und nehmen hier an verschiedenen Angeboten teil (z. B. Einzelarbeiten in der Gruppe, Projektgruppen, ausdruckszentrierte Gruppen, arbeitsrehabilitative Angebote). Das ergotherapeutische Behandlungsangebot wird dabei von vielen Patienten als sehr bedeutsam für ihre Behandlung angesehen (s. Exkurs S. XXX). Es bietet gerade den stabilisierteren Patienten Freiraum und Abwechslung zum unruhigen und belastenden Stationsalltag, der in Alltagsfragen meist nur wenig Entscheidungsspielräume vorsieht und informelle Therapiegespräche nur selten ermöglicht. Die Ergotherapie dagegen betont als handlungsorientiertes Therapieangebot die Ich-Aktivität und Eigenmotivation und eröffnet Entscheidungsspielräume, z. B. bei der Auswahl der Tätigkeit. Nicht selten nutzen Patienten die Möglichkeit, während der ergotherapeutischen Therapieeinheit über ihre aktuelle Befindlichkeit zu berichten.

Die Zusammenarbeit der Ergotherapeutin mit dem therapeutischen Team der Station ist daher sehr bedeutsam. Informationen über Krisen, aber ebenso über die Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten, die sich häufig in der Ergotherapie darstellen, müssen zeitnah weitergegeben werden, um sicherzustellen, dass diese in den Gesamtbehandlungsplan einbezogen werden.

Die Frage der multiprofessionellen Zusammenarbeit beinhaltet auch immer den Aspekt der Abgrenzung und Rollenklärung mit anderen Berufsgruppen. So gilt es, mit der Kunsttherapeutin zu klären, welche Aufgabenschwerpunkte sie in ihrer Behandlung vorsieht, und mit dem Pflegepersonal festzulegen, welche Aktivitäten (z. B. Außenaktivitäten, lebenspraktische Aktivitäten) im Rahmen der pflegerischen Milieutherapie durchgeführt werden.

Besondere Anforderungen sind immer dann an die Ergotherapeutin gestellt, wenn sie mit selbst- und fremdgefährdenden Patienten arbeitet. Das ergotherapeutische Angebot muss dann so gestaltet werden, dass die betroffenen Patienten weder für sich selbst noch für ihre Mitpatienten gefährlich werden können. Bei der Arbeit mit selbst- und fremdgefährdenden Patienten müssen Ergotherapeuten, ebenso wie alle anderen Behandelnden, sichernde und überwachende Funktionen übernehmen.

Ergotherapie in der teilstationären Behandlung

Viele Patienten durchlaufen nach oder anstatt einer stationären psychiatrischen Behandlung eine tagesklinische Behandlungsphase. Diese kann in eigens eingerichteten Tageskliniken stattfinden. Zunehmend entwickeln sich jedoch in psychiatrischen Kliniken Behandlungsmodelle, die ermöglichen, dass der Patient alle Behandlungsphasen, so auch die tagesklinische Behandlung, von einer Behandlungseinheit aus wahrnehmen kann.

Patienten, die an einer tagesklinischen Behandlung teilnehmen, sind psychisch so stabil, dass sie die Anfahrtswege in die Klinik täglich zurücklegen können und die Abende, Nächte und Wochenenden zu Hause bewältigen. Dies hat für die Patienten viele Vorteile, denn sie können sich in ihrem vertrauten privaten Umfeld bewegen, können Alltagsroutinen selbst gestalten (z. B. die Gestaltung des Abends, Abendessen, Frühstück, die Zeit der Bettruhe) und die Kontakte zu ihren nächsten Bezugspersonen (z. B. Eltern, Partner, Kinder) pflegen. Die tagesklinische Behandlung ist für den Patienten aber auch mit Belastungen verbunden, denn er trägt Verantwortung für alltägliche Belange und ist den ggf. spannungsvollen häuslichen Bedingungen ausgesetzt.

Ergotherapeuten arbeiten in Tageskliniken sehr intensiv im Team mit anderen Berufsgruppen zusam-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

men. So sind berufsgruppenübergreifende Tätigkeiten, z. B. als Kotherapeutin in der Morgenrunde oder in der Bewegungsgruppe, keine Seltenheit. Aber auch die ergotherapeutischen Gruppen werden häufig von einem Kotherapeuten aus einer anderen Berufsgruppe (z. B. Pflegekraft, Sozialarbeiter, Psychologe) begleitet. Denn nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft werden alle therapeutischen Aktivitäten und Methoden ebenso wie die durchführenden Therapeuten in die Gesamtbehandlung integriert und den Patienten wird ein dichtes und kontinuierliches therapeutisches Beziehungsangebot geboten. Der tagesklinische Arbeitsrahmen fordert von der Ergotherapeutin, neben ihren fachbezogenen Kompetenzen weitere therapeutische Fähigkeiten zu entwickeln und einzubringen, vor allem im psychotherapeutischen und gesprächstherapeutischen Bereich, sowie gleichzeitig die spezifisch ergotherapeutischen Arbeitsfelder im interdisziplinären Gesamtkonzept zu vertreten.

Ergotherapie in der Institutionsambulanz

In den letzten Jahren sind an vielen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Institutionsambulanzen eingerichtet worden. Auch in der Institutionsambulanz gehört die ergotherapeutische Behandlung mit zum Standardangebot. Die Institutionsambulanzen versorgen vor allem schwer psychisch kranke bzw. chronisch kranke Menschen, die eine ambulante psychiatrische Behandlung, z. B. beim niedergelassenen Nervenarzt, krankheitsbedingt nicht wahrnehmen können und somit, z. B. nach einer stationären Behandlung, ohne weitere psychiatrische Versorgung wären. Die Institutsambulanz sieht ihre Aufgabe darin, eine sonst nur schwer behandelbare Klientel zu erreichen, indem der häufig schon bestehende Kontakt zur psychiatrischen Klinik genutzt wird. Die Patienten der Institutsambulanz sind in der Regel damit überfordert, komplementäre sozialpsychiatrische Angebote, wie z. B. ein sozialpsychiatrisches Zentrum, aufzusuchen. Daher bietet die Institutsambulanz das gesamte soziotherapeutische Angebot an, wie z. B. Ergotherapie, psychiatrische Pflege, Sozialarbeit.

Ergotherapeuten arbeiten in der psychiatrischen Institutsambulanz mit einer schwer chronisch kranken Klientel. Eine sinnvolle und kontinuierliche therapeutische Arbeit, die in der Regel das Ziel hat, die Compliance, d. h. die Mitarbeit, des Patienten an der Therapie zu stärken, verlangt in aller Regel von allen an der Therapie beteiligten Personen viel Geduld und einen langen Atem. Gerade die Ergotherapie kann hier besonders unterstützend sein, wenn die Auswahl der Aktivitäten und Angebote sich konsequent am Lebensfeld des Betroffenen orientiert und von diesem als sinnvoll erlebt wird. Auch hier ist die intensive Zusammenarbeit mit den anderen therapeutischen Berufsgruppen wichtiger Bestandteil der Arbeit.

Ergotherapie im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung

Der komplementäre Bereich der psychiatrischen Versorgung ist in den letzten Jahren sehr ausgebaut worden. Es gibt sozialpsychiatrische Zentren (sogenannte Kontaktstellen), Tagesstätten, Wohnheime für psychisch kranke Menschen, das Angebot des betreuten Wohnens und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK).

Es sind vor allem die chronisch psychisch kranken Menschen, die diese Angebote nutzen. Sie haben in aller Regel mehrere und häufig lange Klinikaufenthalte hinter sich, leiden unter krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der instrumentellen und psychosozialen Fähigkeiten, sind vielfach arbeitslos, berufsunfähig und berentet oder leben von Sozialhilfe.

Die komplementären psychiatrischen Einrichtungen haben den Auftrag, diesen Menschen ein langfristiges Hilfsangebot anzubieten, das einen fördernden bzw. stabilisierenden Charakter hat. Es gilt, so viel Hilfe wie nötig und so wenig wie möglich zu geben, die Lebenssituation zu sichern bzw. zu verbessern, künftigen Krankenhausaufenthalten vorzubeugen und chronisch kranken Menschen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an Arbeit bzw. Beschäftigung zu ermöglichen. Angebote des komplementären Bereichs müssen sich konsequent am Lebensfeld des Betroffenen orientieren, sein vertrautes soziales Umfeld miteinbeziehen und seine Wünsche und Bedürfnisse bei der Hilfeerbringung berücksichtigen.

Um mit dieser Personengruppe zu arbeiten, ist eine stützende, fördernde und vor allem mitmenschliche Grundhaltung nötig. Die Ergotherapeutin wird zu einer Lebensbegleiterin auf (häufig lange) Zeit. Bei der Planung ergotherapeutischer Angebote ist zu bedenken, dass Klienten das „klassische" ergotherapeutische Angebot von ihren Klinikaufenthalten her kennen. Manche Klienten reagieren daher auf die kreativen und handwerklichen Angebote eher ablehnend, denn es erinnert sie an die Klinik oder beinhaltet nicht mehr den Reiz des Neuen. Der konsequente Lebensfeldbezug bei der Planung der ergotherapeutischen Maßnahmen gewinnt hier eine besondere Bedeutung, denn wenn sich das ergotherapeutische

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Angebot stark an der Lebensrealität und den Wünschen sowie Interessen der Betroffenen orientiert, wird dies ihre Motivation, Initiative und aktive Beteiligung stärken. So kann der Wunsch des Klienten, z. B. ehrenamtlich tätig zu werden, das eigene Zimmer zu streichen oder dieses anders einzurichten, in der Ergotherapie aufgegriffen und unterstützt werden.

Psychiatrische Tagesstätten

Tagesstätten sind Einrichtungen, in denen psychisch Kranke und Behinderte längerfristig tagesstrukturierende Maßnahmen erhalten. Es handelt sich dabei um lebenspraktische Tätigkeiten, Tätigkeiten zur Freizeitgestaltung und Kontaktfindung und Tätigkeiten, die an Arbeitstätigkeiten heranführen. Das Angebot der Tagesstätte entspricht einer 5-Tage-Woche und wird zum Teil durch Angebote an den Wochenenden ergänzt.

Tagesstätten sind sozialpsychiatrische Einrichtungen der außerklinischen Rehabilitation für psychisch kranke Erwachsene nach §§ 53/54 SGB XII. Ihre Finanzierung erfolgt in der Regel über die überörtlichen Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe. Je nach dem individuellen Einkommen werden die Klienten (oder deren Angehörige ersten Grades) gemäß dem Prinzip der Subsidiarität zur Finanzierung der Maßnahme mit herangezogen.

Die Ergotherapeutin hat in der Tagesstätte meist keine Fachkollegen, sondern arbeitet im multiprofessionellen Team mit Pflegekräften und Sozialarbeitern zusammen. Es gibt keine ergotherapeutische Fachabteilung. Die Räume der Tagesstätte werden häufig multifunktional genutzt, sodass die Ergotherapie in Teilen in den Gemeinschaftsräumen stattfindet oder auch beim Klienten zu Hause. Die Arbeit in der Tagesstätte verlangt von der Ergotherapeutin die Bereitschaft, sich in sehr offene Rahmenbedingungen einzufinden und flexibel auf die Bedingungen und Anforderungen der Klienten zu reagieren.

Es werden häufig nur wenige der „klassischen" handwerklichen Techniken und Tätigkeiten in der Ergotherapie angeboten, stattdessen werden viele Aktivitäten zur Selbstversorgung durchgeführt, wie Kochen oder andere hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Mit viel Kreativität machen viele Tagesstätten innerhalb ihrer begrenzten Rahmenbedingungen ein Angebot, das die Arbeitsfähigkeiten fördert, z. B. Buchbindearbeiten, Druckarbeiten, Holzarbeiten, Gartenarbeiten. So bewegen sich Ergotherapeuten, die in einer Tagesstätte arbeiten, in der Regel fließend zwischen stärker arbeitstherapeutischen oder beschäftigungstherapeutischen Angeboten.

Die Tagesstätte ist ein Arbeitsbereich, der Ergotherapeuten erlaubt, den Lebensfeldbezug zur Maxime ihres therapeutischen Handelns werden zu lassen. So kann die Ergotherapeutin den Klienten unterstützen, nichtpsychiatrische Aktivitäten wahrzunehmen, indem sie ihn bei den ersten Besuchen der Bücherei, des Sportvereins oder Hallenbades begleitet (s. auch Marotzki und Rokahr 1997).

Wohnheime für psychisch Kranke

Das Wohnheim für psychisch Kranke ist ein vollstationäres sozialpsychiatrisches Angebot für chronisch psychisch kranke Menschen. Es bietet den Bewohnern neben einem Lebensort häufig auch Hilfen zur Selbstversorgung, Tagesgestaltung und Kontaktfindung an.

Es gibt Wohnheime, in denen Großgruppen (mehr als 5 Personen) zusammen wohnen, Wohnverbundanlagen, in denen mehrere Wohnkleingruppen zusammengeschlossen sind, und Kleinwohnheime. Die vollstationäre Versorgung gewährleistet, dass Tag und Nacht eine therapeutische Fachkraft als Ansprechpartner für die Bewohner zur Verfügung steht. Manche Bewohner besuchen tagsüber eine Werkstatt für psychisch kranke Menschen, andere nehmen an den tagesstrukturierenden Angeboten des Wohnheims teil. Diese werden von Ergotherapeuten in Form von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie erbracht. Ähnlich wie die Tagesstättenbesucher haben viele Bewohner eines Wohnheims Erfahrungen mit der Ergotherapie. Auch hier ist es daher sehr wichtig, die Ergotherapie lebensrelevant zu gestalten und die „klassischen" Tätigkeiten (z. B. Arbeiten mit Peddigrohr, mit der Laubsäge, Seidenmalerei) eher in den Hintergrund treten zu lassen. Es gilt, in der Ergotherapie gleichermaßen Tagesroutinen aufzubauen, Perspektiven für das weitere Leben zu erarbeiten, diese möglichst konkret, kleinschrittig und langfristig zu verfolgen sowie Räume für die Kontaktfindung zu schaffen. Ein Ziel der Ergotherapie muss es sein, die Bewohner eines Wohnheims darin zu unterstützen, sich über die sozialpsychiatrischen Hilfen hinaus am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen und sich Aktivitäten außerhalb des Hilfssystems zu erschließen (s. Tagesstätte für psychisch Kranke).

Ergotherapie in den Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation

Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation bieten sowohl verschiedene Einrichtungen zur beruflichen Bildung als auch spezielle Werkstätten für psychisch behinderte Menschen und Integrationsfirmen an.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Berufstrainingszentrum, Berufsförderungswerk und Berufsbildungswerk

Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind regionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die speziell für psychisch kranke Menschen konzipiert worden sind. Es gibt zurzeit im gesamten Bundesgebiet 10 Einrichtungen, die jeweils ca. 50–90 Plätze psychisch kranker Erwachsener (bezogen auf die Krankheitsbilder der Psychosen, Neurosen, psychosomatischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen) anbieten, die bereits über eine Ausbildung bzw. Berufserfahrung verfügen.

Im beruflichen Trainingszentrum soll eine realistische berufliche Perspektive abgeklärt werden und die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt durch eine Trainingsmaßnahme erfolgen, in der

- bereits erworbene berufliche Kenntnisse und Kompetenzen aufgefrischt werden
- eine berufliche Anpassung erarbeitet und wenn notwendig
- Teilqualifikationen erworben werden oder
- eine Vorbereitung auf eine Umschulung erfolgt (Aktion Psychisch Kranke 2002).

Das Angebot des beruflichen Trainingszentrums wird von einem interdisziplinären Team, bestehend aus beruflichen Fachkräften mit Ausbildereignung und beruflicher Vorerfahrung, Ergotherapeuten und psychosozialen Fachkräften (z. B. Sozialpädagogen und Psychologen) erbracht. Neben der Beratung, Information und Abklärung des Auftrags im Aufnahmeverfahren umfasst das Leistungsangebot eines beruflichen Trainingszentrums

- die berufliche Anpassungsqualifizierung (12–15-monatiges Trainingsangebot)
- dreimonatige Feststellungsmaßnahmen zur Klärung einzelner Fragen wie z. B. Belastbarkeit und Schulungsfähigkeit
- Maßnahmen zur beruflichen Orientierung mit individueller Dauer und zum Teil auch
- dreimonatige Maßnahmen zur Berufsfindung.

Praktika und Hospitationen in Betrieben werden gemäß den individuellen Erfordernissen im Rahmen der Maßnahmen durchgeführt.

Ergotherapeuten, die in einem beruflichen Trainingszentrum arbeiten, müssen die Arbeitswelt und ihre Bedingungen kennen. Um die Klienten an die Anforderungen des Arbeitsmarktes schrittweise heranzuführen, müssen die Anforderungen der Arbeits- und Trainingsangebote flexibel gestaltet werden. Es gilt gleichermaßen, eine Situation aufzubauen, in der die Gesetze des Berufslebens gelten, wie z. B. Orientierung an Arbeitstugenden wie Leistung, Pünktlichkeit, Sorgfalt, Zuverlässigkeit, als auch dem Klienten eine psychosoziale Lernwelt zu bieten, in der Arbeitsstörungen reflektiert und Lösungs- bzw. Anpassungsstrategien gefunden werden. Hier muss die Ergotherapeutin eine Grundhaltung aufbauen, die neben dem stützenden, kontinuierlichen Kontakt auch pädagogisch anleitende und bewertende Elemente enthält. So benötigen die Klienten klare, möglichst objektivierbare Rückmeldungen über ihre Leistungen und Arbeitsergebnisse. Die Klienten werden begleitet, in ihrem Prozess eine realistische berufliche Perspektive aufzubauen, die hierfür nötigen Kompetenzen zu erwerben und ein stabileres Gleichgewicht zwischen den beruflichen Anforderungen der Arbeitswelt und ihrer psychischen Verfassung zu finden.

Ergotherapeuten, die in einem beruflichen Trainingszentrum arbeiten, bewegen sich dabei über den psychosozialen und medizinischen Arbeitsbereich hinaus. Dies gilt sowohl für die Zusammenarbeit mit den Berufsausbildern im beruflichen Trainingszentrum als auch mit Betrieben, denn Praktikums- und Hospitationsplätze müssen gefunden, Kontakte zu Betrieben aufgebaut und gepflegt werden.

Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke (BFW) sind außerbetriebliche, überregional tätige Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation, in denen erwachsene behinderte Menschen umgeschult und fortgebildet werden, die in der Regel bereits berufstätig waren und die jeweiligen leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Ähnlich wie im beruflichen Trainingszentrum reichen die Maßnahmen von der Berufsfindung und Arbeitserprobung über die berufsbezogenen Bildungsmaßnahmen zur Qualifizierung (Anpassungs- und Aufschulungsmaßnahmen sowie Ausbildung) bis hin zu Hilfen der beruflichen Eingliederung. Berufsförderungswerke bieten im Rahmen der Weiterbildung bzw. Umschulung nur eine bestimmte Palette an Berufsfeldern an, sodass Klienten mit bestimmten Berufswünschen oft nur in einem vom Wohnort weit entfernten Berufsförderungswerk gefördert werden können. Dies ist für psychisch Kranke häufig nicht sinnvoll. Auch die Aufnahmevoraussetzungen, wie ausreichende Motivation bzw. fachliches Interesse für die jeweilige Ausbildung, entsprechende intellektuelle, berufspraktische und körperliche Fähigkeiten, eine gewisse Selbstständigkeit und ein konstantes Arbeits- und Lernverhalten, die Belastbarkeit für einen achtstündigen Ausbildungstag und die Fähigkeit, während der Maß-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

nahme in einem Internat zu wohnen, sind gerade für viele schwer psychisch Kranke nicht erreichbar.

Ergotherapeuten treffen hier auf ähnliche berufliche Anforderungen wie im beruflichen Trainingszentrum. Durch das überregionale Einzugsgebiet des Berufsförderungswerkes ist es häufig nicht möglich, die regionale Arbeitsmarktsituation am Wohnort des Klienten oder sein psychosoziales Umfeld in die berufliche Rehabilitation miteinzubeziehen sowie ihn beim Übergang von der Maßnahme zum Arbeitsplatz zu begleiten.

Berufsbildungswerke

Berufsbildungswerke (BBW) sind Einrichtungen der beruflichen und gesellschaftlichen Rehabilitation und dienen der erstmaligen Berufsausbildung vor allem jugendlicher Behinderter, die hierzu einen stützenden, psychosozial und medizinisch begleiteten Rahmen benötigen. Das Leistungsangebot eines Berufsbildungswerkes umfasst berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung, Arbeitserprobung, Förderlerngänge) und die Berufsausbildung. In einem Berufsbildungswerk arbeiten medizinische, psychologische und soziale Berufsgruppen interdisziplinär zusammen. Hierzu gehören auch Ergotherapeuten. Auf der Grundlage qualifizierter Förderbedingungen und berufspädagogisch ausgestalteter Konzepte, einer ganzheitlichen Rehabilitationsplanung sowie einer interdisziplinären Kooperation werden die Klienten darin unterstützt, berufliche und persönliche Perspektiven aufzubauen. Den besonderen Bedürfnissen gerade psychisch kranker Klienten wird durch psychiatrische und psychotherapeutische Angebote, intensive Einzelförderung, Entlastungsmöglichkeiten (wie z. B. Ruheräume, Möglichkeit der Arbeitszeitverkürzung) bis hin zu einer angemessenen Gestaltung von Prüfungssituationen Rechnung getragen. Ebenso wie die Berufsförderungswerke arbeiten die Berufsbildungswerke überregional, sodass eine Internatsunterbringung meist unumgänglich ist. Die Anforderungen an die Tätigkeit von Ergotherapeuten entsprechen denen des Berufsförderungswerkes. Es ist nötig, sich auf die Situation junger Erwachsener einzustellen, deren bisherige Entwicklung in der Regel schon von der Behinderung gekennzeichnet war. So kommen etwa 45% der Klienten in einem Berufsbildungswerk nicht aus dem Elternhaus, sondern aus einer stationären Wohn- bzw. Betreuungseinrichtung. Es ist eine besondere Herausforderung für alle an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen, die altersgemäßen Bedürfnisse der Klienten (Partnersuche, Ablösung vom Elternhaus, Orientierung in der Welt, Anteilnahme an Freizeit und jugendlichem Lebensstil) unter der Voraussetzung der beeinträchtigten Lebenssituation zu stärken.

Werkstätten für psychisch behinderte Menschen

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die seit dem 2. 7. 2001 auf der Rechtsgrundlage des SGB IX § 136ff (ehemalig Schwerbehindertengesetz § 54ff) sowie der „Dritten Verordnung zur Durchführung des Schwerbehindertengesetzes – Werkstättenverordnung“ (fachliche Anforderungen an die Werkstätten für behinderte Menschen) geregelt werden. Werkstätten für behinderte Menschen bieten behinderten Menschen, die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder die Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit. Träger der Werkstätten für behinderte Menschen (bundesweit über 660) sind überwiegend freie Wohlfahrtsträger und sonstige gemeinnützige Organisationen. Viele Werkstätten sind für geistig behinderte Menschen oder körperbehinderte Menschen konzipiert. Der steigende Bedarf von psychisch behinderten Menschen hat dazu geführt, dass hier in den letzten Jahren vermehrt spezielle Einrichtungen geschaffen wurden.

Nach einem Eingangsverfahren von ca. 4 Wochen, während dessen geklärt wird, ob die Einrichtung das richtige Arbeitsangebot für den behinderten Menschen ist, wird ein Arbeitstraining durchgeführt, das bis zu 12 Monate dauern kann. Ziel des Arbeitstrainings ist es, die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen.

Nach Abschluss des Arbeitstrainings nimmt der behinderte Mensch seine Tätigkeit im Arbeitsbereich auf. Hier hat er die Möglichkeit, einer dauerhaften sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachzugehen, wenn es nicht möglich ist, ihn mittel- bis langfristig in den ersten Arbeitsmarkt wiedereinzugliedern.

Besonders schwerst mehrfachbehinderte Menschen werden darüber hinaus in sogenannten Fördergruppen betreut, in denen ihnen mit intensiver Betreuung ermöglicht werden soll, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit zu erbringen.

Ergotherapeuten arbeiten in Werkstätten für behinderte Menschen vor allem im Eingangs-, Arbeitstrainings- und Förderbereich. Da der Förderbereich die Gruppe der psychisch behinderten Menschen in der Regel nicht betrifft, sei hier nur auf diesen hingewiesen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Konzepte für Werkstätten, die sich auf Arbeitsangebote für psychisch kranke und behinderte Menschen spezialisiert haben, müssen deren instabiler psychischer Situation gerecht werden. Diese ist geprägt von zeitweiligen ausgeprägten krankheitsbedingten Einschränkungen der Grundarbeitsfähigkeiten und psychosozialen Kompetenzen, bei nicht eingeschränkten und zum Teil hoch entwickelten intellektuellen Fähigkeiten. Monotone, gleichförmige Arbeitsangebote mit einem hohen Produktivitätsdruck können für psychisch kranke Menschen zu einer Verschlechterung ihrer psychischen Situation führen. Werkstätten, die sich auf die Zielgruppe der psychisch Kranken spezialisiert haben, müssen daher ein vielfältiges Arbeitsangebot bereithalten, das nicht allein aus industriell zu fertigender Massenproduktion bestehen kann. Vielfach werden daneben Arbeitsangebote z. B. in den Bereichen Druckerei, Schreinerei, Fahrradwerkstatt und Versand bereitgehalten. Das Spektrum der Arbeitsplätze wird hierdurch vielfältig und reicht von Verpackungs- und Lagertätigkeiten über handwerkliche Tätigkeiten bis hin zu Bürotätigkeiten verschiedener Komplexität. Somit kann auf die Kompetenzen der behinderten Mitarbeiter individuell eingegangen werden.

Ergotherapeuten arbeiten in dieser Einrichtung in der Regel in einem multiprofessionellen Team aus Sozialarbeitern und -pädagogen und Arbeitsgruppenleitern mit zumeist handwerklicher Vorausbildung, die den behinderten Mitarbeitern den entsprechenden psychosozialen und arbeitsorganisatorischen Rahmen geben.

Die Arbeit in einer Werkstatt für psychisch Kranke hat verschiedene Besonderheiten, deren Auswirkungen auch für die Ergotherapeutin bedeutsam sind:

- Das geringe Einkommen der behinderten Mitarbeiter reicht zur Existenzsicherung meist nicht aus und führt dazu, dass Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) in Anspruch genommen werden muss. Viele behinderte Mitarbeiter haben das Gefühl, dass die Werkstatt eine berufliche Sackgasse darstellt, da ein Übergang in den ersten Arbeitsmarkt meist sehr schwer ist. Dies führt bei vielen behinderten Arbeitnehmern zu Unzufriedenheit und Resignation. Ein wesentlicher Auftrag für alle psychosozialen Mitarbeiter der Einrichtung ist die Motivierung und Stabilisierung der behinderten Mitarbeiter, die auch nach langjähriger Tätigkeit noch fördernde Anteile benötigen.
- Psychische Erkrankungen sind in ihrem Erscheinungsbild typischerweise schwankend. Zeitweilige Leistungseinbußen einzelner behinderter Mitarbeiter, die die Produktivität betreffen, müssen von den psychosozialen Mitarbeitern der Einrichtung abgefangen werden. Dies kann dazu führen, dass gelegentlich alle Mitarbeiter der Werkstätten gemeinsam eine termingerechte Auftragserfüllung gewährleisten müssen, um einen Auftraggeber nicht zu verlieren.
- Die Werkstatt ist für die behinderten ebenso wie für die psychosozialen Mitarbeiter häufig ein „Dauerarbeitsplatz“. Unterbrechungen der Tätigkeit für beide Mitarbeitergruppen sind der regelmäßige tarifliche Urlaub und krankheitsbedingte Ausfälle. Der Auftrag an die psychosozialen Mitarbeiter, die behinderten Kollegen zu stützen und zu fördern (Helfer- und Klientenrolle), steht neben der Tatsache, eine große Mitarbeitergruppe in einem Betrieb (Kollegenrolle) zu sein, und erzeugt ein besonderes Spannungsfeld für die Beziehungen.

Ergotherapie in Integrationsfirmen

In den letzten 20 Jahren entstanden vor allem im Umfeld und auf Initiative psychosozialer Hilfsvereine Zuverdienstangebote und Selbsthilfefirmen, deren Anliegen es ist, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen zu schaffen. 2001 wurde das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe für behinderte Menschen – verabschiedet. Hier wurden diese Beschäftigungsinitiativen als Integrationsfirmen anerkannt und eine eigene rechtliche Grundlage für diese Unternehmensform geschaffen.

Integrationsprojekte (auch Integrationsunternehmen oder Integrationsfirma genannt) sind gemäß §§ 132–135 SGB IX Unternehmen der freien Wirtschaft, die in der Regel zwischen 25 und 50% schwerbehinderte Mitarbeiter beschäftigen. Die schwerbehinderten Mitarbeiter müssen dabei bestimmten Zielgruppen (§ 132 Abs. 2 SGB IX) angehören: psychisch behinderte, geistig behinderte und schwer körper- oder sinnesbehinderte Menschen.

Integrationsfirmen sind keine staatlich subventionierten Unternehmen. Sie erhalten für die Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Menschen die gleichen Nachteilsausgleiche aus der Ausgleichsabgabe wie jedes andere Unternehmen, das einen schwerbehinderten Menschen einstellt.

Fördern können die Integrationsämter:

- betriebswirtschaftliche Beratung
- Investitionen zur Schaffung von Arbeitsplätzen sowie
- Mittel für den besonderen Betreuungsaufwand, den die schwerbehinderten Menschen benötigen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Außerdem kann eine durch die Schwerbehinderung bedingte geringere Arbeitsleistung durch einen Zuschuss zu den Lohnkosten, den sogenannten Minderleistungsausgleich, ausgeglichen werden. Diese Nachteilsausgleiche sollen es den Unternehmen erleichtern, Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen zu schaffen und auf die besonderen Bedürfnisse und Bedingungen der schwerbehinderten Mitarbeiter einzugehen. Die Nachteilsausgleiche reichen jedoch nicht aus, um ein unrentabel arbeitendes Integrationsunternehmen zu finanzieren. Genauso wie alle anderen Unternehmen des allgemeinen Marktes müssen Integrationsunternehmen daher nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten arbeiten, ihre Produkte oder Dienstleistungen auf dem freien Markt anbieten und Gewinne erwirtschaften.

Man findet Integrationsfirmen heutzutage in zahlreichen Geschäftsfeldern, wie z. B. in der Gastronomie, im Garten- und Landschaftsbau, in der Hotellerie, industriellen Fertigung, im Gebrauchtwarenan- und -verkauf, in der Holzverarbeitung und anderen Dienstleistungen. Sie werden häufig in der Rechtsform einer gGmbH geführt, d. h. einer gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Mit der Gemeinnützigkeit eröffnen sich für das Unternehmen in gewissem Umfang Steuerbegünstigungen.

Integrationsfirmen bieten schwerbehinderten Mitarbeitern ein weites Spektrum an sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen mit unterschiedlichsten Anforderungen. Trotz der angespannten konjunkturellen Lage haben Integrationsfirmen in den letzten Jahren bei der Verbesserung der Situation von behinderten Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an Bedeutung gewonnen. Zahlen belegen das: 1996 gab es bundesweit etwa 160 Integrationsfirmen, bis heute ist die Zahl der Integrationsunternehmen in Deutschland auf rund 700 angewachsen. Sie beschäftigen mittlerweile fast 5.100 schwerbehinderte Menschen.

Ergotherapeuten werden in Integrationsfirmen vor allem im Bereich der besonderen Betreuung tätig. Ihre Aufgaben können z. B. darin liegen,

- die behinderten Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu begleiten
- sie auf die Bewältigung neuer Arbeitstätigkeiten und -abläufe vorzubereiten
- sie bei ihrer Arbeitsorganisation zu unterstützen sowie
- die behinderten Arbeitnehmer und ebenso ihre Kollegen bei Kommunikationsproblemen zu beraten (Kubny-Lüke 2005, Stadler u. Gredig 2005).

Ergotherapie in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Ergotherapeuten arbeiten im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte oder in ergotherapeutischen Praxen.

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK, früher auch Übergangseinrichtungen) sind stationäre oder teilstationäre Einrichtungen, die idealerweise gemeindenah ein spezifisches therapeutisches Milieu schaffen, in dem sowohl medizinische als auch berufsfördernde Leistungen erbracht werden. Die Maßnahmen setzen sich zusammen aus psychiatrisch-ärztlicher Behandlung, Psychotherapie, psychosozialer Betreuung, Ergotherapie, psychiatrischer Krankenpflege, Bewegungstherapie, Maßnahmen zum Training der Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung sowie berufsvorbereitenden Maßnahmen. Bisher gab es regional unterschiedlich verteilt etwa 820 Plätze in 42 Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in Deutschland (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation u. a. 2000). Dies deckt den vorhandenen Bedarf nicht ab. Für die meisten psychisch Kranken gibt es daher kein Angebot zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation und schon gar nicht in erreichbarer Nähe. Mit dem Inkrafttreten der überarbeiteten RPK-Richtlinien am 1. 7. 2006 sind die Chancen gestiegen, dass zukünftig vermehrt regionale Angebote zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation geben wird. Die überarbeiteten RPK-Richtlinien legen insbesondere einen Schwerpunkt auf die Schaffung wohnortnaher, teilstationärer Rehabilitationsangebote (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2007).

Das Angebot der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte richtet sich an schwer, zum Teil chronisch psychisch Kranke, die keiner weiteren Krankenhausbehandlung bedürfen, aber noch nicht so weit stabilisiert sind, dass sie eigenständig leben können. Die Kosten für die medizinische und berufliche Rehabilitation werden entsprechend den individuellen leistungsrechtlichen Voraussetzungen von den Rentenversicherungsträgern und der Bundesanstalt für Arbeit jeweils bis zu ein Jahr übernommen. Wenn die Maßnahme erforderlich ist, um eine psychische Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, kann sie auch von der Krankenversicherung getragen werden.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die Anforderungen an die Ergotherapie sind in der Rehabilitationseinrichtung sehr umfassend. Es werden hier Alltagsfertigkeiten, soziale und kommunikative Fähigkeiten und arbeitsbezogene Kompetenzen gleichermaßen innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten trainiert. Die ergotherapeutischen Therapieziele müssen diese Zeitbegrenzung berücksichtigen und sich an der zukünftig angestrebten Lebenssituation und -perspektive (z. B. die Tätigkeit in einer Behindertenwerkstatt, das Leben in einer eigenen Wohnung) des Betroffenen ausrichten. Auch hier arbeiten Ergotherapeuten in einem multiprofessionellen Team und in der Regel ohne eine ergotherapeutische Fachabteilung im Hintergrund.

Behandlung psychisch Kranker in ergotherapeutischen Praxen

Ergotherapie gehört zu den therapeutischen Dienstleistungen, die unter die Heilmittelverordnung fallen und ambulant erbracht werden können. Erbracht wird ambulante Ergotherapie in der Regel von niedergelassenen Ergotherapeuten. Zunehmend wird ambulante Ergotherapie für den Personenkreis der psychisch kranken Menschen jedoch auch von Krankenhausträgern und gemeindepsychiatrischen Leistungsanbietern angeboten.

Die Rahmenbedingungen der ergotherapeutischen Praxis beinhalten verschiedene Bedingungen, die die Behandlung psychisch Kranker teilweise erschweren:

- Die Patienten müssen so weit psychisch stabilisiert sein, dass sie den Behandlungstermin zuverlässig und regelmäßig wahrnehmen können.
- Hierzu ist eine gewisse Compliance des Patienten, d. h. also Einsicht und Bereitschaft zur Behandlung, nötig.
- Die ergotherapeutische Leistung wird nicht innerhalb eines multiprofessionellen Teams erbracht, d. h., Krisen und Gefährdungen müssen von der niedergelassenen Ergotherapeutin erst einmal in Eigenverantwortung gemeistert werden. Entscheidungen, wann andere Fachkräfte (z. B. der verordnende niedergelassene Psychiater) informiert werden müssen, sind zu treffen. Therapeutische Prozesse werden nicht routinemäßig interdisziplinär besprochen.
- Der Zeitrahmen einer Praxis lässt situationsabhängige Reaktionen auf eine Krisensituation, z. B. einen verlängerten Gesprächsbedarf, nur erschwert zu.

Die Klientel ergotherapeutischer Praxen besteht vor diesem Hintergrund aus psychisch kranken Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen (Psychosen, Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen, gerontopsychiatrische Erkrankungen), die sich eher in einem stabilisierten Zustand befinden. Schwankungen und Krisen können jedoch immer wieder auftreten.

Bei der Behandlung psychisch Kranker in einer ergotherapeutischen Praxis kann, abhängig von Befund und Behandlungsziel, die gesamte Bandbreite ergotherapeutischer Möglichkeiten zum Einsatz kommen. Dabei gewinnen in den letzten Jahren arbeitsrehabilitative Vorgehensweisen in der ergotherapeutischen Praxis zunehmend an Bedeutung (s. a. Heißler, Mucha 2003; Haerlin 2005).

Auf der Grundlage der ergotherapeutischen Behandlungsverfahren werden bzw. wird z. B.

- Grundarbeitsfähigkeiten und Alltagsfertigkeiten trainiert
- die Auseinandersetzung mit sozioemotionalen Aspekten gefördert
- spezielle Arbeitsfertigkeiten geschult oder
- die Integration der sensorischen Wahrnehmung gefördert.

Die Behandlung kann als Gruppen- und Einzeltherapie in der Praxis und auch im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgen.

1.3 Klassifikation psychischer Erkrankungen

Beate Kubny-Lüke

Diagnostische Klassifikationssysteme haben das Ziel, Ordnungssysteme für die Darstellung von krankhaften Zuständen zu entwickeln, die international eingesetzt werden können und damit zu einer besseren Kommunikation sowie einer ökonomischeren Informationsentwicklung beitragen. Erkrankungen und Störungen werden beschrieben und diagnostischen Begriffen zugeordnet, damit die Vergabe einer Diagnose nicht von subjektiven Einschätzungen abhängt, sondern nach vergleichbaren Merkmalen erfolgt. Dabei geht man davon aus, dass es möglich ist, sinnvolle Gruppierungen bei den zu diagnostizierenden Phänomenen zu bilden und dass es zwischen den beschriebenen Gruppen qualitative Unterschiede gibt.

Ergotherapeuten begegnen diagnostischen Klassifikationssystemen auf den Verordnungen zur Ergotherapie.

Bei der diagnostischen Einordnung von psychischen Erkrankungen werden international und in-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die Anforderungen an die Ergotherapie sind in der Rehabilitationseinrichtung sehr umfassend. Es werden hier Alltagsfertigkeiten, soziale und kommunikative Fähigkeiten und arbeitsbezogene Kompetenzen gleichermaßen innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten trainiert. Die ergotherapeutischen Therapieziele müssen diese Zeitbegrenzung berücksichtigen und sich an der zukünftig angestrebten Lebenssituation und -perspektive (z. B. die Tätigkeit in einer Behindertenwerkstatt, das Leben in einer eigenen Wohnung) des Betroffenen ausrichten. Auch hier arbeiten Ergotherapeuten in einem multiprofessionellen Team und in der Regel ohne eine ergotherapeutische Fachabteilung im Hintergrund.

Behandlung psychisch Kranker in ergotherapeutischen Praxen

Ergotherapie gehört zu den therapeutischen Dienstleistungen, die unter die Heilmittelverordnung fallen und ambulant erbracht werden können. Erbracht wird ambulante Ergotherapie in der Regel von niedergelassenen Ergotherapeuten. Zunehmend wird ambulante Ergotherapie für den Personenkreis der psychisch kranken Menschen jedoch auch von Krankenhausträgern und gemeindepsychiatrischen Leistungsanbietern angeboten.

Die Rahmenbedingungen der ergotherapeutischen Praxis beinhalten verschiedene Bedingungen, die die Behandlung psychisch Kranker teilweise erschweren:

- Die Patienten müssen so weit psychisch stabilisiert sein, dass sie den Behandlungstermin zuverlässig und regelmäßig wahrnehmen können.
- Hierzu ist eine gewisse Compliance des Patienten, d. h. also Einsicht und Bereitschaft zur Behandlung, nötig.
- Die ergotherapeutische Leistung wird nicht innerhalb eines multiprofessionellen Teams erbracht, d. h., Krisen und Gefährdungen müssen von der niedergelassenen Ergotherapeutin erst einmal in Eigenverantwortung gemeistert werden. Entscheidungen, wann andere Fachkräfte (z. B. der verordnende niedergelassene Psychiater) informiert werden müssen, sind zu treffen. Therapeutische Prozesse werden nicht routinemäßig interdisziplinär besprochen.
- Der Zeitrahmen einer Praxis lässt situationsabhängige Reaktionen auf eine Krisensituation, z. B. einen verlängerten Gesprächsbedarf, nur erschwert zu.

Die Klientel ergotherapeutischer Praxen besteht vor diesem Hintergrund aus psychisch kranken Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen (Psychosen, Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen, gerontopsychiatrische Erkrankungen), die sich eher in einem stabilisierten Zustand befinden. Schwankungen und Krisen können jedoch immer wieder auftreten.

Bei der Behandlung psychisch Kranker in einer ergotherapeutischen Praxis kann, abhängig von Befund und Behandlungsziel, die gesamte Bandbreite ergotherapeutischer Möglichkeiten zum Einsatz kommen. Dabei gewinnen in den letzten Jahren arbeitsrehabilitative Vorgehensweisen in der ergotherapeutischen Praxis zunehmend an Bedeutung (s. a. Heißler, Mucha 2003; Haerlin 2005).

Auf der Grundlage der ergotherapeutischen Behandlungsverfahren werden bzw. wird z. B.

- Grundarbeitsfähigkeiten und Alltagsfertigkeiten trainiert
- die Auseinandersetzung mit sozioemotionalen Aspekten gefördert
- spezielle Arbeitsfertigkeiten geschult oder
- die Integration der sensorischen Wahrnehmung gefördert.

Die Behandlung kann als Gruppen- und Einzeltherapie in der Praxis und auch im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgen.

1.3 Klassifikation psychischer Erkrankungen

Beate Kubny-Lüke

Diagnostische Klassifikationssysteme haben das Ziel, Ordnungssysteme für die Darstellung von krankhaften Zuständen zu entwickeln, die international eingesetzt werden können und damit zu einer besseren Kommunikation sowie einer ökonomischeren Informationsentwicklung beitragen. Erkrankungen und Störungen werden beschrieben und diagnostischen Begriffen zugeordnet, damit die Vergabe einer Diagnose nicht von subjektiven Einschätzungen abhängt, sondern nach vergleichbaren Merkmalen erfolgt. Dabei geht man davon aus, dass es möglich ist, sinnvolle Gruppierungen bei den zu diagnostizierenden Phänomenen zu bilden und dass es zwischen den beschriebenen Gruppen qualitative Unterschiede gibt.

Ergotherapeuten begegnen diagnostischen Klassifikationssystemen auf den Verordnungen zur Ergotherapie.

Bei der diagnostischen Einordnung von psychischen Erkrankungen werden international und in-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

nerhalb Deutschlands vor allem zwei Klassifikationssysteme angewandt:

- internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Classification of Diseases, ICD)
- diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (Diagnostic Manual of Mental Disorders, DSM).

1.3.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Die „Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Classification of Diseases, ICD)“ wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in englischer Sprache herausgegeben. Die amtlich gültige deutschsprachige Ausgabe der ICD wird jeweils vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht (s. auch www.dimdi.de).

Die ICD hat das Ziel, nach einer international einheitlichen Systematik Krankheiten und Todesursachen zu klassifizieren. Damit leistet die ICD einen Beitrag zur Erforschung der Morbidität und Mortalität. Die ICD geht auf eine 1893 entwickelte Klassifikation der Todesursachen (sogenannte „list of causes of death“) zurück. Diese wurde 1948 von der damals gerade gegründeten Weltgesundheitsorganisation (WHO) übernommen und in ihrer 6. Revision auf Krankheiten und Verletzungen ausgedehnt (ICD-6). Die darin enthaltenen psychiatrischen Kapitel wurden international von den meisten Psychiatern nicht akzeptiert. In verschiedenen internationalen Konferenzen wurde über einen längeren Zeitraum an einem Kompromiss gearbeitet, der in der 8. Revision der ICD von der großen Mehrheit der Mitgliedsländer der Vereinten Nationen angenommen wurde. 1975 erschien die 9. Revision der ICD (in deutscher Sprache 1979), die erstmals eine multikategoriale Diagnostik ermöglichte, d. h., ein Patient konnte gleichzeitig durch mehrere Nummern aus dem Gesamtbereich der ICD charakterisiert werden. Hierdurch wurde die Darstellung einer Komorbidität (Mehrfacherkrankung) möglich. Ab 1980 wurde an der 10. Revision gearbeitet, die dann 1991 auch in deutscher Sprache vorlag.

Die ICD-10 ist weitgehend multitaxial angelegt, d. h., die Klassifikation kann unter verschiedenen Aspekten durchgeführt werden. Es wurde eine beschreibende, an diagnostischen Kriterien orientierte Klassifikation geschaffen, die keine Rückschlüsse auf die Ursachen einer Erkrankung zieht. So wurde bei der Darstellung der psychischen Erkrankungen auf die Begriffe psychogen oder psychosomatisch ganz verzichtet und die Bezeichnungen Psychopathie und Soziopathie wurden durch den Begriff Persönlichkeitsstörung ersetzt. Die „klassische“ Einteilung in neurotische bzw. psychotische Erkrankungen wurde weitgehend vermieden und wenn, dann nur in einem beschreibenden Sinn eingesetzt. Der Begriff Störung hat den der Krankheit ersetzt. Diagnostische Zuordnungen sollen so von ihrer stigmatisierenden Wirkung befreit werden.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (§ 295 SGB V) vom 1. 1. 1993 wurden die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte verpflichtet, ab dem 1. 1. 1996 die Diagnosen nach dem vierstelligen Schlüssel der ICD-10 auf Abrechnungsunterlagen oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen anzugeben. Vertragsärztliche Leistungen werden seitdem nicht mehr im Klartext ausgeschrieben, sondern unter der Schlüsselnummer angegeben. Ab 1998 wurde der Geltungsbereich der ICD auch auf die stationäre Versorgung ausgedehnt. Seit 1. 1. 2000 gilt mit ICD-10 / SGB V in Deutschland eine speziell für die Zwecke des Sozialgesetzbuchs (SGB V) (Krankenversicherungsrecht) erarbeitete Version im ambulanten sowie im stationären Gesundheitsbereich.

Diagnostische Einteilung der ICD-10 Kapitel V (F)

Das Kapitel V (F) der ICD-10 widmet sich den psychischen Störungen (s. auch Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 2007).

F00–F05: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Hier handelt es sich um nachweisbare hirnorganische Schädigungen mit psychischen Störungen als Effekt (z. B. Demenz, Delir).

F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Hier handelt es sich um durch Alkohol, Tabak und diverse Drogen verursachte psychische Störungen. Das Spektrum reicht von leichten Intoxikationserscheinungen bis zu Abhängigkeit und strukturellen Hirnschäden, Demenz, Delir.

F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

Die Formen der Schizophrenien mit Störungen des Denkens, des Wahrnehmens, des Gefühlserlebens, des Identitätsgefühls und der Leistungsfähigkeit wer-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

den hier erfasst, aber auch schizotype Störungen, die nicht alle Kriterien der Schizophrenie aufweisen. Ebenso werden die wahnhaften Störungen, d. h. isolierte wahnhafte Überzeugungen ohne weitere Symptome einer Schizophrenie, hier eingeordnet.

F30–F39: Affektive Störungen

Gemeint sind drastische und phasenhaft stabile Veränderungen der Stimmung wie bei der Depression oder der Manie (gehobene Stimmung). In beiden Fällen findet eine Veränderung des Aktivitätsniveaus statt. Beide Störungen tendieren zu wiederholtem Auftreten.

F40–F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Hierzu rechnet man z. B. phobische Angststörungen, Panikstörungen, soziale Phobien, generalisierte Angststörung, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (graduell unterschiedlicher Verlust des Identitätsgefühls, des Erinnerns und der Körpermotorik ohne somatische Ursache).

F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Hierzu zählen z. B. Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Erbrechen), nicht organisch bedingte Schlafstörungen, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörungen, psychische Auffälligkeiten im Wochenbett, Missbrauch von Substanzen ohne Suchtpotenzial.

F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Es handelt sich um tief verwurzelte, starre und dauerhafte Verhaltensmuster, von denen die meisten Bereiche des Lebens betroffen werden. Die Auswirkungen sind deutlich abweichende Muster des Denkens, des Wahrnehmens, der Gefühle und der Beziehungen zu anderen Menschen (paranoide, schizoide, dissoziale, emotionale, instabile, histrionische, anankastische, ängstliche, abhängige Persönlichkeitsstörung). Hierzu zählen ebenfalls Störungen der Impulskontrolle (spielen, stehlen), Störungen der Geschlechtsidentität (Transsexualismus) und Störungen der Sexualpräferenz (Fetischismus, Exhibitionismus).

F70–F79: Intelligenzstörung

Man unterscheidet eine leichte, mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderung, die bezogen auf die kognitive Leistungsfähigkeit, die sprachlichen, motorischen und sozialen Fähigkeiten erfassbar ist. Das Risiko für eine weitere psychische Störung ist erhöht.

F80–F89: Entwicklungsstörungen

Hierzu zählen Entwicklungsstörungen des Sprechens, der schulischen Fertigkeiten, der Motorik, Autismus.

F90–F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend

Hierzu werden z. B. die hyperkinetische und die Aufmerksamkeitsstörung gerechnet ebenso wie gestörtes Sozialverhalten, emotionale Störungen (Trennungsangst), Ticstörungen, Mutismus, Einnässen, Stottern.

F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Störungen ohne nähere Angaben.

1.3.2 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen

Nur wenige Jahre nach der ICD wurde das „Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM) von der American Psychiatric Association herausgegeben. Es erschien 1952 in erster Auflage (DSM-I) und wurde in den folgenden Jahrzehnten bis zur DSM-IV (1994) weiterentwickelt. 2000 erfolgte eine Textrevision, genannt DSM IV-TR, die 2003 auch in deutscher Sprache erschien (Saß et al. 2003).

Seit der 3. Version des DSM (DSM-III) 1980 enthält das DSM eine neue Krankheitseinteilung, detaillierte Merkmalsbeschreibungen und eine Klassifikation in mehreren Achsen. Diese multitaxiale Klassifikation ermöglicht es, den Patienten auf fünf gesonderten Achsen zu beurteilen und vielfältige krankheitsrelevante Informationen zu erfassen. So fördert DSM-IV die Anwendung eines biopsychosozialen Modells psychischer Erkrankung durch die Einbeziehung von psychischen, physischen, psychosozialen und umgebungsbedingten Problemen in die Diagnose. Obwohl es zwischen den Psychiatern, die das DSM entwickelten, und der WHO eine rege Zusammenarbeit gab, sind DSM und ICD erst in ihren letzten Versionen zunehmend kompatibler geworden. Die WHO sah sich schon immer dazu verpflichtet, die ICD so zu gestalten, dass sie von allen Ländern der Vereinten Nationen genehmigt werden kann. Das DSM dagegen war zunächst ganz speziell auf amerikanische Verhältnisse, z. B. das amerikanische Versicherungssystem, zugeschnitten. Der Annäherungsprozess zwischen DSM und ICD wurde jedoch verfolgt und scheint in ICD-10 und DSM-IV weitgehend erreicht.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Multitaxialer Aufbau des DSM-IV

Achse I des DSM-IV erfasst alle psychischen Störungen, auch die Entwicklungsstörungen mit Beginn der Kindheit oder Adoleszenz.

Auf *Achse II* werden die Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung registriert.

In Achse I und II befindet sich also die eigentliche Klassifikation des von der Norm abweichenden Verhaltens. Durch beide Achsen soll sichergestellt werden, dass langfristige Störungen nicht übersehen werden.

Die weiteren drei Achsen sind für die eigentlich psychiatrische Diagnose nicht notwendig, sollen jedoch gewährleisten, dass der erkrankte Mensch in seiner Gesamtsituation wahrgenommen wird.

So werden auf *Achse III* alle körperlichen Störungen und Zustände erfasst, die im Zusammenhang mit der psychischen Störung bedeutsam sein können.

Achse IV widmet sich der Beschreibung der psychosozialen und umweltbedingten Belastungsfaktoren.

Achse V dient der Beurteilung des globalen, sozialen und beruflichen Funktionsniveaus auf einer Skala zwischen 1 und 100 für das vergangene Jahr und die aktuelle Situation. Sie soll prognostische Aussagen ermöglichen, bleibt jedoch relativ allgemein und hat daher einen eher geringen Aussagewert.

Fallbeispiel 1.1: Frau M.

Frau M., 38 Jahre alt, wird nachts betrunken und randalierend von der Polizei aufgegriffen und per PsychKG in der psychiatrischen Klinik aufgenommen. Hier wird nach einigen Tagen folgende Diagnose gestellt:

- Achse I (aktuelle psychische Störung): Alkoholabhängigkeit
- Achse II (längerfristige psychische Störung): Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Achse III (körperlicher Zustand): Leberentzündung
- Achse IV (Belastungsfaktoren): Frau M. ist, nachdem ihr die Wohnung gekündigt wurde, seit einigen Wochen obdachlos
- Achse V (Funktionsniveau): Durch die psychische Erkrankung ist Frau M. in gravierender Weise darin beeinträchtigt, ihre Lebenssituation zu sichern.

Fallbeispiel 1.2: Herr K.

Herr K., 45 Jahre alt, hat in den letzten Wochen vermehrt Angstzustände aufgrund seiner zunehmenden Wahnideen. Er verlässt kaum mehr die Wohnung, isst kaum und schläft wenig. Er lässt sich auf Anraten des behandelnden Nervenarztes in die Klinik einweisen:

- Achse I (aktuelle psychische Störung): wahnhafte Störung
- Achse II (längerfristige psychische Störung): leichtgradige Behinderung
- Achse III (körperlicher Zustand): abgemagert
- Achse IV (Belastungsfaktoren): arbeitslos
- Achse V (Funktionsniveau): Es handelt sich um ernste Symptome, die den Tagesablauf immer mehr bestimmen. Seine Möglichkeiten, sich zu versorgen und seinen Tag zu gestalten, nehmen ab.

1.3.3 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation

Im Mai 2001 wurde von der WHO die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) veröffentlicht. Es handelt sich hierbei um die mehrfach überarbeitete Nachfolgeversion der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Disabilities, Impairments and Handicaps, ICDIH) von 1980. Die offizielle deutsche Übersetzung wurde vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Buch herausgegeben (2006) und steht auf der Website von DIMDI als Download zur Verfügung (www.dimdi.de).

Ursprünglich wurde mit der ICDIH eine Klassifikation der Krankheitsfolgen geschaffen. Der mehrjährige Überarbeitungsprozess führte dazu, dass mit der ICF eine Klassifikation entwickelt wurde, die sich an der funktionalen Gesundheit einer Person orientiert. Dabei wird dem Rechnung getragen, dass Gesundheit sich nicht nur auf den Ebenen der Körperstrukturen und -funktionen darstellen lässt, sondern durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird. Neben den objektivierbaren Körperfunktionen und -strukturen werden zur Beschreibung von Funktionsfähigkeit und Behinderung in der ICF daher verschiedene Kontextfaktoren herangezogen. Die ICF dient somit der Beschreibung des „Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Zustandes".

Mithilfe der ICF werden folgende Ziele angestrebt:

- So stellt sie eine international und interdisziplinär einheitliche und standardisierte Sprache (Terminologie) mit festgelegten Definitionen zur Verfügung.
- Die Bereitstellung wissenschaftlicher Grundlagen für Studium und Verständnis von Gesundheits- und gesundheitsbezogenem Zustand sowie eines Rahmens zur Beschreibung dieses individuellen Zustandes.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Mit ihrer Hilfe werden Datenvergleiche ermöglicht und sie bietet ein systematisches Verschlüsselungssystem für Forschung, Wissenschaft und Statistik.

Durch die wissenschaftliche Anwendung der ICF kann Einfluss genommen werden auf klinische, gesundheitspolitische, sozialpolitische, gesellschaftliche und pädagogische Aspekte (Hirsch u. Lorenzen 2002, S. 4).

Ausgangspunkt der ICF ist ein biopsychosoziales Modell, das der Klassifikation von Funktionsfähigkeit und Behinderung im Kontext der persönlichen und umweltbedingten Faktoren dient. Die Funktionsfähigkeit und die Behinderung eines Menschen werden als ein Resultat aus der dynamischen Interaktion seiner Gesundheitsprobleme mit seinen Kontextfaktoren angesehen. Das Gesundheitsproblem eines Menschen kann, unabhängig von seiner Ursache, Auswirkungen auf alle Lebensbereiche haben. Die ICF besteht daher aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

- Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung
  - Körperfunktionen und -strukturen
  - Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)
- Teil 2: Kontextfaktoren
  - Umweltfaktoren
  - personbezogene Faktoren.

Definitionen der ICF

Im Folgenden werden die wichtigsten Begriffe der ICF aufgeführt (s. auch Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2007a, S. 16 sowie S. 21 f.).

Körperfunktionen: physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen).
Körperstrukturen: anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
Schädigungen: Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, z. B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.
Aktivität: Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.
Partizipation (Teilhabe): Einbezogensein in eine Lebenssituation.
Beeinträchtigungen der Aktivität: Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.
Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe): Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.
Umweltfaktoren: materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben entfalten.
Personbezogene Faktoren: spezieller Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen. Sie umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustandes sind (z. B. Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Familienstand). Die personbezogenen Faktoren werden in der ICF zwar nicht klassifiziert, jedoch in Abb. 1.**2** mit aufgezeigt, da sie auf die Situation eines Menschen großen Einfluss haben.
Die Kontextfaktoren wirken sich auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen fördernd oder hemmend aus und sind daher immer bei der Beurteilung der Funktionsfähigkeit einer Person mit einzubeziehen.
Funktionsfähigkeit: liegt vor, wenn die Wechselwirkung zwischen den Gesundheitsproblemen, der Lebenssituation und der Umwelt eines Menschen positiv verläuft.
Behinderung oder eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit: liegt dann vor, wenn diese Wechselwirkung negative Konsequenzen für den Menschen hat.

Einen Überblick über den Aufbau der ICF gibt **Abb. 1.2**.

Durch das Konzept der ICF wird Teilhabe zu einem Menschenrecht, d. h., jeder Mensch sollte einen Zugang zu allen Lebensbereichen haben, in Lebensbereiche integriert sein und sich in diesen entfalten können. Dies ist gemäß dem Teilhabebegriff der ICF unabdingbar mit der Vorstellung eines unabhängigen, selbstbestimmten und gleichberechtigten Lebens verbunden.

Ob ein Mensch Teilhabe als Teil seiner subjektiven Erfahrung empfindet, ist unabhängig von gesellschaftlichen und sozialrechtlichen Bedingungen von weiteren Faktoren abhängig:

- Zufriedenheit in den Lebensbereichen erleben, die für einen bestimmten Menschen bedeutsam sind.
- In diesen Lebensbereichen Lebensqualität empfinden.
- Anerkennung sowie Wertschätzung erfahren.

In den Fokus treten im Rahmen der subjektiven Teilhabeerfahrung die Lebensbereiche, an denen eine Person teilhaben möchte.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Umweltfaktoren	personenbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der üblichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
positiver Aspekt	funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation (Teilhabe)	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)	negativ wirkende Faktoren, Barrieren, Hindernisse	nicht anwendbar
	Behinderung			

Abb. 1.2 Überblick über die ICF (WHO 2002, S. 17).

Das Konzept der Aktivitäten der ICF beruht auf der Handlungstheorie von Nordenfelt. Eine Handlung ist nur dann möglich, wenn folgende drei Aspekte erfüllt sind:

- Die Leistungsfähigkeit der Person ist gegeben.
- Die Rahmenbedingungen ermöglichen die Handlung.
- Die Handlungsbereitschaft (Wille) ist vorhanden.

Bei der Leistungsfähigkeit spielen zwei Aspekte eine Rolle:

- das Leistungsvermögen (capacity); gemeint ist das maximale Leistungsniveau einer Person unter Testbedingungen
- die eigentliche Leistung (performance); gemeint ist die Ausführung einer Handlung unter realen Lebensbedingungen.

Leistung (als Teil des Aktivitätskonzeptes) und Teilhabe finden innerhalb der Kontextfaktoren Umwelt und personbezogene Faktoren statt. Dabei kann man von der Hypothese ausgehen: Wenn alle Leistungen in einem Lebensbereich erbracht werden können, dann ist volle Teilhabe in diesem Lebensbereich gegeben (Schuntermann 2005, Flotho 2008). Aber:

Eine Teilhabe ist auch ohne Leistung möglich.

Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

In **Abb. 1.3** werden unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) die unterschiedlichen Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung dargestellt. Die Wechselwirkung zwischen den Ebenen der Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen, der Beeinträchtigung von Aktivitäten und der eingeschränkten Partizipation wird erkennbar. Sie verdeutlicht, dass es sich bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei einem chronischen Verlauf, um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind (nach Gromann 2007).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

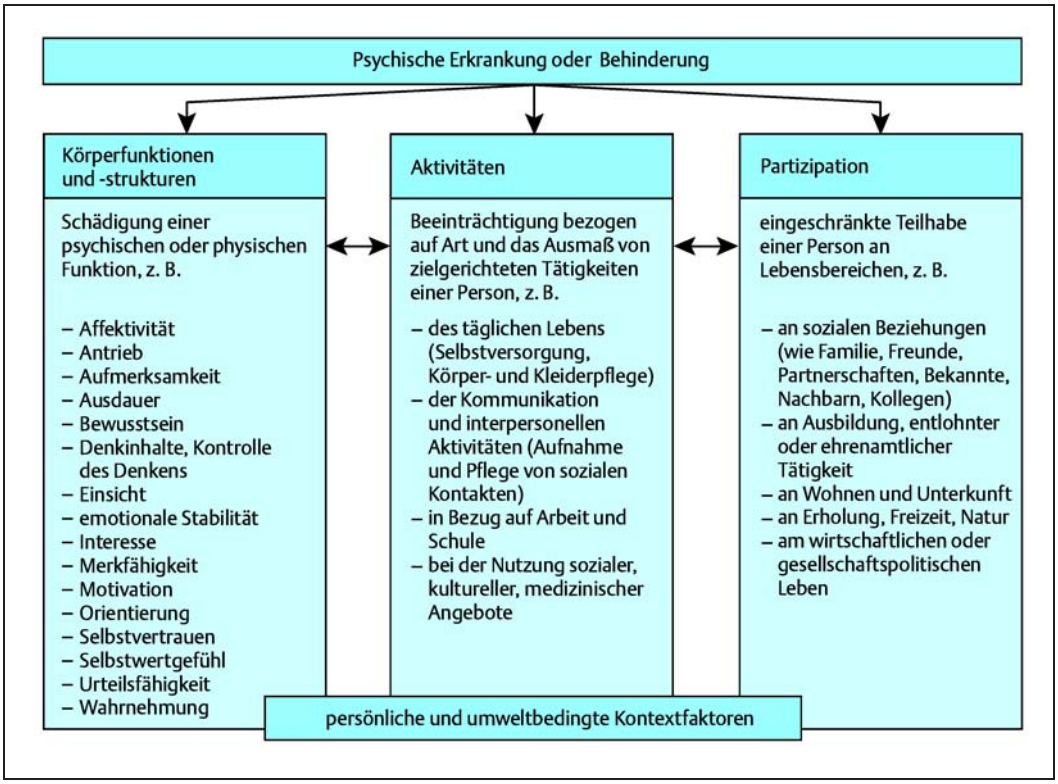

Abb. 1.3 Auswirkungen psychischer Erkrankung oder Behinderung auf Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation vor dem Hintergrund der ICF (modifiziert nach Gromann 2001).

Anwendung der ICF

Die ICF besteht aus vier Klassifikationslisten. Sie listen Items der verschiedenen Komponenten auf. Es handelt sich um einen alphanumerischen Aufbau, d. h., jedem Item ist ein Kode aus einem Buchstaben und einer Zahl zugeordnet. Mit dem Buchstaben wird die Komponente bezeichnet, zu der das Item zählt:

- s = Körperstrukturen
- b = Körperfunktionen
- d = Aktivitäten und Teilhabe
- e = Umweltfaktoren.

Der Zustand eines Individuums kann zum Teil bis in den vierten Detaillierungsgrad dargestellt werden. Eine Übersicht der ersten Darstellungsebene, die der Kapitelüberschriften, gibt folgender Exkurs wieder.

Exkurs: ICF-Klassifikation der ersten Ebene
Liste der Kapitelüberschriften der Klassifikation:

Körperfunktionen (Code: b)
Kapitel 1: Mentale Funktionen
Kapitel 2: Sensorische Funktionen
Kapitel 3: Stimm- und Sprechfunktionen
Kapitel 4: Funktionen des kardiovaskulären, des hämatologischen, des Immun- und des Atmungssystems
Kapitel 5: Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems
Kapitel 6: Funktionen des Urogenitalsystems und Reproduktion
Kapitel 7: Neuromuskuloskelettale und bewegungsbezogene Funktionen
Kapitel 8: Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde
Körperstrukturen (Code: s)
Kapitel 1: Struktur des Nervensystems
Kapitel 2: Das Auge, das Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
Kapitel 3: Strukturen, die an der Stimme und am Sprechen beteiligt sind

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

xxx.0	nicht vorhanden	(ohne, keine, unerheblich ...)	0–4%
xxx.1	leicht ausgeprägt	(schwach, gering ...)	5–24%
xxx.2	mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich ...)	25–49%
xxx.3	erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst ...)	50–95%
xxx.4	voll ausgeprägt	(komplett, total ...)	96–100%
xxx.8	nicht spezifiziert		
xxx.9	nicht anwendbar		

Abb. 1.4 Erstes Beurteilungsmerkmal (Ausmaß oder Größe des Problems) zur Funktionsfähigkeit eines Menschen (WHO 2002, S. 26f.).

Tab. **1.1** Codierbeispiele ICF

Code	Dimension	Kapitel	Ebene
b11420	Körperfunktionen	1 Mentale Funktionen	4 Orientierung zum eigenen Selbst: Mentale Funktionen, die sich im bewussten Gewahrsein der eigenen Identität äußern
d6404	Aktivitäten und Partizipation	6 Häusliches Leben	3 Die täglichen Lebensnotwendigkeiten lagern, insbesondere Lebensmittel
e585	Umweltfaktoren	5 Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze	2 Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens
b11420	Körperfunktionen	1 Mentale Funktionen	4 Orientierung zum eigenen Selbst: Mentale Funktionen, die sich im bewussten Gewahrsein der eigenen Identität äußern

Kapitel 4: Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
Kapitel 5: Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System im Zusammenhang stehende Strukturen
Kapitel 6: Strukturen des Urogenitalsystems
Kapitel 7: Mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen
Kapitel 8: Haut und Hautanhangsgebilde
Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) (Code: d)
Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung
Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
Kapitel 3: Kommunikation
Kapitel 4: Mobilität
Kapitel 5: Selbstversorgung
Kapitel 6: Häusliches Leben
Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
Umweltfaktoren (Code: e)
Kapitel 1: Produkte und Technologien
Kapitel 2: Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
Kapitel 3: Unterstützung und Beziehungen
Kapitel 4: Einstellungen
Kapitel 5: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Die Beurteilung der Funktionsfähigkeit eines Menschen erfolgt nach Beurteilungsmerkmalen, die z. B. Größe und Ausmaß des Problems (erstes Beurteilungsmerkmal) aufzeigen **(Abb. 1.4)**. Dabei muss beachtet werden, dass die ICF selbst kein Assessment darstellt, sich jedoch eignet, um die Ergebnisse aus einem Assessment darzustellen.

Bei der Beurteilung der Aktivitäten und Partizipation kann sowohl die Leistung als auch die Leistungsfähigkeit beurteilt werden.

Bei der Beurteilung der Umweltfaktoren wird die Skala dahin gehend modifiziert, dass sowohl hindernde Faktoren – Barrieren – als auch fördernde Faktoren (gekennzeichnet durch ein +) eingeschätzt werden können. Beispiele für die Codierung nach der ICF zeigt **Tab. 1.1**.

Stand der Umsetzung der ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit hat seit ihrer Verabschiedung durch die WHO 2001 in den Bereichen Rehabilitation, Pflege, Sozialmedizin und in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung viel Aufmerksamkeit gefunden und ist zu einem Bezugspunkt für die (Weiter-)Entwicklung von Befund- und Beurteilungsinstrumenten zur Rehabilitationsplanung und -durchführung geworden.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

So finden sich die Begrifflichkeiten und das Konzept der ICF im am 1. 7. 2001 verabschiedeten SGB IX (Gesetz zur Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft) wieder. Auch die „Maßnahmen der Ergotherapie" (§ 92 SGB V) der am 6. 2. 2001 vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verabschiedeten und vom Bundesministerium für Gesundheit zum 1. 7. 2001 in Kraft getretenen Heilmittel-Richtlinien (§ 92 SGB V) orientieren sich, wenn auch auf den Begrifflichkeiten der älteren Version der ICDIH beruhend, an dem beschriebenen biopsychosozialen Denkmodell der ICF.

Trotzdem wird die ICF noch selten routinemäßig als Klassifikation und Instrument zur Dokumentation angewendet und noch nicht häufig praktisch genutzt. Die fachliche Auseinandersetzung konzentriert sich überwiegend auf konzeptionelle Überlegungen und Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit. Dies liegt u. a. an ihrer hohen Komplexität.

Um die über 1.400 Kategorien der ICF im Rehabilitations- und Behandlungsalltag einsetzen zu können, werden daher praxisorientierte Materialien – ICF Core Sets – benötigt. Ein ICF Core Set umfasst eine begrenzte Auswahl von Gesundheitsmerkmalen, die als typisch angesehen werden für eine bestimmte Gesundheitsbeeinträchtigung oder einen Personenkreis mit ähnlichen Störungsbildern. Erarbeitet werden diese Core Sets in Expertengruppen mithilfe sozialwissenschaftlicher Methoden.

Im Folgenden ein Überblick der Core-Set-Entwicklung im Bereich psychischer Erkrankungen:

Zur Beschreibung und Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Störungen auf der Grundlage der ICF wurde das Mini-ICF-P entwickelt. „Mithilfe des im Mini-ICF-P operationalisierten differenzierten Profils von Fähigkeitsstörungen kann detailliert erhoben werden, in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß gesundheitliche Einschränkungen zu Fähigkeitsstörungen geführt haben und in welchem Bereich eine gezielte Förderung erforderlich ist, damit der Patient den Anforderungen des täglichen Lebens in den verschiedenen Lebensbereichen wieder gerecht und eine Wiedereingliederung ins Berufsleben gewährleistet werden kann" (Linden u. Baron 2005, S. 150).

Durch eine erste empirische Studie konnte nachgewiesen werden, dass es sich beim Mini-ICF-P um ein reliables, praktikables, valides und ökonomisches Instrument handelt (Linden u. Baron 2005).

Weitere Core-Set-Entwicklungen finden derzeit z. B. an der Universität München statt. Hier beschäftigt man sich unter Zusammenarbeit verschiedener internationaler Partner mit einem ICF-Core-Set-Projekt für chronische Erkrankungen. Aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen wurde die Depression in diesen Entwicklungsprozess aufgenommen (Cieza et al. 2004) (s. auch ICF Research Branch 2007).

In den Rehabilitationszentren Am Latterbach und Herzogsägmühle wird seit 2004 mit einem einrichtungsspezifischen Core Set gearbeitet. In Zusammenarbeit mit zwei weiteren Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK) wurde dieses in einem zweistufigen Delphi-Verfahren entwickelt und in den Rehabilitationsalltag eingeführt. Hauptgründe für die Einführung lagen in der Einheitlichkeit der Terminologie und der Möglichkeit, eine disziplinübergreifende Sprache nutzen zu können. In diesem einrichtungsspezifischen Verfahren werden Zielsetzungen und Maßnahmen nicht auf einzelne ICF-Items bezogen, sondern sogenannte Problemfelder oder Problemcluster gebildet. Zurzeit wird daran gearbeitet, die Anwendung dieses Core Sets in die außerklinische psychiatrische Versorgung der Region einzuführen, um auch im Längsschnitt eine fortlaufende gemeinsame diagnostische Grundlage zu erhalten (s. auch DIMDI 2007b).

Ein weiterer Ansatz zur praktischen Umsetzung der ICF ist der Einsatz des ICF-Modellblatts (Steiner et al. 2002). Mithilfe des ICF-Modellblatts **(Abb. 1.5)** wird zum einen die Patienten- bzw. Rehabilitandensicht erfasst, zum anderen die der Therapeuten. Dieses klientenzentrierte Instrument unterstützt die fallbezogene Kooperation und Verständigung im interdisziplinären Team. Durch die komprimierte Zusammenfassung aller Items auf einem Blatt können Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Faktoren wahrgenommen und verstanden werden (Garnier et al. 2007).

Die Anwendung der ICF im Bereich der Rehabilitation spielt sich nach Schuntermann (2005) auf verschiedenen Ebenen ab:

- Teilhabe als Menschenrecht – dies beeinflusst den Umgang des Rehateams mit dem Rehabilitanden; seine Selbstbestimmung rückt in den Vordergrund.
- Ansatz der subjektiven Teilhabeerfahrung – er betont die Sicht des Rehabilitanden: Er trifft die Auswahl bei der Zielsetzung und hierarchisiert die Ziele.
- Gemäß dem Konzept der Körperstrukturen und -funktionen ist es Aufgabe der Rehabilitation, eine Verschlimmerung der Störungen und Schäden zu verhindern, die Körperfunktionen und -strukturen zu verbessern und die nicht betroffenen Körperfunktionen und -strukturen zu stärken.
- Nach dem Konzept der Aktivitäten stehen die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und die Verhütung einer Beeinträchtigung von Leistungsfä-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

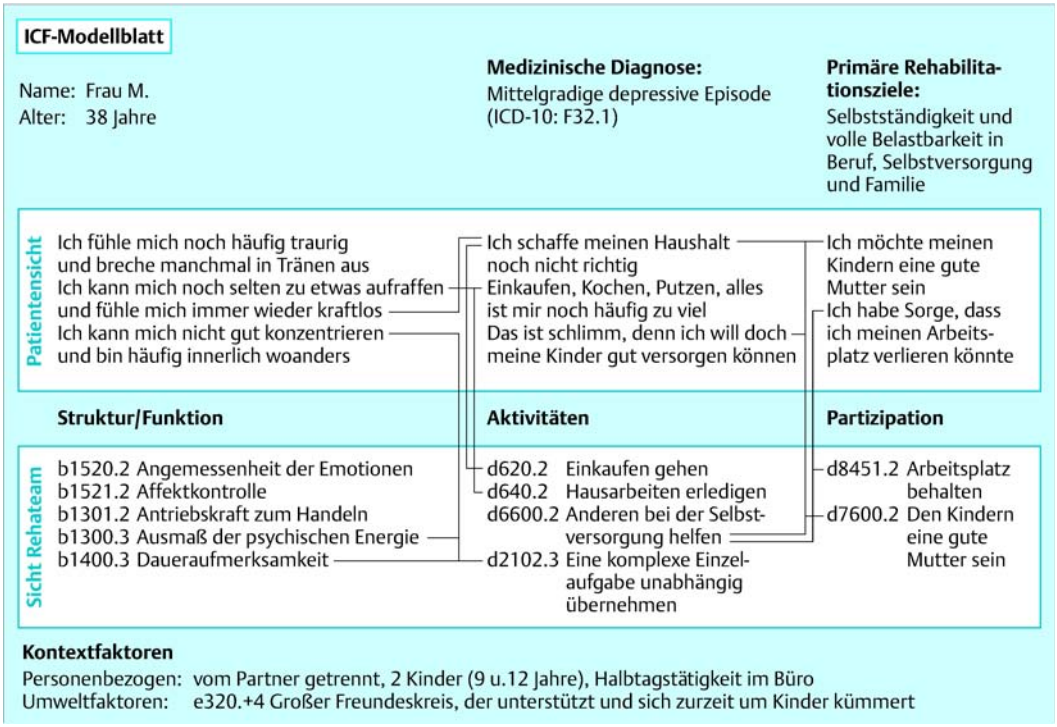

Abb. 1.5 ICF-Modellblatt (s. auch Fallbeispiel 1.3, S. 29).

higkeiten, die mit den bereits beeinträchtigten in einem Zusammenhang stehen, im Fokus der Rehabilitation.

- Nach dem Konzept der Kontextfaktoren (Umwelt und personenbezogene Faktoren) geht es darum, die Barrieren die Leistung und Teilhabe beeinträchtigen, zu beseitigen und Förderfaktoren aufzubauen, die die Leistung und Teilhabe unterstützen.

Bedeutung der ICF für die psychiatrische Ergotherapie

In der psychiatrischen Ergotherapie dient die ICF ebenso wie in anderen ergotherapeutischen Bereichen zurzeit vor allem einer besseren interdisziplinären Kommunikation und der Kommunikation mit anderen Partnern des Gesundheitswesens (Fischer 2007, S. 102 f.). Um diesen Prozess zu unterstützen, werden zurzeit in einer Arbeitsgruppe des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e. V. (DVE) ergotherapeutische Leistungsbeschreibungen nach der ICF entwickelt. Hierbei werden die Indikationen und Ziele der Ergotherapie in verschiedenen Bereichen der ambulanten Rehabilitation (muskuloskelettale, neurologische, psychische/psychosomatische, onkologische, kardiale, geriatrische Rehabilitation sowie Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen) dargestellt und die Leistungen der Ergotherapie für die einzelnen Indikationen beschrieben. Hiermit sollen Ergotherapeuten bei der Anwendung der ICF unterstützt werden und die berufsgruppenübergreifende Verständigung über das Leistungsspektrum der Ergotherapie erleichtert werden. Leistungsbeschreibungen für die ambulante muskuloskelettale, neurologische und psychische/psychosomatische Rehabilitation stehen kurz vor dem Abschluss und sollen 2008 veröffentlicht werden (DIMDI 2007b; George u. Klier 2007).

Da die ICF Leistungsfähigkeit sowie Schädigungen und Beeinträchtigungen in einer übergeordneten Form beschreibt und detaillierte Ausführungen den Rahmen und das Anliegen der ICF sprengen würden, ist mit ihrer Hilfe vor allem eine zusammenfassende Darstellung der funktionalen Gesundheit eines Menschen möglich.

Der ergotherapeutische Befund muss darüber hinausgehen und in einer detaillierten Weise die Beeinträchtigungen, Handlungsfähigkeiten und deren

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bedeutung für den Betroffenen erfassen. Hierzu benötigt die Ergotherapie in der Psychiatrie ebenso wie in anderen Fachbereichen konzeptionelle Modelle und dazugehörige Assessments. Sie helfen dabei, die ICF für die Ergotherapie und ihren interdisziplinären Diskurs zu nutzen.

Fallbeispiel 1.3:

Frau M. ist 38 Jahre alt, arbeitet halbtags als Büroangestellte und lebt mit ihren zwei Kindern im Alter von 9 und 12 Jahren seit kurzem allein. Über die Sommerferien fahren ihre Kinder drei Wochen in ein Zeltlager. Frau M. geht in dieser Zeit arbeiten und verbringt die Nachmittage und Abende meist für sich. Sie fühlt sich immer gedrückter und trauriger und vermisst ihren großen und zugewandten Freundeskreis, denn die meisten ihrer Freunde sind ebenfalls in den Urlaub gefahren. So sieht sie während der Abwesenheit ihrer Kinder in ihrer Freizeit kaum einen Menschen und fühlt sich immer einsamer und bedrückt.

Als ihre Kinder aus dem Urlaub zurückkehren, treffen sie auf eine erschöpfte und energielose Mutter, die es kaum schafft, morgens rechtzeitig aufzustehen und zur Arbeit zu gehen. Häufig bricht sie scheinbar grundlos in Tränen aus. Dieser Zustand verstärkt sich und der gemeinsame Familienalltag gerät völlig aus dem Lot. Frau M., sonst eine sorgsame Hausfrau und Mutter, bewältigt ihren Haushalt nicht mehr. Sie lässt alles liegen und vergisst einzukaufen. Den Arbeitsplatz erreicht sie meist mit Verspätung, kann sich dann kaum auf ihre Arbeit konzentrieren und bewältigt die Aufgaben nicht.

Schließlich verlässt sie an einem Wochenende kaum noch das Bett. Auch ihrem Freundeskreis ist aufgefallen, dass sich Frau M. in einem schlechten Zustand befindet. Ihre Freunde können sie überreden, sich an die psychiatrische Klinik zu wenden. Hier wird sie mit der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) zunächst stationär, dann teilstationär behandelt. Um sich weiter zu stabilisieren und ihr Leben vor der Erkrankung wiederaufzunehmen, beginnt Frau M. mit einer Maßnahme zur Ambulanten Medizinischen Rehabilitation. Hier werden nach einer diagnostischen Phase die Befunde und Erkenntnisse im ICF-Modellblatt (Abb. 1.5) erfasst und als Grundlage zur Rehabilitationsplanung genutzt. Dabei werden sowohl die subjektiven Schilderungen der Rehabilitandin aufgegriffen, als auch die diagnostischen Erkenntnisse des Rehabilitationsteams ausgewertet und darauf aufbauend Rehabilitationsschwerpunkte entwickelt. Da für Frau M. die Versorgung ihrer Kinder und ihres Haushalts von zentraler Bedeutung ist, sollen diese für die Ergotherapie vor allem im Bereich der Versorgung und Haushaltsführung liegen. Ein weiteres Rehabilitationsziel ist die Wiedererlangung ihrer vollen Belastbarkeit, die für ihre Berufsausübung notwendig ist.

Frau M. nimmt zweimal in der Woche an der Haushaltsgruppe teil. In der Haushaltsgruppe werden zum einen gemeinsam Haushaltsaktivitäten, wie Kochen oder Backen, vorbereitet und durchgeführt. Zum anderen beschäftigen sich die Rehabilitanden damit, welche Haushalttätigkeiten sie jeweils in ihrem persönlichen Bereich zu erledigen haben. Bei der Sammlung und Auswertung wird in der Gruppe überlegt, wie diese strukturiert und bewältigt werden können, aber auch wie man sich mehr Entlastung verschaffen könnte. Zum Rehabilitationsprogramm gehört es, einzelne Aufgaben zu abgesprochenen Zeiten im eigenen häuslichen Umfeld durchzuführen und die eigenen Erfahrungen beim nächsten Treffen der Haushaltsgruppe auszuwerten.

Frau M. schafft es im Rahmen der Haushaltsgruppe, verschiedene Haushaltsaufgaben neu zu organisieren. So beginnt sie, ihre Kinder stärker als bisher in die Erledigung von Aufgaben miteinzubeziehen. Sie organisiert eine Fahrgemeinschaft für den wöchentlichen Großeinkauf und lernt mithilfe der Rehabilitationsgruppe, auch ihre Ansprüche an die Haushaltsführung zu überdenken. Einmal wöchentlich findet ihr Rehabilitationsprogramm im häuslichen Umfeld statt. Sie widmet sich dann jeweils nach Vorbereitung und Absprache selbstständig über drei Stunden einer Alltagsaufgabe, wie Einkaufengehen, Wäschewaschen oder Putzen. Ihr Befinden und ihre Erfahrungen berichtet sie in der nächsten Rehabilitationsgruppe. Frau M. steigert so allmählich ihre Belastungsgrenze und gewinnt das Vertrauen in sich wieder, ihren Haushaltspflichten gewachsen zu sein.

Frau M. nimmt außerdem an einer Belastungserprobung teil. Im Rahmen dieses Angebotes wird sie zunächst viermal pro Woche je zwei Stunden in der Bürotherapie tätig. Sie erledigt hier typische Bürotätigkeiten, die auch ihrem Berufsalltag entsprechen, wie z. B. vom Band tippen, Adresslisten anfertigen. Für die Bürotherapie erhält sie den Auftrag, auf ihr Pausenbedürfnis zu achten und ggf. Pausen einzulegen. Sie führt ein Arbeitstagebuch, indem sie ihre Befindlichkeit während der Arbeitszeit festhält. Diese Notizen werden in Reflexionsgesprächen mit der Ergotherapeutin ausgewertet mit dem Fokus, belastende Faktoren während des Arbeitsprozesses zu erkennen und ggf. Strategien zum Umgang mit ihnen zu entwickeln. Es ist geplant, die Teilnahme an der Bürotherapie in Abhängigkeit von ihrer Belastungsfähigkeit allmählich zu steigern und so eine Arbeitserprobung an ihrem Arbeitsplatz vorzubereiten.

Neben diesen Rehabilitationsangeboten nimmt Frau M. an verschiedenen gesundheitsfördernden Angeboten teil, wie z. B. autogenes Training oder Nordic Walking, erhält Einzelgespräche und nimmt an einer Psychoedukationsgruppe teil.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1.4 Literatur

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1 und 2. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. Teilhabe an Arbeit. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2002.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK), Hrsg. Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. RPK-Bestandsaufnahme. Frankfurt/Main; 2000.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29.09. 2005. www.bar-frankfurt.de/publikationen/empfehlungen 2007.

Bundesministerium für Gesundheit. Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen. 30.05. 1991.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich. Bonn; 1988.

Cieza A, Chatterji S, Andersen C, Cantista P, Herceg M, Melvin J, Stucki G, de Bie R. ICF Core Sets for depression. J Rehabil Med. 2004 Jul(44 Suppl):128–134.

Dahl TH, Vik K. Die ICIDH-2: Für Ergotherapie und ErgotherapeutInnen wichtig und verwendbar? In: Ergotherapie und Rehabilitation. 2001; 1:14.

Dahlhoff A, Döring A, Hirsekorn B, Timmer A. Das ergotherapeutische Handlungsfeld in der Psychiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 1999.

Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesdrucksache 7/4200. Bonn; 1975.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: MMI – Der Wissensverlag; 2006.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision Version 2007. German Modification. Vierstellige Ausführliche Systematik. www.dimdi.de/Klassifikationen/Diagnosen/ICD-10. 2007a.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. ICF Projekte im deutschsprachigen Raum. www.dimdi.de/Klassifikationen/ICF. 2007b.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber; 2002.

Domma W. Kunsttherapie und Beschäftigungstherapie. Köln: Maternus; 1990.

Finzen A. Patienten helfen, ohne sie zu entmündigen. FAZ. 12.05. 1989, Nr. 109.

Fischer A. Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform. In: Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.

Fischer A. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 3. überarb. Auflage 2007.

Flotho W. Teilhabe: Forschung und Praktikabilität. PP-Dokument, Tagung „Die ICF als Brücke“ am 23.02. 2008, Alice Salomon Hochschule Berlin. www.asfh-berlin.de. Presse und Publikationen. Tagungsdokumentationen. 21.05. 2008.

Garnier KV, Stamm TA, Ewert T, Stucki G. Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Ergotherapie. In: Ergoscience. 2007; 1:7.

George S, Klier R. Leistungsbeschreibungen für die Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation nach ICF. In: Ergotherapie & Rehabilitation. 2007; 8:5–13.

Gromann P. Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.

Gromann P. Eine Einführung zum Konzept psychischer Behinderung und psychiatrischer Rehabilitation. In: www.ibrp-online.de; 2007.

Grundmann J., Keller K, Bräuning-Edelmann M. Praxisorientierte Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der medizinischen Rehabilitation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen. In: Rehabilitation 2005; 44:335–343.

Haerlin Ch. Was kann die amublante Ergotherapie als Vorbereitung zur beruflichen Integration leisten? In: Ergotherapie und Rehabilitation. 2005; 8:5.

Häfner H. Historische Aspekte und Perspektiven der Psychiatrie-Enquete. In: Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.

Hagedorn R. Ergotherapie – Theorien und Modelle. Stuttgart: Thieme; 2000.

Harth A, Meyer A. Canadian Occupational Performance Measure (COPM) – ein nützliches Messinstrument für die Ergotherapie in der Psychiatrie? In: Reuster T, Bach O, Hrsg. Ergotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Thieme; 2001.

Heißler M., Mucha C. Arbeit und Zuverdienst auf der Basis von Ergotherapie als Eckstein kommunaler Psychiatrie. In: Schmidt-Zdel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2004.

Hirsch T, Lorenzen H. Die ICF in der deutschen Ergotherapie. Diplomarbeit des Fachbereichs Ergotherapie. Hogeschool Zuyd Niederlande; Mai 2002.

ICF Research Branch, WHO FIC Collaborating Center (DIMDI), Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften, Ludwig Maximilians-Universität München. www.icf-research-branch.org. Juli 2008.

Kallert TW, Schützwohl M. Hilfebedarfsermittlung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Psycho. 2000; 26:375.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kauder V. Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1997.
Kubny-Lüke B. Geschichte der Ergotherapie. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 3. überarb. Auflage 2007.
Kubny-Lüke B. Ambulante Soziotherapie – Was ist das eigentlich? In: Ergotherapie und Rehabilitation. 2001; 10:13.
Kubny-Lüke B. Personenzentrierte Hilfen in der Psychiatrie. In: Ergotherapie und Rehabilitation. 2002; 9:5.
Kubny-Lüke B. Hotel Begardenhof – Das Hotel mit dem gewissen Extra. In: Ergotherapie und Rehabilitation. 2005; 5:27.
Kubny-Lüke B. Lebensfeld- und alltagsbezogene Ergotherapie in der Psychiatrie. In: Ergotherapie und Rehabilitation. 2007; 6; 5:9.
Linden M, Baron S. Das „Mini-ICF-Rating für psychische Ströungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. In: Rehabilitation 2005; 44:144.
Linke-Vieten E. Theoretischer Bezugsrahmen ergotherapeutischer Methoden in der Psychiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 1996.
Marotzki U, Rokahr C. Sozialpsychiatrische Tagesstätten – eine Herausforderung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen. In: Weber P, Hrsg. Psychiatrische Arbeitstherapie in Bewegung. Idstein: Schulz-Kirchner; 1997.
Norberger I. Psychiatrie-Reform – ein gesamtdeutsches Anliegen. In: Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.
Reuster T. Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Darmstadt: Steinkopff Verlag; 2006.
Reuster T, Bach O, Hrsg. Ergotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Thieme; 2002.
Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.–25. 05. 1963 in Rodewisch (Vogtland). Z ges Hygiene. 1965; 9:61.
Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostische Kriterien. DSM-IV. Göttingen: Hogrefe; 1998.
Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe; 2003.
Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 3. überarb. Auflage 2006.
Scheiber I. Ergotherapie in der Psychiatrie. 2. Auflage. Köln: Stam; 1995.
Schmidt-Zdel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen. Erfahrungen und Perspektiven. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2004.
Schuntermann MF. Behinderung nach ICF und SGB IX – Erläuterungen und Vergleich. BAR-Information. 17. 12. 2001; 6:20.
Schuntermann MF. Einführung in die ICF. Landsberg: Ecomed; 2005.
Schuntermann MF. Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). www.deutsche-rentenversicherung.de. 31. 08. 2007.
Schuntermann MF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzdarstellung. www.deutsche-rentenversicherung.de. 10. 04. 2006.
Schuntermann MF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF): aktuelle Entwicklungen. Aus: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V.: Medizinische Klassifikationen und Terminologie und ihre Integration in die Gesundheitsversorgung. Symposium vom 10.–14. 9. 2006. http://www.medinf.uni-luebeck.de/gmds-ag-stm/archiv.html. 28. 5. 2008.
Spiessl H, Krischker S, Spindler P, Cording C, Klein HE. Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. Krankenhauspsychiatrie 1996; 7:1.
Spiessl H, Leber C, Kaatz S. Cording C. What do patients expect from a psychiatric department at a general hospital? Psychiatr Prax. 2002; 29:417.
Stadler P, Gredig C. Die Entwicklung von Integrationsfirmen. Berlin: FAF gGmbH 2005 (zu bestellen über: www. faf-gmbh.de).
Steding-Albrecht U. Die ICD-10. Ergotherapie und Rehabilitation. 1998; 1:26.
Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther. 2002; 82(11):1098–107.
Vetter B. Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe. Stuttgart: Fischer; 2007.
Waldmann KD. Was wurde aus den Rodewischer Thesen – Überblick und Bilanz. In: Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.
Ziemann GH. Der Stellenwert der Ergotherapie im stationären psychiatrischen Therapiekonzept – Ergebnisse einer Befragung von Patienten und Angestellten. In: Reuster T, Bach O, Hrsg. Ergotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Thieme; 2002.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2

Ergotherapeutische Arbeitsweisen in der Psychiatrie

2.1 Therapieplanung im Kontext der konzeptionellen Modelle 34
2.2 Ergotherapeutische Behandlung 107
2.3 Evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie 124
2.4 Behandlungsverfahren in der Psychiatrie 137
2.5 Literatur 192

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2.1 Therapieplanung im Kontext der konzeptionellen Modelle

Beate Kubny-Lüke

Ein großer Teil der psychisch kranken Menschen wünscht sich vom psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungssystem, dass es ihn dabei unterstützt, selbstständig und erfüllt zu leben, einer Arbeit nachzugehen sowie soziale Kontakte zu pflegen. Sie wollen Teilhabe und „Normalität" in der Gesellschaft erreichen, in der sie leben.

Die Rolle, die Patienten in der westlichen Gesellschaft einnehmen, ist – nicht nur in der Psychiatrie – in den letzten Jahren einem Wandel unterworfen. Die ehemals eher fürsorglich behandelten und betreuten Patienten entwickeln sich zunehmend zu selbstbestimmten Nutzern von Behandlungs- und Versorgungsangeboten.

Dieser Wandel der therapeutischen Beziehung im Bereich der Ergotherapie wird in den ergotherapeutischen Praxis- bzw. Denkmodellen aufgegriffen, bestätigt und verstärkt. Die konzeptionellen Modelle – die vor allem im angloamerikanischen Sprachraum entwickelt wurden – sind durchweg klientenzentriert ausgerichtet und stellen den sich bedeutungsvoll betätigenden Menschen mit seinen (Handlungs-)Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Therapie.

Dabei leisten die konzeptionellen Modelle einen wichtigen Beitrag dazu, die Ergotherapie in einem geistes- und sozialwissenschaftlichen Kontext theoretisch zu fundieren. Sie stellen einen Bezugsrahmen dar, indem sich spezifische ergotherapeutische Annahmen und Konzepte entwickeln können. Ihre Praxisinstrumente und Assessments helfen, den ergotherapeutischen Befund und die Behandlung systematisch zu gestalten und zu evaluieren.

Umfassende Teilhabe bedeutet für psychisch kranke Menschen häufig, dass sie eine Förderung und Unterstützung in allen Lebensbereichen erhalten: Selbstversorgung, Arbeit und Freizeit sowie beim Aufbau und bei der Pflege ihrer sozialen Kontakte. Die folgenden Kapitel widmen sich einer Einführung in vier konzeptionelle Modelle, die jeweils besondere Schwerpunkte setzen.

Gelingende Selbstversorgung, produktive Tätigkeit sowie eine erfüllende Gestaltung der Freizeit stehen im Mittelpunkt des Model of Human Occupation (MOHO) und des Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). Beide Modelle sowie ihre Assessments haben in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum zunehmende Verbreitung gefunden und beeinflussen die konzeptionelle Entwicklung der deutschsprachigen Ergotherapie entscheidend.

Als weiteres Modell wird Moseys Model of Profession and Concept of Adaptive Skills beschrieben und in seiner Anwendung dargestellt. Da dieses Modell insbesondere auch psychologische und soziale Handlungskomponenten berücksichtigt, ist eine Auseinandersetzung mit diesem Modell für die psychiatrische Ergotherapie sehr interessant.

In dieser Auflage wird noch ein weiteres Modell vorgestellt: das Kawa-(Fluss-)Modell für Ergotherapie. Dieses konzeptionelle Modell wurde von japanischen Ergotherapeutinnen entwickelt. Im Gegensatz zur Ergotherapie in den westlichen Industrieländern wird in diesem Modell eine am Kollektiv orientierte Sichtweise der menschlichen Betätigung in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt. Diese unterscheidet sich von den im Westen verbreiteten individuumszentrierten Sichtweisen und eröffnet die Möglichkeit, die soziokulturelle Gebundenheit therapeutischen Handelns zu erkennen, zu reflektieren und – je nachdem – klientenbezogen zu modifizieren.

2.1.1 Model of Human Occupation: eine psychosoziale Perspektive

Christiane Mentrup und Daniela Schulte

Einleitung

Der hier vorliegende Beitrag zum Model of Human Occupation (MOHO) greift die aktuellen Veränderungen des ergotherapeutischen Praxismodells auf, das 1980 zunächst der Amerikaner Gary Kielhofner vorstellte und das später in Zusammenarbeit mit internationalen Kollegen weiterentwickelt wurde.

Ein Praxismodell organisiert Konzepte, bietet eine Terminologie und Definitionen für praxisorientierte Aufgaben und Situationen an und hilft, Probleme zu erkennen (Christiansen u. Baum 2005). Insgesamt werden aktuell sechs Praxismodelle in der ergotherapeutischen Literatur unterschieden:

- Person-Environmental-Occupation-Performance Model (Christiansen u. Baum, 1991, 1997)
- Ecology of Human Performance Model (Dunn et al. 1994)
- Model of Human Occupation (Kielhofner 1995, 2002, 2008)
- Person-Environment-Occupation Model (Law et al. 1998)
- Canadian Model of Occupational Performance (Canadian Association of Occupational Therapists 1997)

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Occupational Performance Model Australia (Chapparo u. Ranka 1997).

Jedes dieser ergotherapeutischen Modelle basiert auf den drei zentralen Elementen Person, Betätigung und Umwelt (Christiansen et al. 2005).

Unterschiedliche Studien belegen, dass das Model of Human Occupation das international am meisten genutzte Praxismodell ist (Haglund et al. 2000, National Board for Certification in Occupational Therapy 2004, Law u. McColl 1989). In den USA sind es sogar mehr als 80% der Ergotherapeuten, die in ihrer Arbeit mit ganz verschiedenen Klientengruppen das Praxismodell einsetzen (Lee et al. 2008), da es u. a. ihre Sicht der Ergotherapie reflektiert. Darüber hinaus begründen sie ihre Wahl mit weiteren Argumenten (Kielhofner 2008):

Das Model of Human Occupation …

- unterstützt einen klientenzentrierten Ansatz, ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf den Klienten und hilft, die Bedürfnisse der Klienten zu priorisieren.
- bietet eine gute Basis, um Therapieziele zu entwickeln, unterstützt dabei, die einzelnen Interventionen zu begründen, strukturiert das Denken über die Klienten und fördert somit den Therapieplanungsprozess.
- ermöglicht betätigungsorientierte Ergotherapie sowie evidenzbasierte Praxis und unterstützt die Therapeutin, die Bedürfnisse des Klienten im interdisziplinären Team zu kommunizieren.

In der Zwischenzeit wurden innerhalb des Modells 20 unterschiedliche Assessments entwickelt, die zum Teil in mehr als 20 Sprachen übersetzt wurden. Ergotherapeuten in der ganzen Welt tragen zur weiteren Entwicklung des Modells bei. Somit reflektieren die Konzepte und Assessments des Modells vielfache und kultursensible Perspektiven.

Seit der ersten Veröffentlichung des MOHO vor knapp 30 Jahren unterstützen mehr als 200 Studien die Entwicklung des Modells konsequent durch Forschung weiter. Dazu gehören Artikel, die die

- Validität und Genauigkeit der Konzepte prüfen (z. B. Mallinson et al. 1996)
- Reliabilität und Validität der Assessments bewerten (z. B. Haglund et al. 1997)
- Prozesse und Ergebnisse MOHO-basierter Interventionen dokumentieren.

Das MOHO Clearinghouse an der University of Illinois unterhält die MOHO-Website (www.moho.uic.edu). Sie ist als Informationsquelle für Studierende, Praktiker, Lehrende und Forschende konzipiert und beinhaltet eine Datenbank inklusive publizierter Bücher, Artikel und Fallstudien. Handbücher zu den englischsprachigen Assessments und Interventionsprogrammen können genauso wie unterstützende Medien (z. B. Videos) erworben werden. Zudem wird ein Austauschforum für interessierte Ergotherapeuten angeboten.

Auch eine Reihe deutschsprachiger Veröffentlichungen hat in den vergangenen 10 Jahren immer wieder das Thema Model of Human Occupation behandelt (u. a. Kielhofner et al. 1999, Mentrup 2000, 2002, Marotzki 2006) und somit die Grundlagen und aktuellen Entwicklungen vorgestellt.

Interessierte Leser werden in der folgenden Darstellung eine Anzahl von veränderten Begriffen, Definitionen und Konzepten finden. Dies ist vor allem auf die aktuellen Modifikationen des Modells zurückzuführen, die u. a. in der vierten Ausgabe des Buches „Model of Human Occupation" von Gary Kielhofner (2008) vorgestellt werden. Als wichtigste Quelle für den hier vorliegenden Beitrag dient dieses aktuelle Hauptwerk zum Modell. Darüber hinaus werden die MOHO-Konzepte in Bezug auf Betätigungsstörungen bei psychisch erkrankten Menschen weiter differenziert. Das Ziel ist es, theoretische Konzepte anhand von Beispielen aus dem psychiatrischen Tätigkeitsfeld näher zu erläutern. Das sich daraus entwickelnde Vokabular kann als Ansatz für weitere Diskussionen zur Entwicklung von modellbasierter Fachsprache im deutschsprachigen Raum verstanden werden. Da im Rahmen dieses Fachbuches nicht das ganze Modell in seiner Komplexität dargestellt werden kann, bezieht sich der Text schwerpunktmäßig auf einzelne Teile. Der entstandene Fokus auf beispielhafte (nicht umfassende) Störungen innerhalb von Betätigung kann nun den Eindruck erwecken, es handele sich um ein Modell, das einen defizitären Ansatz wählt. Eine Auseinandersetzung mit fachbereichsübergreifenden Darstellungen dieses Modells zeigt jedoch, dass dieses ergotherapeutische Theoriekonzept gleichermaßen Betätigungsfunktion und -dysfunktion erklärt und ressourcenorientiert ausgerichtet ist. In diesem Fachbuch, das den Fokus auf psychosoziale Einschränkungen richtet, schien diese Wahl der Darstellung ein vertretbarer Kompromiss zu sein, um die Aspekte der Theorie zu unterstreichen, die sich mit psychischen Einschränkungen von Menschen befassen, und um die oben genannten deutschsprachigen Publikationen sinnvoll zu ergänzen.

Das MOHO baute als erstes ergotherapeutisches Modell auf systemischen Theorien auf, ermöglicht dadurch eine ganzheitliche Sichtweise auf den Klienten, und legt somit Wert auf die Darstellung komplexer Beziehungsgefüge. Wie die meisten anderen

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

aktuellen ergotherapeutischen Praxismodelle auch (s. Einleitung) geht dieses Modell davon aus, dass die Person, die Betätigung und die Umwelt gleichermaßen auf den handelnden Menschen Einfluss nehmen und in enger Interaktion miteinander stehen. Immer wenn ein Mensch handelt und somit Betätigungsperformanz (occupational performance) stattfindet, sind aus ergotherapeutischer Sicht die Person, die Betätigung und die Umwelt von Relevanz (Baum u. Law 1997). Eine gute Passung (Übereinstimmung) zwischen der Person und den Umwelt- und Betätigungsanforderungen und -möglichkeiten entspricht einer Betätigungsfunktion, während ein Mangel an Passung auf eine Dysfunktion innerhalb der Betätigungsperformanz hinweist.

Die nun folgende Darstellung bezieht sich auf die Anwendung des Modells innerhalb der direkten ergotherapeutischen Arbeit mit Klienten. Es erklärt Betätigungsfunktion und -dysfunktion, lenkt die Aufmerksamkeit der Therapeutin, strukturiert die Therapieplanung und bietet Hilfestellung für die Befunderhebung, das klinische Schlussfolgern (Clinical Reasoning) und die Dokumentation der Ergebnisse. Darüber hinaus kann dieses Modell aber auch eine Grundlage sein, um ergotherapeutische Abteilungen zu strukturieren, Programme und Projekte zu entwickeln oder spezifischen Forschungsfragen nachzugehen.

Im Folgenden wird zunächst der tätige Mensch (s. Kap. „Die Person“, S. 36) aus Sicht des MOHO vorgestellt. Dies schließt die Aspekte Volition, Habituation, Performanzvermögen und den lebenden Körper ein und richtet den Blick auf Betätigungsfunktion, Betätigungsdysfunktion und die ergotherapeutische Zielsetzung. Im Kapitel „Die Umwelt und menschliche Betätigung“ (S. 45) werden die Umgebungsfaktoren vorgestellt, die den tätigen Menschen beeinflussen. Die Unterscheidung von verschiedenen Betätigungsleveln werden im Kapitel „Dimensionen des Tuns“ (S. 48) beleuchtet. Das Kapitel „Befunderhebungsinstrumente“ (S. 52) vermittelt einen Überblick über die vielen MOHO Assessments, wobei nur die Instrumente berücksichtigt werden, die bereits in deutscher Übersetzung vorliegen. Abschließend werden kurz Möglichkeiten vorgestellt, um den theoretischen Ansatz dieses Modells in die praktische ergotherapeutische Arbeit zu übertragen (s. Kap. „Von der Theorie zur Praxis“, S. 63).

Die Person

Die Frage, was den tätigen Menschen zum Handeln motiviert, wie er diese Handlung schematisiert und durchführt, beantwortet Kielhofner mit den drei Komponenten Volition (volition), Habituation (habituation) und Performanzvermögen (performance capacity).

Volition

Das MOHO basiert auf der Grundannahme, dass Menschen über ein intrinsisches Bedürfnis verfügen, sich zu betätigen. Hinzu kommen Gedanken und Gefühle zu eigenen Kompetenzen und persönlicher Selbstwirksamkeit, zu Wichtigkeit und dem Wert dessen, was jemand tut, sowie der Freude und Zufriedenheit, die er oder sie beim Handeln erlebt. Diese Erklärung für menschliche Betätigungsmotivation wird als Volition bezeichnet.

> *Volition:* Muster von Gedanken und Gefühlen über die eigene Person als Handelnde/r in der eigenen Welt. Diese Muster ergeben sich, während der Mensch das eigene Tun erwartet, wählt, erfährt und interpretiert (Kielhofner 2008).

Volition setzt sich zusammen aus den Aspekten Selbstbild (personal causation), Werten (values) und Interessen (interests) eines Menschen. Der sich stets wiederholende und die Volition verändernde Ablauf, Erwartungen zu entwickeln, Betätigungen zu wählen, Erfahrungen zu sammeln und zu interpretieren, bezeichnet Kielhofner als den Volitionsprozess (volitional process).

Teil des Volitionsprozesses sind die immer wieder auftretenden Aktivitäts- und Betätigungswahlen (activity choices, occupational choices), die ein Mensch im Alltag trifft. Kielhofner unterscheidet diese beiden Begriffe folgendermaßen:

> *Aktivitätswahlen:* Gestalten die unmittelbare Zukunft; sie beinhalten kurzzeitige, bewusste Entscheidungen, eine Handlung zu beginnen oder zu beenden (Kielhofner 2008).
> *Betätigungswahlen:* Werden weniger häufig als Aktivitätswahlen getroffen, haben aber einen weiterreichenden Einfluss auf unser Leben. Sie können ein bewusstes Eingehen einer Betätigungsrolle, das Annehmen einer neuen Gewohnheit oder aber das Aufnehmen eines persönlichen Projektes sein (Kielhofner 2008).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Werte, Interessen und Selbstbild stehen im engen Zusammenhang mit der kulturellen Umwelt eines Individuums. Die Kultur definiert, welche Handlungen und Kompetenzen als wichtig erachtet werden und wonach Menschen streben sollten. „Menschen lernen von der eigenen Kultur, wie man gesund bleibt, wie Krankheit definiert wird, was gemacht werden muss, um gesund zu werden, und von wem sie Hilfe erhalten" (Munoz 2007, S. 256).

Betätigungsfunktion

Die Volition mit ihren Komponenten Selbstbild, Werte und Interessen spiegelt sich im täglichen Handeln und in der Art wider, wie Menschen sich selbst und ihre Welt erleben. Über Betätigungen sammeln sie Erfahrungen, erhalten Rückmeldungen und lernen ihre Umwelt und sich selbst kennen. Dieser Prozess trägt kontinuierlich *über* Zeiträume hinweg zur ständigen menschlichen Entwicklung bei. Gedanken und Gefühle bezüglich Kompetenz, Freude und Werte sind eng miteinander verbunden. Menschen möchten kompetent sein bezüglich der Dinge, die sie wertschätzen. In der Regel genießen sie die Handlungen, die sie beherrschen, und nicht solche, die sie überfordern (Kielhofner 2008).

Selbstbild

Bedingt durch die ständige Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickelt der Mensch mit zunehmendem Lebensalter und einer wachsenden Zahl an Betätigungserfahrungen ein immer differenzierteres Bild von sich selbst, eigenen Fähigkeiten und Grenzen.

> *Selbstbild:* Das eigene Gefühl von Kompetenz und Effektivität (Kielhofner 2008).

Die Wahrnehmung von Fähigkeiten ist ein aktives Bewusstsein persönlicher Kapazitäten, das Leben in der bevorzugten Form zu gestalten (Kielhofner 2008). Die Art, wie man seine eigenen Fähigkeiten einschätzt, und die Selbstwirksamkeitserwartung sind wesentliche Motivationsfaktoren während des Handelns. Menschen, die sich als fähig und effektiv bewerten, suchen Handlungsmöglichkeiten, nutzen Feedback, um eine Betätigungsdurchführung zu korrigieren, und verfolgen konsequent ihre Ziele (Kielhofner 2008).

Werte

Im Verlauf der Sozialisation wird uns über die kulturelle Umwelt ein Wertesystem vermittelt.

> *Werte:* Was jemand als wichtige und bedeutungsvolle Handlung empfindet (Kielhofner 2008).

Werte beinhalten implizite Verhaltensanweisungen und beeinflussen persönliche Ziele. Im Laufe des Lebens verfeinert sich das Wertesystem des einzelnen Menschen und lenkt in Richtung auf einen bevorzugten Lebensstil sowie bevorzugte Betätigungswahlen. Wenn ein Mensch sich entsprechend seiner Werte verhält, so hat dies einen positiven Einfluss auf sein Selbstwertgefühl.

Interessen

Interessen sind die Betätigungen, zu denen man sich in seiner Freizeit und Arbeit hingezogen fühlt. Sie bereiten Freude und Zufriedenheit im Leben.

> *Interessen:* Was jemand als erfreuliche oder befriedigende Tätigkeit erlebt (Kielhofner 2008).

Aus den Betätigungserfahrungen heraus ergibt sich mit der Zeit ein gewisses Interessenmuster. Dabei handelt es sich um das für jeden Menschen einmalige Profil bevorzugter Betätigungen. Dazu gehört die ganze Bandbreite von einfacher Befriedigung im Zusammenhang mit kleinen alltäglichen Ritualen bis hin zur intensiven Freude bei der Durchführung leidenschaftlicher Interessen:

- körperliche Freuden bei physischer Verausgabung
- Umgang mit gewissen Materialien oder Objekten
- Erfüllung intellektueller Neugier
- ästhetische Befriedigung durch künstlerische Ergebnisse
- Erfüllung durch eigene Bewältigung von Herausforderungen
- Herstellung eines erfreulichen Ergebnisses
- Gemeinschaft mit anderen (Kielhofner 2008).

Im Verlauf ihres Lebens integrieren Menschen ihre Betätigungserfahrungen in eine lebensgeschichtliche Erzählung, die Gary Kielhofner als Betätigungsnarrativ (occupational narrative) bezeichnet. Die sich innerhalb dieser Erzählung entwickelnde Handlung verbindet die Vergangenheit mit der Gegenwart und zeichnet eine zukünftige Perspektive ab. Daraus formuliert der Mensch Sinnzusammenhänge und durchgängige Lebensthemen in Form von Metaphern.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Betätigungsdysfunktion

Einhergehend mit psychischen Krankheiten treten in der Regel Störungen im Bereich der Volition auf. So verändert sich innerhalb einer manischen oder depressiven Episode bei einem Menschen das Selbstbild, wenn die Person sich in den eigenen Fähigkeiten unter- bzw. überschätzt und ein Betätigungsausmaß und/oder eine Betätigungsart wählt, die sie unter- bzw. überfordert.

Personen, die von einer Essstörung betroffen sind, weisen in der Regel ein die Störung aufrechterhaltendes Wertesystem auf. Sie sind fixiert auf Betätigungen im Bereich Nahrungszubereitung und -aufnahme, häufig auch auf sportliche Aktivitäten mit dem Ziel, gesellschaftlichen und persönlichen Werten nach Schlankheit und Attraktivität gerecht zu werden. Menschen, die Substanzen missbrauchen oder unter chronischen Ängsten leiden, verlieren häufig im Verlauf einer länger bestehenden Abhängigkeit einen großen Teil ihrer Interessen. Angsterkrankte Personen sind besetzt von ihrer Angstthematik und vermeiden Herausforderungen. Alkoholabhängige Menschen wählen unter Umständen Betätigungen und Umwelten, die einen Bezug zum Suchtthema haben, oder sie verzichten möglicherweise auf gesellige Handlungen und erleben einen zunehmenden Grad an Isolation.

Selbstbild

Menschen, die im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung z. B. unter Symptomen wie Müdigkeit, Antriebsstörungen, (Selbst-)Wahrnehmungsstörungen oder kognitiven Veränderungen leiden, haben langfristig häufig Schwierigkeiten im Bereich des Selbstbildes. Es kommt zu:

- **Fehleinschätzungen eigener Fähigkeiten:** Dieses Phänomen führt zu erhöhten oder reduzierten Anforderungen der Person an sich selbst und einem entsprechend veränderten Betätigungsverhalten.
- **Aufwertung oder Abwertung der eigenen Person:** Im Zusammenhang mit psychischen Störungen kann es Menschen schwerfallen, die eigene Person und die eigene Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Aus einzelnen persönlichen Merkmalen werden Bewertungen des gesamten Menschen abgeleitet, die das eigene Tun beeinflussen können.
- **Versagens-, Schuld- und Schamgefühle:** Die Wahrnehmung, weniger oder vermeintlich weniger fähig zu sein als in der Vergangenheit oder als andere Personen, wird von Menschen oft als emotional schmerzhaft erlebt und beeinträchtigt das eigene Handeln, z. B. durch sozialen Rückzug.
- **Mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung:** Die fehlende Überzeugung, etwas bewirken und auch in schwierigen Situationen selbstständig handeln zu können, zeigt sich in Angstsymptomen oder im Vermeiden von Betätigungen (Vermeidungsverhalten).
- **Konzentrationsstörungen:** führen zu Schwierigkeiten bei der (vollständigen und/oder zeitgerechten) Durchführung einer Betätigung.
- **Schwierigkeiten, das Selbstbild anzupassen:** Innerhalb einer neu aufgetretenen oder progressiven (psychischen) Erkrankung sind Menschen gefordert, ihr Selbstbild den eigenen sich verändernden Fertigkeiten anzupassen, was häufig ein schwieriger, belastender und langwieriger Prozess ist.
- **Versäumnis, Unterstützung anzufordern oder zu akzeptieren:** Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, kennen oft die vorhandenen Hilfsangebote nicht ausreichend, verzichten darauf, Hilfe zu erbitten, oder sind nicht bereit, diese anzunehmen. Dies schränkt unter Umständen sowohl die Betätigungsmöglichkeiten als auch die Betätigungswahlen ein.

Umweltfaktoren, die häufig im Zusammenhang mit anhaltenden psychischen Erkrankungen auftreten, wie die Veränderung der Beziehung zu Freunden und Familie, der Verlust von Arbeitsplatz und Wohnung, damit einhergehend finanzielle Schwierigkeiten, der Mangel an Möglichkeiten, Betätigungen durchzuführen, und die unfreiwillige Aufgabe von Autonomie beeinflussen ebenfalls das Selbstbild. Im Verlauf der psychischen Erkrankung trägt die mögliche Stigmatisierung durch die Umwelt zu einer Veränderung des Selbstbildes und damit zu weiteren Betätigungsdysfunktionen bei.

Werte

Die Werte eines Individuums haben Einfluss auf die kurzfristigen Aktivitätswahlen und die längerfristigen Betätigungswahlen, wenn eine Person sich aufgrund persönlicher Prioritäten für eine Handlung entscheidet. Es bestehen zudem komplexe Beziehungen zwischen den Werten, die eine Person vertritt, und der eigenen psychischen Erkrankung. Werte können ursächlich zu einer psychischen Erkrankung beitragen, wenn Menschen sich z. B. durch zu hoch gesteckte Werte und Ziele unter Druck setzen. Erreichen sie diese trotz verstärkter Anstrengungen nicht (mehr), erleben Misserfolge, so verfallen sie möglicherweise in Selbstzweifel und entwickeln depressive Verstimmungen. Im Verlauf einer chronischen psychischen Erkrankung ist der Mensch mög-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

licherweise gefordert, Werte z. B. bzgl. eigener Leistungsfähigkeit zu überdenken und anzupassen.

Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen kommt es zu Problemen wie:

- **Mangelnde Übereinstimmung zwischen eigenen oder gesellschaftlichen Standards und persönlicher Leistung:** Wenn Menschen ihren eigenen oder den gesellschaftlichen Werten, wie z. B. Unabhängigkeit, nicht (mehr) gerecht werden können, kann dies eine Abwertung der eigenen Person und somit eine Veränderung des Selbstbildes zur Folge haben.
- **Schwierigkeiten, bedeutungsvolle Betätigungen zu identifizieren:** Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen haben Menschen zum Teil Schwierigkeiten, Handlungen zu identifizieren, die sie als wichtig erleben. Sie empfinden bei Betätigungsdurchführungen entsprechend weniger Zufriedenheit.
- **Übernahme der Werte anderer Personen:** Menschen, die krankheitsbegleitend Schwierigkeiten haben, eigene Werte zu identifizieren, aufrechtzuerhalten oder zu entwickeln, lassen sich häufig vom Wertesystem anderer Menschen beeinflussen, was Auswirkungen auf die Betätigungswahlen haben kann.
- **Werte führen zu ungünstigen Aktivitäts- und Betätigungswahlen:** Die Werte, die ein Mensch vertritt, können unter Umständen die eigenen Handlungen und die (psychische) Gesundheit negativ beeinflussen.
- **Werteverunsicherung:** Nach Eintritt einer psychischen Erkrankung fühlen sich die Betroffenen möglicherweise durch die Werte, die sie ein Leben lang vertreten haben, diskreditiert. Dazu gehören Werte wie Leistungsfähigkeit, Status, Karriere und Attraktivität. Eine psychische Störung kann dazu führen, dass die bisherigen Werte und damit möglicherweise auch der eigene Lebensstil infrage gestellt werden.
- **Schwierigkeiten, Prioritäten zu setzen:** Eine Werteunsicherheit führt innerhalb von Betätigungsverhalten unter Umständen dazu, dass die betroffenen Personen Schwierigkeiten haben, sich für oder gegen eine Handlung zu entscheiden und innerhalb dieser angemessene Prioritäten zu setzen.
- **Schwierigkeiten, neue Werte zu schaffen:** Wenn alte Werte nicht mehr in der neuen Lebenssituation funktionieren, sind Menschen gezwungen, diese neu zu definieren. Dies ist ein langfristiger Prozess, der häufig schwerfällt. Neue Werte orientieren sich dann möglicherweise weniger an Menschen ohne Beeinträchtigungen, sondern die Person beginnt, sich mit anderen kranken Menschen zu identifizieren und zu vergleichen.

Interessen

Einhergehend mit psychischen Erkrankungen verändern sich häufig die Interessensmuster von Menschen. Betroffene Personen nehmen bisherige Interessen zum Teil nicht weiter wahr, weil sie nicht motiviert sind oder befürchten, dass sie ihre bisherigen Interessen nicht mehr kompetent ausführen bzw. im gleichem Maß wie bisher genießen können. Hinzu kommt möglicherweise die Angst vor Gesichtsverlust gegenüber der Umwelt. Es ergeben sich Probleme wie:

- **Mangelnde Möglichkeit, Interessen auszubilden:** Wächst ein Mensch in einer Umwelt auf, die wenige Betätigungsmöglichkeiten zulässt, so hat er geringere Chancen, Betätigungen kennenzulernen und Interessensmuster zu entwickeln. Es kommt zu einer Betätigungsdeprivation (occupational deprivation). Betätigungsdeprivation ist ein Mangel an Betätigungswahlen und Vielfalt aufgrund von Umständen, die außerhalb der Kontrolle des Einzelnen oder der Gemeinschaft liegen (Wilcock 2006).
- **Verschiebung von geselligen zu solitären Interessen:** Psychisch erkrankte Menschen ziehen sich oft aus der bisherigen sozialen Umwelt zurück, verzichten immer mehr auf Aktivitäten innerhalb einer Gemeinschaft und führen ihre Handlungen bevorzugt allein durch.
- **Verschiebung von aktiven zu passiven Interessen:** Psychisch erkrankte Menschen durchlaufen oft eine Verschiebung von (körperlich) aktiven hin zu mehr passiv (konsumierenden) Aktivitäten.
- **Schwierigkeiten, Interessen in angemessener Intensität zu verfolgen:** Aufgrund psychischer Veränderungen kommt es vor, dass Personen ihren Interessen in ungewöhnlich ausgeprägter oder geringer Intensität nachkommen.
- **Verfolgen von Interessen, die gesellschaftlichen Werten widersprechen:** Die vom Klienten bevorzugten Aktivitäten und Betätigungen stimmen nicht überein mit gesellschaftlichen Wertesystemen und grenzen den Klienten aus.
- **Schwierigkeiten, neue oder alte Interessen zu identifizieren:** Nach länger dauernder psychischer Erkrankung weisen Menschen möglicherweise Probleme auf, bevorzugte Aktivitäten und Betätigungen zu identifizieren und zu benennen.
- **Interessensverlust:** Im Zusammenhang mit Antriebsstörungen, Einschränkungen der erforderlichen Fertigkeiten und einem Mangel an umweltbedingten Möglichkeiten kommt es vor, dass Men-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

schen sich weniger von Aktivitäten angezogen fühlen oder sogar ganz auf deren Durchführung verzichten.

Interessensverluste beeinträchtigen die Lebensqualität maßgeblich. Gary Kielhofner bezeichnet die krankheitsbedingten Einbußen von Interessen als einen der größten Einschnitte im menschlichen Leben (Kielhofner 2008). Zusätzlich können Umwelteinflüsse wie der Verlust von Freunden, mit denen bisher gesellige Aktivitäten wahrgenommen wurden, Wohnortveränderungen und Arbeitsplatzverlust zu einer Anpassung bzw. einem Verlust bisheriger Interessen führen.

Ziele der Intervention

Für Ergotherapeuten gehört die Berücksichtigung der Volition des Klienten zu den zentralen Anliegen bezogen auf die therapeutische Planung und Intervention. Im Sinne einer klientenzentrierten Vorgehensweise werden Ziele mit dem Klienten, ggf. den relevanten Bezugspersonen und dem (multiprofessionellen) Team festgelegt. Grundsätzlich sollten die Ziele individuell (auf den Klienten) abgestimmt sein, realistisch (für den Klienten erreichbar) und messbar (konkrete Kriterien) formuliert werden. Dazu gehört immer auch eine konkrete Zeitangabe, ggf. die notwendige Unterstützung und die Beschreibung des angestrebten, beobachtbaren Verhaltens. Die im Folgenden genannten, beispielhaften Ziele können diese Kriterien nicht erfüllen, da sie sich nicht auf konkrete Personen sowie deren Lebenskontexte und Betätigungsdysfunktionen beziehen.

Selbstbild

Der Klient …

- identifiziert vorhandene Fähigkeiten
- schätzt die eigene Leistungsfähigkeit realistisch ein
- demonstriert eine angemessene Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- setzt sich selbst angemessene Ziele
- stellt sich neuen Herausforderungen
- akzeptiert eigene Grenzen
- setzt sich in angemessener Form mit eigenen Ressourcen und Grenzen auseinander
- bringt Selbst- und Fremdeinschätzung in Einklang
- entwickelt ein angemessenes Selbstbild
- passt sein Selbstbild der veränderten Situation an
- übernimmt Verantwortung für sich und andere Personen.

Werte

Der Klient …

- erkennt und verändert eigenes, abwertendes Verhalten gegenüber sich selbst und anderen
- setzt sich konstruktiv mit eigenen und gesellschaftlichen Werten auseinander
- demonstriert eigene Werte in Einklang mit aktuellen Fähigkeiten
- entdeckt abwechslungsreiche Aktivitäts- und Betätigungswahlen
- orientiert sich neu bezogen auf seine Werte, die er ein Leben lang vertreten hat
- demonstriert die Fähigkeit, Perspektiven zu wechseln
- wählt Aktivitäten im Einklang mit den eigenen Werten.

Interessen

Der Klient …

- identifiziert Arbeits- und Freizeitinteressen
- entwickelt notwendige Fähigkeiten, um den bevorzugten Interessen nachgehen zu können
- nimmt Interessen bzgl. Freizeitgestaltung wahr
- verwirklicht eigene Interessen innerhalb der beruflichen Tätigkeit
- entwickelt ein angemessenes Interessensprofil
- verfolgt Interessen in angemessener Intensität
- kompensiert durch intensive Freizeitinteressen den Verlust eines Arbeitsplatzes
- verfolgt rollenbezogene Interessen
- setzt eigene Interessen innerhalb der Gewohnheitsstruktur um
- erzielt ein Gleichgewicht von solitären und geselligen Aktivitäten
- passt Umweltbedingungen an, um Interessen zu verwirklichen
- verfolgt Interessen, die gesellschaftlich anerkannt sind.

Habituation

Neben der Volition ist die Habituation ein weiteres zentrales Konstrukt des MOHO. Sie erklärt die menschliche Tendenz, Handlung zu schematisieren und zu wiederholen.

Habituation: Verinnerlichte Bereitschaft, ein gleichbleibendes Verhaltensmuster zu zeigen, das durch unsere Gewohnheiten und Rollen geleitet wird und sich der Routine unserer zeitlichen, räumlichen und sozialen Umwelten anpasst (Kielhofner 2008).

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Voraussetzung für die Habituation sind gleichbleibende Umweltbedingungen wie räumliche Kontinuität, wiederkehrende zeitliche Muster und soziale Partner.

Betätigungsfunktion

Die gleichmäßigen Rhythmen unseres Lebens vermitteln uns ein Gefühl von Vertrautheit, Stabilität und Sicherheit und machen uns bis zu einem gewissen Grad für unser Umfeld berechenbar.

Gewohnheiten

Unsere Gewohnheiten (habits) ergeben sich durch wiederholte Handlungen, stellen eine gewisse Routine in unserem Leben dar und sind verbunden mit kleinen und größeren Ritualen.

> *Gewohnheiten:* Erworbene Tendenzen, automatisch in gewisser gleichbleibender Art auf bekannte Umwelten oder Situationen zu reagieren (Kielhofner 2008).

Innerhalb bekannter Umweltbedingungen lokalisieren wir uns, ohne notwendigerweise darüber zu reflektieren. Wir erwarten gewisse Handlungen und Reaktionen anderer Menschen und sind in unserem Verhalten für diese berechenbar. Bedingt durch die Gewohnheiten erübrigt sich häufig das Treffen täglicher Entscheidungen in vertrauten Umgebungen zugunsten von automatisierten Handlungen. Dies erleichtert den Alltag und ermöglicht, ausreichend (mentale) Energie für andere Aufgaben aufzubringen und ggf. mehrere Aktivitäten parallel durchzuführen. Gewohnheiten können mit sozialen Gruppen wie Familie, Kollegen oder Freunden geteilt werden und bilden ein verbindendes Element unter Menschen.

Bei einer Ausgewogenheit der Betätigungen in den Performanzbereichen Produktivität, Freizeit, Selbstversorgung und Erholung spricht Kielhofner (2008) von einer Betätigungsbalance (occupational balance). Andere Autoren definieren die Betätigungsbalance als eine ausgeglichene Mischung physischer, mentaler, sozialer, spiritueller Betätigungen, die zusammen ein Gefühl von Wohlbefinden bilden (Christiansen et al. 2005).

Verinnerlichte Rollen

In der Begegnung mit anderen Menschen und dem Ausfüllen sozialer Positionen zeigen wir eine Bandbreite an wiederkehrenden Verhaltensmustern, die als verinnerlichte Rollen (internalized roles) bezeichnet werden.

> *Verinnerlichte Rollen:* Die Integration eines sozial und/oder persönlich definierten Status und einer damit verbundenen Reihe von Haltungen und Verhaltensweisen (Kielhofner 2008).

Diese aktiven und an Betätigungen geknüpften Rollen werden innerhalb des Sozialisationsprozesses erworben. Sie formen die Selbstwahrnehmung und provozieren ein gewisses kulturabhängiges Rollenverhalten. Einzelne, verinnerlichte Rollen wie die des Arbeitenden, Hobbytreibenden oder Freundes sind keine festgelegten Konzepte. Deren Beschreibungen, die sogenannten Rollenskripte, ergeben sich aus der Interaktion mit den Rollenpartnern, der Einnahme der mit der Rolle verbundenen Aktivitäten und Betätigungen sowie der jeweiligen kulturellen Umwelt. Das Verinnerlichen einer Rolle schließt das Bewusstsein der Beziehung zu anderen, des erwarteten Verhaltens und der eigenen Platzierung in der Gesellschaft mit ein.

Betätigungsdysfunktion

Im Zusammenhang mit längerfristigen psychischen Erkrankungen treten beim Individuum in der Regel auch Störungen im Bereich der Habituation auf. Dabei ist es oft nicht möglich, zwischen Ursache und Wirkung zu unterscheiden. Zudem können Störungen im Bereich der Fertigkeiten (Performanzvermögen) oder der Volition und Veränderungen in der Umwelt Auswirkungen auf verinnerlichte Rollen und Gewohnheiten haben. Dies kann wiederum zu Anpassungen der an die Ausführung von Gewohnheiten und Rollen geknüpften Fertigkeiten, des Selbstbildes, der Werte und Interessen führen.

Gewohnheiten

Ungünstige Gewohnheiten können einerseits zu psychischen Erkrankungen beitragen und andererseits verändern sich Gewohnheiten, wenn Menschen von psychischen Erkrankungen betroffen sind. So bevorzugen Menschen mit emotionalen Problemen möglicherweise einen hohen Grad an Arbeitsbelastung oder eine exzessive Freizeitgestaltung, um die Auseinandersetzung mit persönlichen Themen zu vermeiden. Eine dauerhafte Überlastung im Bereich Produktivität oder Freizeit kann aber auch eine psychische Erkrankung begünstigen.

Im Bereich Gewohnheiten sind folgende Probleme möglich:

- **Fehlende Passung zwischen Umweltanforderungen bzw. -möglichkeiten und Gewohnheiten:** Psychisch erkrankte Menschen können häufig den bisherigen oder neuen Erfordernissen inner-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

halb ihrer täglichen Routine nicht (mehr) gerecht werden oder deren Möglichkeiten nicht (mehr) für sich nutzen.

- **Schwierigkeiten, neue Gewohnheiten zu entwickeln:** Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen fehlt es Menschen oft an der notwendigen Flexibilität, um sich auf neue Umweltbedingungen durch den Aufbau einer verinnerlichten Routine einzustellen.
- **Störungen im Ausmaß der Gewohnheitsstruktur:** Ein zu hoher oder zu geringer Grad an Rhythmus innerhalb der Gewohnheiten ist häufig im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen zu beobachten, kann für die Betroffenen und deren Umwelt eine große Belastung darstellen und das Handeln maßgeblich beeinträchtigen.
- **Übermaß an Ritualen:** Ein ausgeprägter Grad an gleichbleibenden Verhaltensweisen kann die Bandbreite der Betätigungen einschränken, markante bis skurrile Formen annehmen und die Person langfristig sozial ausgrenzen.
- **Unregelmäßiger Tagesrhythmus:** Eine wechselhafte Gestaltung des Tages, einhergehend mit einem Mangel an Berechenbarkeit und Gleichförmigkeit und eventuell begleitet von Schlafstörungen, kann langfristig zu körperlichem Abbau und Verwahrlosung führen.
- **Inadäquates Zeitmanagement:** Ein ineffizienter Umgang mit der zur Verfügung stehenden Zeit trägt dazu bei, dass Personen ihren Interessen, Werten, Fähigkeiten, Rollen und Umweltanforderungen nicht gerecht werden, was sich dauerhaft als unbefriedigend erweist.
- **Unterbrechung funktionsfähiger Gewohnheiten:** Im Zusammenhang mit einem Wechsel der Umweltbedingungen kann es zu einem Zusammenbruch bisher funktionsfähiger Gewohnheiten kommen. Dies wiederum führt in der Regel zu einem hohen mentalen Energie- und Zeitaufwand, zu Verunsicherung und möglicherweise zu einer psychischen Dekompensation.
- **Mangel an Gewohnheitsbalance:** Ein Ungleichgewicht zwischen den Bereichen Produktivität, Freizeit und Selbstversorgung sowie den damit verbundenen Gewohnheiten führt langfristig zu einseitigen Betätigungen, einem Mangel an Abwechslung und Herausforderung und ggf. Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Gesundheit.
- **Gewohnheitsverfall:** Psychisch erkrankte Menschen können häufig alte Gewohnheiten nicht mehr aufrechterhalten. Wenn die psychische Erkrankung eine Veränderung der Umweltbedingungen zur Folge hat, kann sich auch dies negativ auf die Gewohnheiten und die damit verbundenen Betätigungen auswirken.
- **Verlust von gewohnheitsbezogenen Fähigkeiten:** Sobald ein Mensch bisherige Gewohnheiten nicht mehr regelmäßig ausübt, kann dies zu einem Abbau von Fähigkeiten führen, die an diese Gewohnheiten geknüpft waren.

Verinnerlichte Rollen

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und einer Rollenveränderung, einem Rollenverlust und/oder der Notwendigkeit, sich an neue Rollen anzupassen. Veränderungen innerhalb von Rollen oder Rollenverluste können zu psychischen Erkrankungen beitragen. Gleichzeitig führen psychische Erkrankungen dazu, dass Menschen ihre Rollen in veränderter Form wahrnehmen oder diese verlieren. Sie können ihre verinnerlichten Rollen oft nicht angemessen ausfüllen oder haben in der Gesellschaft keinen Zugang zu den gewünschten verinnerlichten Rollen. Hinzu kommt die Notwendigkeit, sich auf die meist neue, ungewohnte Rolle des „psychisch erkrankten Menschen" einzustellen.

Es kommt ggf. zu folgenden Problemstellungen:

- **Unsicherheit beim Rollenskript:** Im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung kann es zu Verunsicherungen bezogen auf das angemessene Ausfüllen einer verinnerlichten Rolle kommen. Gleichzeitig ist eine solche Verunsicherung aber auch potenzieller Nährboden für psychische Krankheiten.
- **Rigides Rollenverhalten:** Psychische Krankheiten können dazu führen, dass Menschen Schwierigkeiten haben, innerhalb einer verinnerlichten Rolle flexibel auf veränderte Umweltbedingungen einzugehen oder das eigene Verhalten innerhalb eines Rollenwechsels situationsbezogen anzupassen.
- **Rollenkonflikte:** Psychisch erkrankte Menschen erleben oft eine Diskrepanz zwischen eigenen Erwartungen und persönlichen Fähigkeiten in Verbindung mit Rollenausübungen. Sie haben Probleme, ein Rollenskript mit den jeweiligen Rollenpartnern auszuhandeln. Unterschiedliche Erwartungen zwischen Rolleninhaber und Umwelt bezogen auf Rollenskripte können zu Konflikten führen, Beziehungen dauerhaft beeinträchtigen und die Rollenausübung erschweren oder verhindern.
- **Rollenüberforderungen bzw. –unterforderungen:** Die Erkrankung und ein damit verbundener Verlust von Fertigkeiten können dazu führen, dass sich der Zeitaufwand verändert, der nötig ist, eine Rolle angemessen zu erfüllen, oder die Person der

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Rolle nicht mehr gewachsen ist. Gleichzeitig können veränderte Rollenanforderungen ein Teil der Problemstellung sein und rollenbezogene Über- oder Unterforderungen zur psychischen Störung beitragen.

- **Mangel an Rollenbalance:** Eine Überbelastung innerhalb einzelner Rollen oder zu viele Rollen können zur Überforderung einer Person führen, während ein Mangel an verinnerlichten Rollen eine Unterforderung darstellt.
- **Rollenverlust:** Der Verlust bisheriger, verinnerlichter Rollen kann beim einzelnen Menschen zu komplexen Folgen und ganz unterschiedlichen Schwierigkeiten führen, wie z. B. den Tag zu strukturieren. Zudem bedeutet dies den Verlust von rollenbezogenen Aufgaben und Verpflichtungen, von Identität und Fertigkeiten sowie Rollenpartnern und Status.
- **Schwierigkeiten, neue Rollen einzunehmen:** Psychisch erkrankten Menschen fällt es häufig schwer, sich flexibel auf neue Rollenskripte einzustellen und sich mit neuen Rollen zu identifizieren.
- **Eingeschränkte Möglichkeiten Rollen auszufüllen:** Das Ausfüllen einer neuen Rolle kann erschwert werden sowohl durch soziale Barrieren (wie Stigmatisierung), Mangel an Fertigkeiten, fehlende Identifizierung mit der neuen Rolle als auch durch ein reduziertes Selbstwertgefühl.
- **Probleme im Grad der Wertschätzung einer Rolle:** Die reduzierte oder übermäßige Identifikation mit einer Rolle kann zu psychischen Störungen führen. Innerhalb der psychischen Erkrankung kann sich zudem die einer Rolle beigemessene Wertschätzung verändern.

Umweltfaktoren können im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen maßgeblich die Ausübung sozialer Rollen beeinflussen. So haben die Betroffenen oft keinen Zugang (mehr) zu verinnerlichten Rollen wie derjenigen des Arbeitenden, des Freundes, des aktiven Familienmitgliedes oder des Hobbytreibenden. Die Einnahme der Krankenrolle geht im Bereich der psychischen Störungen oft einher mit Autonomie- und Statusverlust und damit verbundener Stigmatisierung und Diskriminierung (WHO 2001).

Ziele der Intervention

Eine funktionsfähige Habituation wirkt sich im Leben eines Menschen als stabilisierend, entlastend und befreiend aus. Deshalb gehört es zu den zentralen Zielsetzungen ergotherapeutischer Interventionen, einem psychisch erkrankten Menschen zu einer unterstützenden und funktionsfähigen Habituation zu verhelfen.

Gewohnheiten

Der Klient …

- verfolgt befriedigende und gesundheitsfördernde Gewohnheiten
- setzt sich mit nicht funktionsfähigen Gewohnheiten auseinander
- stärkt funktionsfähige Gewohnheiten
- entwickelt eine den Umwelterfordernissen und -möglichkeiten angepasste Gewohnheitsstruktur
- entwickelt ein funktionsfähiges Zeitmanagement
- verfolgt einen angemessenen Grad an Struktur innerhalb der Gewohnheiten
- passt Gewohnheiten veränderten Fertigkeiten und neuen Umweltbedingungen an
- variiert die Gewohnheiten bezogen auf die aktuelle psychische Befindlichkeit
- passt Gewohnheiten den Erfordernissen der verinnerlichten Rollen an.

Verinnerlichte Rollen

Der Klient …

- setzt Prioritäten und identifiziert eigene „Hauptrolle(n)“ im Leben
- übt wertgeschätzte Rollen aus
- identifiziert sich mit seinen vorhandenen verinnerlichten Rollen
- setzt sich mit verschiedenen Rollen auseinander
- handelt ein angemessenes Rollenskript mit den Rollenpartnern aus
- löst bestehende Rollenkonflikte
- findet eine Rollenbalance
- passt bisherige Rollenskripte den veränderten Fertigkeiten, Bedürfnissen und Umweltbedingungen an
- reduziert oder erweitert die Zahl der verinnerlichten Rollen
- entwickelt oder erweitert rollenbezogene Fertigkeiten
- nimmt neue Rollen ein
- passt Umweltbedingungen zur Unterstützung der Rollenausübung an
- identifiziert sich im angemessenen Umfang mit seiner Klientenrolle.

Performanzvermögen und der lebende Körper

Ein weiteres zentrales Thema des MOHO ist die Fähigkeit eines Menschen, Betätigungen durchzuführen. Sie ist abhängig von den muskuloskelettalen, neurologischen, kardiopulmonalen, psychischen, geistigen und anderen körperlichen Voraussetzun-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gen. Die Vielfalt an Betätigungen macht es notwendig, die Umwelt immer wieder aufs Neue wahrzunehmen, zu interpretieren, den eigenen Körper und Objekte zu bewegen, Handlungen zu planen, zu strukturieren und mit anderen zu kommunizieren. Dies erfordert höchst komplexe Verhaltensweisen in ständiger Abstimmung mit wechselnden Umweltbedingungen.

Performanzvermögen: Befähigung, Dinge zu tun, basierend auf dem Zustand objektiver körperlicher und mentaler Komponenten und der damit verbundenen subjektiven Erfahrung (Kielhofner 2008).

Während viele andere theoretische Modelle spezifische Erklärungen und vor allem objektive Befunderhebungsmethoden in diesem Bereich anbieten, ist das MOHO gleichermaßen an den objektiven wie den subjektiven Aspekten von Betätigungsdurchführung interessiert.

Der objektive Ansatz erklärt Funktionsstörungen primär mit zugrunde liegenden Struktur- und Funktionsproblemen. So können Schwierigkeiten des Klienten, Probleme zu lösen, auf einen Mangel an Aufmerksamkeit aufgrund von kognitiven Störungen zurückgeführt werden. Das Modell of Human Occupation betont neben diesen objektiven Aspekten den „Blick von innen“ als gleichermaßen wertvoll wie den „Blick von außen“. Für den objektiven Ansatz liegen bereits reichhaltige Erkenntnisse aus verschiedenen konzeptionellen Modellen der Ergotherapie vor. So gibt es Theorien zur Biomechanik von Bewegung, zu motorischen Kontrollprozessen und der Verarbeitung von sensorischen Informationen. Gemeinsam ist diesen Modellen, dass sie Performanzvermögen durch objektive Erforschung der körperlichen und psychischen Phänomene zu erklären versuchen. Durch objektive Beschreibungen wird die unter experimentellen Bedingungen beobachtete Performanz benannt, klassifiziert und gemessen. Performanzstörungen werden in der Regel über Probleme im Bereich der zugrunde liegenden Strukturen und Funktionen erklärt. So werden Bewegungseinschränkungen z. B. durch den Verlust von Muskelkraft oder eine Gelenkschädigung begründet (Kielhofner 2008).

Zur Ergänzung dieser bestehenden Konzepte konzentriert Kielhofner sich in seinem Modell vor allem auf das subjektive Erleben des Menschen und bezeichnet es als den „lebenden Körper“.

Lebender Körper: Die Erfahrung des Seins und des Wissens um die Welt durch den spezifischen Körper (Kielhofner 2008).

Betätigungsfunktion

Innerhalb des Konzeptes „lebender Körper“ betont der Autor des Modells, dass das subjektive Erleben starken Einfluss hat auf die Betätigungsperformanz und dass das Erleben der tätigen Person die Therapieinterventionen maßgeblich leiten kann.

Körper und Geist werden als Einheit betrachtet. Zudem wird die subjektive Betätigungserfahrung nicht (nur) als Produkt von Betätigungsdurchführung gesehen, sondern trägt wesentlich zu dieser bei. Kielhofner (2008, S. 71) beschreibt dies folgendermaßen: „Wenn ich einen Teil meines Körpers als Objekt in der Welt erlebe, so widme ich mich diesem Körperteil und unterscheide zwischen meinem Körper und mir. Wenn ich mich dagegen aus der Perspektive des eigenen Körpers der Welt widme, so gibt es keine Unterschiede zwischen mir und meinem Körper. Unsere Körper werden zu unsichtbaren Perspektiven, von denen aus wir die Welt erleben und mit dieser interagieren.“

Der Körper hat im Laufe unserer Entwicklung immer wieder die Möglichkeit, Objekte physisch wahrzunehmen. Dadurch ist dieses Wissen um die Dinge nicht nur im Geist, sondern auch im Körper vorhanden. Wenn wir Handlungen zunächst erlernen, so konzentrieren wir uns auf die detaillierten Bewegungsabläufe (objektiven Erfahrungen), erst später begreifen wir, wie die Bewegung sich „anfühlen muss“ (subjektive Erfahrung). Häufig jedoch können wir dieses „körperliche Wissen“, das automatisch und instinktiv in Form von Handlung reproduziert wird, nicht abstrakt abrufen und verbal vermitteln, ohne die Tätigkeit parallel durchzuführen. Der Körper hat somit ein „Wissen“, das dem Geist nicht automatisch zugänglich ist. Wir müssen unseren Körper während der Durchführung, z. B. beim Spielen eines Instrumentes oder beim Autofahren, konkret beobachten, um die Information an andere weiterzugeben.

Betätigungsdysfunktion

Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen erleben Menschen sich selbst, und den eigenen Körper, möglicherweise in veränderter Form oder nehmen diesen als entfremdet wahr. Dazu können Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit, (Selbst- und Fremd-)Wahrnehmungsstörungen bis hin zu Halluzinationen und Denkstörungen beitragen. Dies führt häufig zu Einschränkungen innerhalb der Betäti-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gungsdurchführung, zu einem veränderten Erleben von Betätigung, zu Verunsicherung und Ängsten und möglicherweise sozialer Isolation. Störungen des Performanzvermögens zeigen sich z. B. durch folgende Aspekte:

- **Übermäßige Konzentration auf objektive Aspekte bei Betätigungsdurchführung:** Eine veränderte Selbstwahrnehmung bis hin zur Entfremdung des eigenen Körpers kann dazu führen, dass Menschen bei der Betätigungsdurchführung nicht den (bisher) üblichen Handlungsfluss erleben, sondern hoch konzentriert sich selbst beobachtend, eher zögernd Handlung durchführen und nicht (mehr) auf Automatismen zurückgreifen können.
- **Schwierigkeiten, den verändert erlebten Körper oder dessen Komponenten in die Betätigungsdurchführung einzubeziehen:** Der eigene Körper oder dessen Teile werden nur unter größter Willensanstrengung in Handlungen eingebunden.

Ziele der Intervention

Der Klient …

- konzentriert sich im angemessenen Ausmaß auf objektive Aspekte der Betätigungsdurchführung
- erprobt neue Methoden zur Durchführung von Betätigung
- setzt die jeweils notwendigen Körperteile angemessen im Handlungsablauf ein
- integriert notwendige Hilfsmittel in die Betätigungsdurchführung
- baut funktionsfähige Betätigungsautomatismen auf
- führt Betätigungen (trotz des veränderten Körpers) selbstbewusst durch.

Die Umwelt und menschliche Betätigung

Das Modell of Human Occupation sieht einen engen Zusammenhang zwischen dem Menschen, seiner Umwelt (environment) und einer durchgeführten Betätigung. Ähnlich bewertet es Charles Christiansen (Christiansen et al. 2005, S. 4), wenn er schreibt: „Betätigungen sind das, was wir machen. Sie bieten eine Basis für Gefühle über uns selbst. Während wir uns betätigen, verbinden sie uns mit der Welt um uns herum, befähigen uns zu überleben und halten uns aufrecht."

Das Model of Human Occupation differenziert im Zusammenhang mit Umwelt zwischen einer Bandbreite von Kontextaspekten, wie physische, soziale, kulturelle und politische Merkmale, die das tätige Leben von Menschen beeinflussen können. Als Kontexte werden komplexe Umgebungen aus dem menschlichen Alltag wie das Zuhause, die Nachbarschaft, der Arbeitsplatz, die Schule oder Freizeitstätte benannt. Jeder dieser Kontexte weist Aspekte wie Räume, Objekte, Menschen, Erwartungen und Möglichkeiten des Tuns auf und wird beeinflusst von kulturellen, ökonomischen und politischen Bedingungen. Entsprechend unterscheidet Kielhofner (2008) folgende Umweltdimensionen:

- Objekte, die Menschen nutzen, wenn sie Dinge tun.
- Räume, in denen Menschen handeln.
- Betätigungsformen oder -aufgaben, die verfügbar sind, erwartet oder im Kontext gefordert werden.
- Soziale Gruppen, wie Familie, Freunde, Kollegen und Nachbarn, denen der Mensch begegnet.
- Kultur, die räumliche und soziale Umweltaspekte durchzieht und beeinflusst.
- Politischer und ökonomischer Kontext, der Aspekte wie Freiheit und für Betätigung notwendige Ressourcen bestimmt.

Der Aspekt der zeitlichen Umwelt wird im MOHO im Gegensatz zu anderen ergotherapeutischen Modellen nicht explizit genannt und definiert.

> *Umwelt:* Besondere räumliche und soziale Aspekte eines spezifischen Kontextes, in dem jemand handelt, wobei der Kontext Auswirkungen auf das Handeln und die Art des Handelns hat (Kielhofner 2008).

Menschen existieren in vielfältigen Kontexten, wie einem geografischen Bereich, einer Gesellschaft, einer Kultur, einer Stadt oder Gemeinde. Sie begegnen im Alltag einer Bandbreite von Objekten und führen vielfältige Betätigungsformen innerhalb dieser Bedingungen durch.

Möglichkeiten und Ressourcen

Innerhalb der Umwelt erleben Menschen eine Bandbreite an Möglichkeiten und Ressourcen, um sich zu betätigen. Häufig bietet ein einzelnes Setting bereits eine Reihe unterschiedlicher Betätigungsoptionen. So animiert eine Berglandschaft einige Menschen zum Wandern, Joggen, Klettern oder auch Radfahren. Andere Personen dagegen genießen eher die Aussicht, fotografieren oder zeichnen das Bergpanorama. Wiederum andere Menschen suchen nach Pilzen und Wildkräutern, jagen oder beobachten die Tierwelt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Erfordernisse und Einschränkungen

Umweltbedingungen können gewisse Handlungen erforderlich machen. Innerhalb einer Gebirgslandschaft sind z. B. nur gewisse Wege für Wanderungen geeignet. Es gibt Verhaltensregeln oder Gesetze, soziale Normen und Erwartungen, die Menschen in der freien Natur oder an anderen Orten befolgen sollten. Dies gilt genauso an Freizeit- oder Arbeitsorten wie auch im häuslichen Umfeld. Der regelmäßige Aufenthalt in gleichen oder ähnlichen Settings führt dazu, dass Menschen unter Umständen verinnerlichte Rollen übernehmen oder Gewohnheiten entwickeln.

Umweltauswirkungen

Neben den Umweltmerkmalen beschreibt Kielhofner (2008, S. 88) noch die Umweltauswirkungen als „Möglichkeit, Unterstützung, Erfordernis und Einschränkung, welche die Umwelt auf das jeweilige Individuum hat". Diese Auswirkungen ergeben sich aus der Interaktion zwischen den Charakteristika des Individuums und den Umweltmerkmalen. Jeder Mensch, in Abhängigkeit von der eigenen Volition, Habituation und dem Performanzvermögen, erlebt unterschiedliche Umweltauswirkungen.

Räume

Unter Räumen versteht man im Model of Human Occupation „räumliche Kontexte, die in einer Art begrenzt und angeordnet sind, dass sie Menschen in ihrem Tun beeinflussen" (Kielhofner 2008, S. 88). Es handelt sich dabei gleichermaßen um natürliche wie auch von Menschenhand erstellte räumliche Gegebenheiten. Gerade Letztere sind oft für spezifische Betätigungen entwickelt worden und werden in der Regel von den Menschen innerhalb einer Kultur sogleich in Bezug auf den Zweck erkannt und möglicherweise auch genutzt. So weiß der Besucher, welche Betätigungsmöglichkeiten und -grenzen ein Café, ein Sportstadion oder ein Baumarkt anbieten, und verhält sich entsprechend.

Objekte

Objekte können genau wie Räume natürlicher Herkunft oder von Menschen kreiert sein. In natürlichen Settings erwarten uns Objekte, die dem jeweiligen Ort entsprechen, während in künstlich erstellten Räumen Objekte zu finden sind, die speziell zu einem gewissen Zweck dort platziert wurden. Objekte, deren Beschaffenheit, Attraktivität, Komplexität und Bekanntheitsgrad beeinflussen unser Tun. Für unser privates Umfeld wählen wir in der Regel die Objekte, die wir als attraktiv, interessant, nützlich oder persönlich bedeutungsvoll erleben.

Soziale Gruppen

Unsere Betätigungen finden häufig innerhalb von sozialen Gruppen z. B. am Arbeitsplatz, in der Familie, in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis statt. Diese Gruppen beeinflussen maßgeblich unser Tun. Der Grad an Formalität variiert zwischen informellen Zusammenkünften bis hin zu hochgradig strukturierten und hierarchischen Organisationssitzungen. Die Gruppen, in denen wir uns aufhalten, beeinflussen stark unsere Interessen, Wertesysteme und die von uns bevorzugten Aktivitäten.

Betätigungsformen

Beeinflusst durch die Theorien von David Nelson (1988) hat Kielhofner den Begriff und das Konzept der Betätigungsformen als die „Dinge, die Menschen tun" in sein Modell integriert. Daraus entwickelte er die Definition „Betätigungsformen sind herkömmliche Handlungsabfolgen, die gleichermaßen zusammenhängend, zweckorientiert, im kollektiven Wissen verankert, kulturell erkennbar und benannt sind" (Kielhofner 2008, S. 93). Hier zeigt sich ein deutlicher Einfluss von Kultur auf Betätigungsformen. Diese haben sich, in der Regel über Generationen hinweg, entwickelt und werden innerhalb einer Gesellschaft sofort von deren Mitgliedern identifiziert. Sie haben eine feste Bezeichnung sowie einen zugeschriebenen Zweck.

Kultur

Die Kultur beeinflusst im besonderen Maße unsere räumliche und soziale Umwelt sowie unser Betätigungen. Das Bewusstsein für Kulturaspekte wächst in unserer Gesellschaft. Zunehmend werden der Einfluss von Migranten auf unsere (multikulturelle) Gesellschaft oder auch Kulturaspekte von Institutionen und Organisationen öffentlich diskutiert. Kielhofner (2008, S. 95) versteht unter Kultur „Annahmen und Wahrnehmungen, Werte und Normen, Sitten und Gewohnheiten, die von einer Gruppe oder Gesellschaft geteilt und von einer Generation zur nächsten innerhalb von informeller und formeller Bildung weitergegeben werden."

In der Regel gibt es innerhalb einer Kultur auch subkulturelle Gruppen. Jede Subkultur weicht in einigen wesentlichen Punkten von der „Hauptkultur" ab. Beispiele für Subkulturen sind unterschiedliche ethnische, sprachliche, religiöse, berufs- oder freizeitbezogene und altersspezifische Gruppen. Unsere Kultur beeinflusst unsere Volition und Habituation gleichermaßen, aber zusätzlich auch die Räume, in denen wir uns aufhalten, die Objekte, die wir nutzen, und die Möglichkeiten und Grenzen, die wir in unserer Umwelt erleben.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Politische und ökonomische Bedingungen

Die indirekten Auswirkungen von politischen und ökonomischen Bedingungen auf menschliches Tun sind nicht zu unterschätzen. Aspekte wie persönliche Freiheit, monetäre Sicherheit, Arbeitsmarkt und Zugang zu Bildungs- und Freizeitstätten bestimmen maßgeblich die Betätigungsmöglichkeiten und -erfordernisse des Individuums.

Betätigungssettings

Wenn Menschen tätig sind, so wird die Zusammenstellung der jeweiligen Umweltdimensionen als Betätigungssetting bezeichnet. Menschliches Tun spielt sich in einer Reihe von solchen Settings ab, die wiederum stark beeinflusst sind durch kulturelle und politische Aspekte einer Gesellschaft.

> *Betätigungssettings:* Kombination von Räumen, Objekten Betätigungsformen und sozialen Gruppen, die zusammenhängen und einen bedeutungsvollen Betätigungskontext ergeben (Kielhofner 2008, S. 97).

Umweltpassung (Funktion)

Die Beziehung zwischen Menschen und ihrer Umwelt ist eng und wechselseitig. Unser Umfeld beeinflusst uns in der Wahl und der Art der Durchführung von Betätigung. Wenn Umweltmöglichkeiten und -ressourcen sowie Umwelterfordernisse und -einschränkungen mit den Bedürfnissen, Rollen und Gewohnheiten und den Fertigkeiten eines Menschen übereinstimmen und die Person angemessen gefordert wird (Umwelteinfluss), dann ist sie aufmerksam und zeigt einen optimalen Grad an Leistung. Dies trägt maßgeblich zur individuellen Lebensqualität einer Person bei.

Fehlende Umweltpassung (Dysfunktion)

Ein Mangel an Passung zwischen Person und Umwelt kann eine Bandbreite an Ursachen haben und sich unterschiedlich auswirken. Einerseits können psychische Störungen für die Inkompatibilität zwischen Person und Umwelt verantwortlich sein, andererseits können Umweltprobleme auch einen Beitrag zu den psychischen Störungen leisten. Häufig haben psychisch erkrankte Menschen Schwierigkeiten, den Anforderungen der Umwelt im vollen Maße gerecht zu werden. Dies kann langfristig Konflikte mit der Umwelt oder auch einen Verlust von Betätigungssettings provozieren. Zu den potenziellen Problemstellungen im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung gehören:

- **Diskrepanz zwischen Performanzvermögen und Betätigungssettings:** Im Verlauf einer psychischen Erkrankung verändert sich häufig das Performanzvermögen eines Menschen. Dieses passt dann möglicherweise nicht mehr zu den (sich gegebenenfalls wandelnden) Umwelterfordernissen und -möglichkeiten. Ein Mangel an Herausforderung durch die Umwelt kann einen Zustand von Langeweile, Desinteresse und möglicherweise sogar sensorischer Deprivation provozieren, während ein zu hoher Grad an Herausforderung durch die Umwelt Gefühle von Anspannung und Hoffnungslosigkeit hervorruft. Beide Zustände können sich dauerhaft negativ auf die psychische Situation eines Menschen auswirken.
- **Diskrepanz zwischen Volition und Betätigungssettings:** Sobald die Umweltbedingungen nicht den Interessen, Werten und dem Selbstbild eines Menschen entsprechen und keine ausreichenden Möglichkeiten bieten, bedeutungsvolle Betätigungen auszuführen, so kann sich dies in einer mangelnden Motivation, Betätigungen durchzuführen, ausdrücken. Das wiederum kann psychisch bedingte Symptome wie Antriebsstörungen, Selbstwertproblematiken und Substanzenmissbauch fördern.
- **Diskrepanz zwischen Habituation und Betätigungssettings:** Umweltbedingungen, die es nicht zulassen, dass ein Mensch für ihn wesentliche und förderliche Gewohnheiten und verinnerlichte Rollen aufrechterhält, können zum Zusammenbruch der Habituation beitragen und neue Gewohnheiten und verinnerlichte Rollen erforderlich machen. Gelingt es einem Menschen nicht, die eigene Habituation auf die Umwelt anzupassen, so erlebt er dauerhaft einen Verlust von Rollen und Gewohnheiten und damit einhergehend langfristig einen Mangel an Betätigungsmöglichkeiten und -erfordernissen.
- **Mangel an zugänglichen Betätigungsformen:** Häufig haben Menschen aufgrund räumlicher oder sozialer Gegebenheiten keinen Zugang zu Betätigungen. So fehlt es z. B. an notwendigen Voraussetzungen wie der Erreichbarkeit von Orten oder den monetären Ressourcen, um eine bevorzugte Betätigung wahrzunehmen. Dies kann vor allem auch langfristig psychisch erkrankte Personen betreffen, wenn sie Einkommenseinbußen hinnehmen müssen, an abgelegenen Orten leben oder die sozialen Gruppen zur Betätigungsausübung fehlen.
- **Mangel an passenden Umwelterfordernissen:** Übermäßig hohe oder reduzierte Erwartungen durch die soziale und/oder die räumliche Umwelt

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

wie zu anspruchsvolle Betätigungen, ein zu hoher oder zu geringer Grad an Unterstützung können bei einem psychisch kranken Menschen eine erfolgreiche Betätigungsdurchführung verhindern.

Ann Wilcock geht als Vertreterin der Occupational-Science-Richtung noch einen Schritt weiter als ihr Kollege Kielhofner, wenn sie die Forderung nach Betätigungsgerechtigkeit für alle Menschen stellt. Darunter versteht sie die Förderung von sozialen und ökonomischen Bedingungen und des Bewusstseins von Individuen, Gemeinden und politischen Entscheidungsträgern, um gleiche Voraussetzungen für eine Bandbreite an Betätigungsmöglichkeiten zu schaffen, damit Menschen ihr Potenzial ausschöpfen und Wohlbefinden erleben (Wilcock 1998).

Wie bereits dargestellt bestehen oft sehr komplexe kausale Wechselwirkungen zwischen Person, Umwelt und psychischer Erkrankung. So kann einerseits die psychische Erkrankung Einfluss auf die Volition, Habituation und das Performanzvermögen einer Person haben und andererseits tragen diese möglicherweise zur Entstehung der Störung bei und halten sie aufrecht. Umweltfaktoren können diesen Prozess verstärken, kompensieren oder aufrechterhalten. Vorstellbar wäre das folgende Szenario.

Beispiel: Eine Frau mit negativem Selbstbild befindet sich in einer destruktiven Beziehung zu einem alkoholabhängigen Mann. Ihre Werte und ihr Tun konzentrieren sich vor allem auf das Wohlergehen der Familie (soziale Umwelt). Sie findet kaum noch Zeit, bevorzugten Freizeitaktivitäten (Interessen) nachzugehen. Durch ihr Verhalten und die Tendenz, Verantwortung für alle zu übernehmen (Werte), verstärkt sie ungewollt die Suchtproblematik des Ehemannes. In ihrer verinnerlichten Rolle als Ehefrau versucht sie den Mann zu schützen, indem sie ihn in seiner Funktion als Vater entlastet und ihn immer wieder am Arbeitsplatz und gegenüber Freunden (verinnerlichte Rollen) entschuldigt, fühlt sich aber zunehmend überfordert (Performanzvermögen). Die Kinder des Paares (soziale Umwelt) leiden unter den depressiven Verstimmungen der Mutter und der Alkoholabhängigkeit des Vaters, der familiären Isolation und den schwierigen finanziellen Bedingungen. Es ist ihnen oft nicht möglich, die von ihnen bevorzugten Betätigungen (Interessen) durchzuführen. Sie entwickeln eigene psychische Probleme und auffällige Verhaltensweisen in der Schule (Betätigungssetting), werden den Leistungsanforderungen dort immer weniger gerecht.

Dies ist nur ein Beispiel dafür, dass ungünstige Umweltbedingungen ursächlich zur psychischen Erkrankung beitragen können. Häufig betreffen sie mehr als nur eine Person, sind ein fester Bestandteil von Dynamiken innerhalb von Partnerschaften, Familien oder anderen sozialen Gruppen.

Ein sich zunehmend durchsetzender Trend zur systemischen Betrachtungsweise unter der Berücksichtigung von Individuum und Umwelt wurde in den letzten Jahren auch von der WHO (2002) in der Initiative MHGAP (Mental Health Global Action Programme) aufgegriffen. Ziel dieses Fünfjahresplanes ist es, einerseits Stigmata und Diskriminierung von psychisch erkrankten Menschen zu reduzieren und andererseits die krankheitsbedingt eingeschränkte Produktivität und die dadurch verursachten wirtschaftlichen Einbußen weltweit zu senken.

Ziele der Intervention

Eine Passung zwischen Umwelt und Person unterstützt den Klienten maßgeblich in seiner Betätigungsperformanz. Ein zentrales Anliegen von Ergotherapeuten ist es, die Umwelt eines Menschen so zu gestalten, dass eine solche Passung vorhanden ist, oder den Menschen auf die Umwelterfordernisse und -einschränkungen vorzubereiten. Zu den Zielen können beispielsweise zählen:

Der Klient …

- hat Zugang zu einer räumlichen und sozialen Umwelt, die seinen bevorzugten Betätigungen entspricht und diese unterstützt.
- führt die von ihm bevorzugten Betätigungsformen innerhalb eines geeigneten Betätigungssettings durch.
- erlebt einen angemessenen Grad an Herausforderung und Möglichkeiten durch seine räumliche und soziale Umwelt.
- erfährt Verständnis von seiner sozialen Umwelt, bezogen auf seine spezifischen Einschränkungen und Bedürfnisse.
- erhält von seiner sozialen Umwelt die Unterstützung, die er benötigt, um erfolgreich tätig zu sein.
- passt eigene verinnerlichte Rollen und Gewohnheiten in angemessener Form der (neuen) Umwelt an.

Dimensionen des Tuns

Das Modell of Human Occupation unterscheidet drei Ebenen des Tuns:

- Betätigungspartizipation
- Betätigungsperformanz und
- Betätigungsfertigkeiten.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Betätigungspartizipation

Innerhalb der International Classification of Functioning, Disability and Health der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001) und dem Occupational Therapy Practice Framework des amerikanischen Berufsverbandes der Ergotherapeuten (AOTA 2002) wird der Begriff Partizipation als Einbindung einer Person in Lebenssituationen verstanden. Kielhofner (2008, S. 102) greift dies auf und definiert den Begriff als Einbindung in Arbeit, Spiel oder Aktivitäten des täglichen Lebens, die Teil des eigenen soziokulturellen Kontextes sind und erwünscht werden oder für das persönliche Wohlbefinden notwendig sind. Somit beinhaltet Betätigungspartizipation Aspekte der persönlichen und gesellschaftlichen Bedeutung einer Betätigung, wie z. B. innerhalb der bezahlten oder ehrenamtlichen Tätigkeit, der Aktivitäten mit Freunden und der Pflege des häuslichen Umfeldes. Charakteristika der Person und der Umwelt wirken gleichermaßen auf Betätigungsperformanz ein.

Betätigungsperformanz

Betätigungsperformanz ist die „Durchführung einer Betätigungsform" (Kielhofner 2002, S. 109) und beinhaltet eine große Bandbreite an einzelnen Aktivitäten, die an die unterschiedlichen, verinnerlichten Rollen eines Menschen geknüpft sind. Somit handelt es sich bei der Betätigungsperformanz um den nächsten Konkretisierungsgrad nach der Betätigungspartizipation. In der Regel ist Betätigungsperformanz eng gebunden an unsere Betätigungsgewohnheiten und die Umweltbedingungen.

Betätigungsfertigkeiten

Betätigungsfertigkeiten (skills) sind die kleinen, beobachtbaren Einheiten einer menschlichen Betätigungsdurchführung. Im MOHO werden drei Formen von Betätigungsfertigkeiten unterschieden: die motorischen, die prozesshaften und die Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten.

Motorische Fertigkeiten (motor skills)

Motorische Fertigkeiten sind die beobachtbaren Aspekte, wenn ein Mensch sich bewegt und mit der räumlichen Umwelt interagiert.

> *Motorische Fertigkeiten:* Das Bewegen des eigenen Körpers oder von aufgabenbezogenen Objekten (Kielhofner 2008).

Dazu gehören die Kategorien Körperhaltung, Mobilität, Koordination, Kraft und Anstrengung sowie Energie. Beispiele für motorische Fertigkeiten sind die Stabilisierung des Körpers, das Bücken oder Beeinflussen von Objekten. Die Ausübung motorischer Fertigkeiten ist eng an räumliche Umweltbedingungen gekoppelt.

Prozesshafte Fertigkeiten (process skills)

Prozesshafte Fertigkeiten lassen sich beobachten, wenn ein Mensch eine Handlung organisiert und modifiziert.

> *Prozesshafte Fertigkeiten:* Das Einhalten von logischen Reihenfolgen über Zeiträume hinweg, die Auswahl und der Einsatz angemessener Werkzeuge und Materialien sowie die Anpassung der Betätigungsdurchführung, sobald sich Probleme ergeben (Kielhofner 2008).

Dies schließt Kategorien wie (mentale) Energie, Wissen, zeitliche Organisation, Organisation von Raum und Objekten und Anpassungsfähigkeit ein. Prozesshafte Fertigkeiten stehen im engen Zusammenhang vor allem mit räumlichen und zeitlichen Umweltbedingungen.

Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten

Wenn ein Mensch gemeinsam mit anderen Personen eine Betätigung durchführt, erfordert dies in der Regel einen gewissen Grad an Kooperation. In diesem Zusammenhang lassen sich Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten beobachten.

> *Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten:* Das Übermitteln von Intentionen und Bedürfnissen und die Koordination sozialer Handlungen, um mit anderen Menschen gemeinsam tätig zu sein (Kielhofner 2008).

Dazu gehören die Kategorien Körper, Informationsaustausch und Beziehungen. Beispiele sind Gesten, die eingesetzt werden, um eine gemeinsame Betätigung zu koordinieren, die Bitte um Informationen oder das Bemühen, zu anderen Kontakt herzustellen. Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten sind in hohem Maße abhängig von den beteiligten Personen (soziale Umwelt) und der kulturellen Umwelt.

Betätigungsdysfunktion

Dysfunktionen im Bereich Performanzvermögen bedeuten, dass die Ausprägung der Fertigkeiten unangemessen ist oder dass es Probleme in der Art der Durchführung gibt. Innerhalb von psychischen Erkrankungen können bei den motorischen, prozesshaften und Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten gleichermaßen Probleme auftreten. So erle-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ben psychisch kranke Menschen häufig Probleme, wenn es darum geht, eine Handlung zu planen und allein oder auch mit anderen durchzuführen. Die Art und die Qualität der möglichen Problemstellungen im Bereich Betätigungsdurchführung sind vielfältig und können nur exemplarisch vorgestellt werden.

Motorische Fertigkeiten

Auch wenn sie in der Regel nicht zu den offensichtlichsten Problemen zählen, so können Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Einschränkungen im Bereich der motorischen Fertigkeiten leiden. Ein reduzierter oder erhöhter Muskeltonus kann im Zusammenhang mit einer Psychose oder eine Neuropathie kann als Folge von chronischem Alkoholabusus die motorischen Aspekte der Betätigungsdurchführung beeinflussen. Gegebenenfalls können auch Psychopharmaka Einfluss auf die motorischen Fertigkeiten nehmen. Es kommt zu Einschränkungen wie:

- **Ungünstige Körperhaltung:** Eine ineffektive Körperhaltung oder ein unangemessenes Positionieren von Körper und Armen kann sich negativ auf die Durchführung einer Betätigung auswirken.
- **Übermäßiger oder reduzierter Grad an Mobilität:** Veränderungen in Bezug auf das Ausmaß der körperlichen Beweglichkeit können dazu führen, dass die betroffene Person einen ungewöhnlich hohen oder reduzierten Grad an körperlicher Bewegung zeigt.
- **Eingeschränkte Koordination:** Ein eingeschränkter Bewegungsfluss, eine ineffektive Koordination der Körperteile oder ein ungünstiger Umgang mit Objekten (wie Werkzeugen, Materialien) können die Betätigungsdurchführung behindern.
- **Reduzierter Grad an Kraft und Anstrengung:** Ein zu geringer Krafteinsatz macht einige Betätigungen gar nicht oder nur über kurze Zeiträume hinweg möglich.
- **Reduzierter Grad an (körperlicher) Energie:** Ein Mangel an Energiereserven und Durchhaltevermögen kann zu einem unangemessenen Arbeitstempo, vermehrten Pausen und einem vorzeitigen Beenden einer Aufgabe führen.

Prozesshafte Fertigkeiten

Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen können Schwierigkeiten auftreten, Betätigungen zu planen und in angemessener Form und Sequenz durchzuführen. Beobachten lassen sich:

- **Einschränkungen der (mentalen) Energie:** Eingeschränkte Aufmerksamkeitsleistungen und ein unangemessenes Arbeitstempo im Zusammenhang mit kognitiven Problemen können die Betätigungsdurchführung maßgeblich beeinflussen.
- **Probleme beim Einsatz von Wissen:** Schwierigkeiten, vorhandene Kenntnisse zu aktivieren, Werkzeuge und Materialien der Betätigung angemessen zu wählen, umsichtig und zielstrebig mit den Objekten umzugehen und sich ggf. in angemessener Form Informationen einzuholen, können eine Störung innerhalb einer Betätigungsdurchführung verursachen.
- **Ungünstige zeitliche Organisation:** Ein verändertes Zeitempfinden kann zur Konsequenz haben, dass die betroffenen Personen die zur Verfügung stehende Zeit nicht effektiv nutzen.
- **Geringer oder übermäßiger Grad an Durchhaltevermögen:** Eine wechselnde Motivation und schwankende Belastbarkeit führen dazu, dass eine Betätigung über längere Zeiträume nur schwer konsequent verfolgt oder nicht zum angemessenen Zeitpunkt beendet wird.
- **Fehlendes oder übermäßiges Einhalten von logischen Abläufen (Sequenzieren):** Die Schwierigkeit, Betätigungen in angemessener Reihenfolge durchzuführen und dabei weder „den roten Faden“ zu verlieren, noch unflexibel an einem vertrauten Routineablauf festzuhalten, kann zu Störungen der Betätigungsdurchführung beitragen.
- **Unangemessenes Organisieren von Werkzeugen und Materialien:** Ein umständlicher Umgang mit den erforderlichen Objekten bezogen auf Ordnung, Logik und räumliche Bedingungen kann eine Betätigungsdurchführung maßgeblich erschweren.
- **Ineffektive Anpassung der Handlung bei auftretenden Problemen:** Ein Mangel an Problemlösungsvermögen kann dazu führen, dass eine Person bereits bei kleinen Schwierigkeiten resigniert und eine Betätigung nicht erfolgreich zu Ende führt.
- **Fehlende Fähigkeit, Probleme zu vermeiden:** Die Schwierigkeit, Umsicht walten zu lassen und potenziell auftretende Schwierigkeiten frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden, beeinträchtigt die Betätigungsdurchführung.

Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten

Psychisch erkrankte Menschen fallen häufig durch Schwierigkeiten im Bereich der sozialen Kompetenzen auf. Die sich daraus ergebenden Probleme können sowohl die Beziehung zu den Sozialpartnern als auch die Betätigungsdurchführung beeinträchtigen:

- **Unangemessener Einsatz von Körperkontakt:** Ein erhöhter oder verminderter Grad an körperlicher Nähe kann sich gleichermaßen auf die Betätigung oder die soziale Beziehung auswirken.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- **Mangelhafter oder übermäßiger Grad an Blickkontakt:** Ein Übermaß oder ein Mangel an Blickkontakt kann beim Gegenüber zu Irritationen führen.
- **Unangemessene Gestik:** Der den Gesprächsinhalten und der Situation nicht angemessene Einsatz von Körpersprache kann ablenkend wirken und sich unvorteilhaft auf die Sozialpartner und die Betätigung auswirken.
- **Unpassendes Manövrieren des Körpers:** Die sozial unangemessene körperliche Distanz zum Gegenüber und die fehlende Abstimmung der eigenen Bewegungen mit dem Sozialpartner und der Betätigung können den Betätigungsprozess negativ beeinflussen.
- **Fehlende körperliche Ausrichtung:** Die mangelnde körperliche Orientierung am Gegenüber und an der Betätigung macht unter Umständen den Eindruck von fehlender Anteilnahme und beeinträchtigt die Interaktion.
- **Unangemessene Körperhaltung:** Eine der Situation nicht angemessene Körperhaltung kann sich gleichermaßen negativ auf die Beziehung und die Betätigung auswirken.
- **Unklare Sprachproduktion:** Eine unverständliche Sprechweise kann eine Betätigung in Kooperation mit einem Sozialpartner beeinträchtigen und auf ihn befremdlich wirken.
- **Unangemessener Grad an Durchsetzungsvermögen:** Eine unpassende Form, eigene Bedürfnisse und Ideen darzustellen und ggf. zu verteidigen, kann zwischen den beteiligten Partnern oder innerhalb der Betätigung selbst zu Störungen führen.
- **Schwierigkeiten, Fragen zu stellen:** Probleme, fehlende Informationen angemessen einzuholen, führen häufig zur Verlangsamung, Stagnation oder zu unbefriedigenden Ergebnissen innerhalb einer Betätigung.
- **Fehlendes oder unangemessenes Ergreifen der Initiative:** Der Einsatz unangemessener Mittel, um ein Gespräch zu beginnen, kann sich störend auf die Betätigung oder die Beziehung auswirken.
- **Unpassender Gefühlsausdruck:** Wenn die emotionalen Reaktionen der Betätigung dem Sozialpartner in der Art oder dem Ausmaß nicht angemessen sind, führt dies potenziell zu Störungen in der Interaktion.
- **Unpassende Modulation:** Spricht die Person zu laut, zu leise oder zu monoton, wird sie deshalb schlecht oder nicht vom Gegenüber verstanden, so wirkt sich dies auf die Betätigungsdurchführung negativ aus.
- **Ineffektive Weitergabe von Informationen:** Eine fehlerhafte oder mangelnde Informationsweitergabe bezogen auf sachliche oder persönliche Aspekte der Situation und Betätigung kann die Betätigungsdurchführung und die Beziehung negativ beeinflussen.
- **Unverständlicher Sprachgebrauch:** Eine undeutliche Produktion von Worten, Redewendungen und Sätzen kann Schwierigkeiten bereiten, eine Betätigung gemeinsam mit einem Sozialpartner durchzuführen.
- **Fehlender Gesprächsfluss:** Die ineffektive Fähigkeit, eine Konversation aufrechtzuerhalten, kann sich in Aspekten wie Schroffheit, Zögern oder einem Mangel an Beteiligung ausdrücken und auf die Betätigung Einfluss nehmen.
- **Mangel an Zusammenarbeit:** Die Schwierigkeit, das soziale Verhalten angemessen auf den Interaktionspartner und die Betätigung abzustimmen, wie das nicht zeitgerechte Einschalten in ein Gespräch oder das unangemessene Teilen von Objekten, kann zu einer Betätigungsstörung beitragen.
- **Fehlende Anpassungsfähigkeit:** Die Schwierigkeit, ausgesprochene oder unausgesprochene soziale Normen einzuhalten, kann die Interaktion zwischen Menschen beeinträchtigen.
- **Mangel an Einstellungsfähigkeit:** Die fehlende Flexibilität, das Gespräch und das Verhalten entsprechend der sich entwickelnden Handlung auszurichten, kann die Betätigungsdurchführung stören.
- **Fehlender Aufbau von Beziehung:** Ein mangelndes Gemeinschaftsgefühl zwischen den an der Betätigung teilnehmenden Partnern kann zum Scheitern der Handlung beitragen.
- **Mangel an Respekt:** Die Unfähigkeit, sich auf die Reaktionen und Bedürfnisse des Gegenübers einzustellen, kann sich störend auf Beziehung und Betätigung auswirken.

Ziele der Intervention

Ein weitestgehend funktionsfähiges Performanzvermögen ist für die Durchführung von Betätigungen eine wichtige Voraussetzung. Deshalb sind Ergotherapeuten darum bemüht, die entsprechenden Fertigkeiten des Klienten zu fördern. Beispielhafte Ziele sind in den folgenden Abschnitten aufgeführt.

Motorische Fertigkeiten

Der Klient …

- setzt eine Körperhaltung ein, die effektiv die Durchführung der Betätigung unterstützt
- positioniert Körper und Arme angemessen in Bezug zur Betätigung
- bewegt den Körper in angemessenem Ausmaß
- koordiniert die Körperteile effektiv miteinander

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- setzt Objekte angemessen ein
- demonstriert einen funktionsfähigen Bewegungsfluss
- dosiert die notwendige Kraft angemessen
- zeigt einen geschickten Umgang mit Objekten
- verfügt über die notwendigen Energiereserven und ein adäquates Durchhaltevermögen.

Prozesshafte Fertigkeiten

Der Klient …

- arbeitet in einem angemessenen Tempo
- demonstriert adäquate Aufmerksamkeitsleistungen
- wählt und setzt Werkzeuge und Materialien bezogen auf die Betätigung angemessen ein
- demonstriert Umsicht beim Umgang mit Objekten
- geht zielgerichtet vor
- setzt Fragen angemessen ein
- initiiert Handlungen adäquat
- zeigt angemessenes Durchhaltevermögen
- hält logische Handlungsabläufe ein
- beendet eine Betätigung zum angemessenen Zeitpunkt
- trägt Werkzeuge und Materialien in angemessener Form zusammen
- organisiert Werkzeuge und Materialien in Bezug auf Ordnung, Logik und räumliche Bedingungen
- richtet einen Arbeitsplatz effektiv ein
- geht angemessen mit räumlichen Hindernissen um
- reagiert adäquat auf nonverbale Hinweise
- passt eine Handlung effektiv bei auftretenden Problemen an
- adaptiert den Arbeitsplatz angemessen bei auftretenden Problemen.

Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten

Der Klient …

- setzt Körperkontakt adäquat ein
- nutzt Blickkontakt in angemessenem Ausmaß
- setzt Gestik ein, die den Gesprächsinhalten und der Situation entspricht
- manövriert den Körper angemessen in Bezug zu anderen Personen und Betätigungen
- richtet sich adäquat zum Gesprächspartner und zur stattfindenden Betätigung hin aus
- nimmt eine angemessene Körperhaltung ein
- produziert klare und verständliche Sprache
- setzt eigene Wünsche in angemessenem Grad durch
- stellt adäquate Fragen, um die Betätigungsdurchführung zu sichern
- ergreift Initiative in angemessener Form
- bringt seine Gefühle adäquat zum Ausdruck
- setzt Lautstärke und Tonfall angemessen ein
- gibt Informationen effektiv weiter
- nutzt Worte, Redewendungen und Sätze in verständlicher Form
- führt eine Konversation mit angemessenem Umfang an Sprechanteilen durch
- arbeitet effektiv mit anderen zusammen
- hält soziale Normen ein
- stellt sich innerhalb einer sich entwickelnden sozialen Handlung auf die Betätigung und den Gesprächspartner ein
- baut effektive Beziehungen zu anderen auf
- stellt sich auf die Reaktionen und Bedürfnisse seiner Gesprächspartner ein.

Befunderhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die Befunderhebungsinstrumente (Assessments) aus dem Model of Human Occupation vorgestellt, die auch, aber nicht nur in der Psychiatrie einsetzbar sind und die bereits in die deutsche Sprache übersetzt wurden. Weitere liegen in englischer Sprache vor oder befinden sich im Prozess der Übersetzung.

Aktuelle Informationen zu den Assessments selbst, den zugehörigen Handbüchern und weiterführender Literatur finden sich auf der MOHO Clearinghouse Website: www.moho.uic.edu/assessments.html.

Das MOHO bietet vier Arten von Befunderhebungsinstrumenten **(Tab. 2.1)** an:

- Selbsteinschätzungsinstrumente (Checklisten)
- semistrukturierte Interviews (Gespräche)
- Fremdeinschätzungsinstrumente (Beobachtungsbögen) und ein
- kombiniertes Instrument.

Für den Einsatz eines dieser Instrumente zur Befunderhebung ist es wichtig, dass die Therapeutin

- die Intention des Assessments kennt,
- mit dem Model of Human Occupation, dessen Konzepten und Sprache vertraut ist,
- im Vorfeld die Fähigkeit des Klienten überprüft, ein Interview zu geben bzw. eine Checkliste auszufüllen,
- in der Regel im Anschluss die aus diesen Instrumenten gewonnenen Ergebnisse bespricht und
- gemeinsam mit dem Klienten und/oder dessen Bezugspersonen Ziele und Interventionen erarbeitet.

Diese Form der (semi-)strukturierten Datensammlung wird im ergotherapeutischen Alltag in der Regel durch unstrukturierte Methoden wie freie Gespräche oder Beobachtungen ergänzt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.1** Befunderhebungsinstrumente des MOHO

Art	Instrumente	Abkürzung
Selbsteinschätzungs-instrumente	■ Interest Checklist (Interessen-Checkliste)	IC
	■ Role Checklist (Rollen-Checkliste)	RC
	■ Occupational Self Assessment (Selbstbeurteilungsbogen zur Betätigung)	OSA
	■ Children Occupational Self Assessment (Selbstbeurteilungsbogen zur Betätigung für Kinder)	COSA
	■ Occupational Questionnaire (Fragebogen zur Betätigung)	OQ
Semistrukturierte Interviews	■ Worker Role Interview (Interview zur Rolle des Arbeitenden)	WRI
	■ Work Environment Inventory Scale (Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber)	WEIS
	■ Occupational Performance History Interview II (Interview zur Betätigungsanamnese II)	OPHI-II
Fremdeinschätzungs-instrumente	■ Volitional Questionnaire (Fragebogen zur Volition)	VQ
	■ Assessment of Communication and Interaction Skills (Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten)	ACIS
Kombiniertes Instrument	■ Model of Human Occupation Screening Tool	MOHOST

Selbsteinschätzungsinstrumente

Selbsteinschätzungsinstrumente ermöglichen es einem Menschen, Informationen zur eigenen Person zur Verfügung zu stellen, indem sie anhand von vorgegebenen Items oder Fragen ihre Betätigungsperformanz einschätzen. Dies erweist sich als eine effiziente Nutzung von Zeit (im Vergleich zu den für die Therapeutin eher aufwendigen Interviews) und gleichzeitig als eine klientenzentrierte Vorgehensweise.

Als Unterstützung für die Auswertung der Selbsteinschätzungsinstrumente werden im Folgenden zu jedem einzelnen Befunderhebungsinstrument beispielhaft mögliche Leitfragen zur Reflexion mit dem Klienten vorgestellt.

Interest Checklist (Interessencheckliste, IC)

Autoren

Matsutsuyu 1969, Scaffa 1981, Kielhofner und Neville 1983

Form und Inhalt

- Checkliste zum Ankreuzen von vergangenen, aktuellen und potenziellen Freizeitinteressen und deren Intensität
- Zweiseitige Tabelle mit 68 genannten Aktivitäten

Zielgruppe

- In bestehender Form vor allem für Jugendliche und Erwachsene geeignet
- Kann entsprechend den Interessen von Menschen anderer Alters- und Kulturgruppen adaptiert werden

Zielsetzung

- Sammlung von Informationen zu der Art und Intensität von Freizeitinteressen des Klienten in Vergangenheit und Gegenwart und möglichen zukünftigen Interessen
- Erstellung eines Überblicks zum Interessensprofil einer Person

Durchführung

- Der Klient (oder ggf. die Bezugsperson) füllt den Bogen selbstständig aus
- Oder: Der Klient wird von der Therapeutin beim Ausfüllen unterstützt
- Oder: Der Bogen kann als Grundlage für eine Diskussion innerhalb einer therapeutischen Gruppe dienen

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

– Klient und Therapeutin analysieren gemeinsam die Ergebnisse, setzen Ziele und vereinbaren Vorgehensweisen für den weiteren Therapieverlauf

Zeitaufwand
– Variabel je nach Durchführung

Leitfragen zur Reflexion
– Bei welchen Interessen empfinden Sie ein Gefühl von „Leidenschaft"?
– Welche Bedeutung verbinden Sie mit diesen Interessen?
– Welche Interessen haben eine beruhigende oder tröstende Wirkung auf Sie?
– Welche Fähigkeiten benötigen Sie, um diese Interessen (wieder) zu verfolgen?
– Wie häufig haben Sie diese Interessen durchgeführt?
– Welche Umweltbedingungen sind förderlich für die Durchführung des Interesses?
– Verfolgen Sie die jeweiligen Interessen (bevorzugt) in einer Gruppe oder allein?
– Welche Umweltbedingungen hindern Sie bei der Durchführung des Interesses?
– Welche weiteren Interessen haben Sie in der Vergangenheit durchgeführt, denen sie aktuell nicht mehr nachgehen?
– Welche Erkenntnisse ergeben sich für Sie?

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
– Anzahl der Interessen:
  – Vielzahl versus Mangel
– Art der Interessen:
  – Solitäre versus gesellige Interessen
  – Innerhäusliche versus außerhäusliche Interessen
  – (Körperlich) aktive versus passive Interessen
  – Aktivitätsgrad: Grad an Intensität der Interessensausübung
  – Identifikation mit Interessen

Hinweise
– Die Relevanz des Instrumentes für eine Person ist stark abhängig vom Alter, Geschlecht, kulturellen Umfeld und von jeweiligen Trends. Entsprechend wird empfohlen, die Checkliste regelmäßig anzupassen. (Dieser Hinweis gilt nur für die Interessencheckliste. Andere MOHO-Instrumente sollten ohne Rücksprache mit den jeweiligen Autoren nicht verändert werden.)
– Kein Handbuch verfügbar

Role Checklist (Rollencheckliste, RC)

Autoren
Oakley, Kielhofner und Barris 1986

Form und Inhalt
– Checkliste in Form einer zweiseitigen Tabelle zum Ankreuzen durch den Klienten
– 10 benannte und definierte Rollen werden in Bezug auf Ausübung in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und bezüglich Wichtigkeit für den Klienten abgeklärt

Zielgruppe
Für Jugendliche und Erwachsene geeignet

Zielsetzung
– Ermittlung der Klientenperspektive bezogen auf die eingenommenen verinnerlichten Rollen in verschiedenen Lebensabschnitten und deren Wertschätzung
– Sammlung von Informationen zu:

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

  - Rollenzahl
  - Rollenwertschätzung
  - Rollenverlust oder -gewinn
  - Erwünschten zukünftigen Rollen
- Abgleich zwischen Habituation (Rollen) und Volition (Wertschätzung) des Klienten
- Schaffung eines visuellen Überblicks (Rollenprofil)

Durchführung
- Der Klient (oder ggf. die Bezugsperson) füllt den Bogen selbstständig aus
- Oder: Der Klient wird von der Therapeutin beim Ausfüllen unterstützt
- Oder: Der Bogen kann als Grundlage für eine Diskussion zum Thema „Rolle und Rollenskript" innerhalb einer therapeutischen Gruppe dienen
- Klient und Therapeutin analysieren gemeinsam die Ergebnisse, setzen Ziele und vereinbaren Vorgehensweisen für den weiteren Therapieverlauf

---

Zeitaufwand
Variabel je nach Durchführung

Leitfragen zur Reflexion
- Bei welchen Rollen empfinden Sie ein ausgeprägtes Gefühl von Identifikation und Leidenschaft?
- Welche Fähigkeiten benötigen Sie, um die für Sie relevanten Rollen (wieder) zu verfolgen?
- Auf welche Rollen möchten Sie in Zukunft verzichten?
- Welche Rollen möchten Sie in veränderter Form durchführen?
- Welche Umweltbedingungen sind förderlich für die Durchführung der jeweiligen Rollen?
- Welche Umweltbedingungen hindern Sie bei der Durchführung der Rollen?
- Wie schätzen Ihre Rollenpartner Ihre Rollendurchführung ein?
- Welche Erkenntnisse ergeben sich für Sie?

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
- Profil der eingenommenen und bevorzugten Rollen
- Anzahl der Rollen bezogen auf die verschiedenen zeitlichen Ebenen:
  - Vielzahl versus Mangel
  - Ausgewogenheit zwischen den Performanzbereichen Arbeit, Freizeit, Selbstversorgung und Erholung
- Übereinstimmung zwischen eingenommenen Rollen und deren Wertschätzung
- Vorhandensein adäquater Rollenskripte

Hinweis
Kein Handbuch verfügbar

Occupational Self Assessment (Selbstbeurteilungsbogen zur Betätigung, OSA), Children Occupational Self Assessment (COSA)

Autoren
- OSA: Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer und Wolenski 2002
- COSA: Frederico und Kielhofner 2002

Form und Inhalt
- Selbsteinschätzungstabelle, Therapieplan, Follow-up-Bögen und Ergebnisbögen
- Erfasst die Wahrnehmung des Klienten zu seinen Betätigungskompetenzen und den Einfluss des Umfeldes auf die jeweilige Betätigung zu Beginn und am Ende der Therapie
- Unterscheidet zwischen dem Grad an Betätigungskompetenz, der Wichtigkeit dieser jeweiligen Kompetenz und unterstützt Entscheidungen bezogen auf Interventionsprioritäten und -maßnahmen

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Zielgruppe
Das OSA ist für Jugendliche und Erwachsene und das COSA für Kinder geeignet

Zielsetzung
- Schaffung eines Überblicks zu den Betätigungskompetenzen, der Wertschätzung dieser Kompetenzen und dem Wunsch nach Veränderung
- Erstellung einer Therapieplanung/-vereinbarung zwischen Klient und Ergotherapeutin (Ziele und Vorgehensweisen)
- Dokumentation eines Effektivitätsnachweises (Erfassen von Veränderungen als Ergebnis der Therapie)
- **Durchführung**
- Der Klient füllt Selbsteinschätzungsbogen aus (im OSA „Ich über mich" und „Meine Umwelt", im COSA keine Unterscheidung) selbstständig aus
- Klient und Therapeutin analysieren gemeinsam die Ergebnisse, setzen Ziele und vereinbaren Vorgehensweisen für den weiteren Therapieverlauf
- Die Durchführung findet am Anfang und zum Ende der ergotherapeutischen Interventionen statt
- Die Therapeutin füllt den Ergebnisbogen aus, um die Werte, die zu den verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden, (mit dem Klienten gemeinsam) zu vergleichen

Zeitaufwand
Variabel je nach Unterstützungsbedarf des Klienten, ca. 60–90 Minuten für die einmalige gesamte Durchführung

Leitfragen zur Reflexion
- Spiegeln die Ergebnisse dieses Fragebogens Ihre Lebenssituation und Problemstellungen in Bezug auf Ihr tätiges Leben wider?
- Welche Erkenntnisse ergeben sich für Sie aus diesem Fragebogen?
- Welche Möglichkeiten sehen Sie, innerhalb der Ergotherapie die hier gesetzten Ziele zu verfolgen?
- Wie können Sie diese Ziele auch außerhalb der Ergotherapie verfolgen?
- Können Veränderungen der Betätigungsperformanz zwischen den verschiedenen Zeitpunkten der Erfassung festgestellt werden?

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
- Selbsteinschätzung von Ressourcen und Grenzen
  - Mögliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung (Klient und Therapeutin)
- Einschätzung unterstützender und hindernder Umweltfaktoren
- Ressourcen erkennen, Wertigkeiten und Prioritäten festlegen
- Fähigkeit, Ziele zu formulieren und Problemlösungen zu entwickeln

Hinweis
Handbücher sind in deutscher Übersetzung beim Schulz-Kirchner Verlag (OSA) und beim Borgmann Verlag (COSA) zu beziehen.

Occupational Questionnaire (Fragebogen zur Betätigung, OQ)

Autoren
Smith, Kielhofner und Watts 1986

Form und Inhalt
- Zweiseitige Tabelle, die im halbstündigen Rhythmus die Betätigungen eines Wochentages bzw. des Wochenendes erfasst
- Vorhandene Aktivitäten werden vom Klienten in die Bereiche Arbeit, Selbstversorgung und Freizeit oder Entspannung eingeteilt; im Anschluss schätzt der Klient ein, wie gut er die Betätigung durchführen kann und wie wichtig sie ihm ist

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Zielgruppe
Für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene geeignet

Zielsetzung
- Erstellung einer Übersicht zu der aktuellen oder vergangenen Gewohnheitsstruktur des Klienten (Zeitpunkt der Erhebung wird von Klient und Therapeutin definiert)
- Schaffung eines Überblicks zur Ausgewogenheit der Gewohnheiten zwischen den Performanzbereichen Produktivität, Selbstversorgung, Freizeit (und Erholung)
- Ermöglichen eines Überblicks zur Übereinstimmung zwischen Habituation (Gewohnheiten) und Volition (Selbstbild, Werte und Interessen)

Durchführung
- Der Klient füllt den Bogen selbstständig oder mit Unterstützung der Therapeutin aus
- Klient und Therapeutin analysieren gemeinsam die Ergebnisse, setzen Ziele und vereinbaren Vorgehensweisen für den weiteren Therapieverlauf
- Klient und Therapeutin entwickeln im Anschluss möglicherweise einen optimalen Tagesablauf

Zeitaufwand
Variabel je nach Unterstützungsbedarf des Klienten

Leitfragen zur Reflexion
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Gewohnheiten?
- Welche Anteile möchten Sie beibehalten?
- Welche Anteile möchten Sie verändern?
- Welche Möglichkeiten sehen Sie, diese zu verändern?
- Welche neuen Gewohnheiten möchten Sie sich aneignen?
- Wie bewerten andere Menschen in Ihrem Umfeld Ihre Gewohnheiten?
- Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten innerhalb Ihrer Gewohnheiten zum Einsatz zu bringen?
- In welchem Grad unterstützen Ihre Gewohnheiten Ihre (verinnerlichten) Rollen?
- Wie ausgewogen sind Ihre Gewohnheiten?
- Wie sahen Ihre Gewohnheiten zu dem Zeitpunkt aus, als es Ihnen besser/schlechter ging?
- Welche Erkenntnisse ergeben sich für Sie?

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
- Gewohnheitsprofil
- Balance zwischen Produktivität, Freizeit, Selbstversorgung und Erholung
- Grad der Übereinstimmung zwischen Habituation und Volition
- Grad der Zufriedenheit mit den Gewohnheiten
- Wunsch nach und Grad an Veränderungsbedarf

Hinweis
Kein Handbuch verfügbar

Semistrukturierte Interviews

Im Folgenden werden drei verschiedene ergotherapeutische Interviews aus dem MOHO vorgestellt. Es handelt sich um semistrukturierte Gespräche, die für verschiedene Zielsetzungen entwickelt wurden. Wählt die Therapeutin eines der Interviews aus, so bleibt es ihr überlassen, (situativ) eine entsprechende Auswahl bezüglich der vorgegebenen Interviewfragen zu treffen oder die Reihenfolge der Fragen im Interviewverlauf anzupassen. Obwohl der Einsatz von Interviews nicht für jeden Klienten geeignet und nicht in jedem therapeutischen Setting gleichermaßen durchführbar ist, wird er sehr empfohlen, um

- eine klientenzentrierte Vorgehensweise zu ermöglichen
- den Klienten aktiv in den Prozess einzubinden
- ihm einem Raum zum Reflektieren anzubieten
- den Beziehungsaufbau zu fördern.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Worker Role Interview (Interview zur Rolle des Arbeitenden, WRI)

Autoren
Braveman, Robson, Velozo, Kielhofner, Fisher, Forsyth und Kerschbaum 1998

Form und Inhalt
- Semistrukturiertes Interview und 4-Punkte-Bewertungsskala mit 16 Items
- Datensammlung zu den Themen Selbstbild, Werte, Interessen, Rollen, Gewohnheiten und (Wahrnehmung der) Umwelt
- Kann zusammen mit dem WEIS eingesetzt werden
- Sollte durch eine Fremdeinschätzung (Beobachtungen) der Therapeutin am Arbeitsplatz des Klienten ergänzt werden

Zielgruppe
Für körperlich oder psychisch eingeschränkte Menschen geeignet, die im Arbeitsprozess stehen oder dorthin zurückkehren möchten

Zielsetzung
- Überprüfung der Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen (Re-)Integration an den bisherigen Arbeitsplatz oder generell auf dem Arbeitsmarkt
- Erstellung eines Profils von Ressourcen und Grenzen des Klienten bzgl. seiner Betätigungsperformanz am bisherigen Arbeitsplatz

Durchführung
- Die Therapeutin befragt den Klienten anhand der semistrukturierten Fragen aus dem WRI
- Die Therapeutin wertet die Informationen auf der Skala aus und ergänzt Kommentare
- Klient und Therapeutin besprechen die Ergebnisse, setzen gemeinsam Ziele und vereinbaren Vorgehensweisen
- Die Therapeutin befragt den Klienten nach einem gewissen Zeitrahmen erneut, wertet die Ergebnisse aus und trägt sie in den entsprechenden Bogen zum Vergleich der Werte ein

Zeitaufwand
Circa 30–60 Minuten für die Durchführung des Interviews und weitere 15 Minuten für das Ausfüllen der Bewertungsskala

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
- Haltung des Klienten gegenüber seinem bisherigen Arbeitsplatz
- Einschätzung unterstützender und hindernder Faktoren bezogen auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Profil von Ressourcen und Grenzen bezogen auf den Bereich Arbeit
- Grad der Wahrscheinlichkeit der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Grad an Übereinstimmung zwischen subjektiver und objektiver Wahrnehmung von Betätigungsperformanz im Arbeitsumfeld

Hinweis
Das übersetzte Handbuch inklusive der Befunderhebungsbögen ist über den Schulz-Kirchner Verlag in der Edition Vita Activa zu beziehen

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Work Environment Impact Scale (Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber, WEIS)

Autoren
Moore-Corner, Kielhofner und Olson 1998

Form und Inhalt
- Semistrukturiertes Interview bezogen auf die Arbeitsumwelt und eine 4-Punkte-Bewertungsskala mit 17 Items
- Datensammlung, wie der Klient den Einfluss der Arbeitsumgebung auf die Betätigungsperformanz, die Zufriedenheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz wahrnimmt
- Kann ergänzend zum WRI eingesetzt werden

Zielgruppe
Für erwachsene Personen mit körperlichen und psychosozialen Einschränkungen geeignet, die im Arbeitsprozess stehen oder dorthin zurückkehren möchten

Zielsetzung
Schaffung eines Überblicks zum Einfluss der Arbeitsumwelt auf die Betätigungsperformanz des Klienten am Arbeitsplatz

Durchführung
- Die Therapeutin interviewt den Klienten anhand der semistrukturierten Fragen aus dem WEIS
- Die Therapeutin wertet die Ergebnisse anhand der Bewertungsskala aus, schreibt Kommentare und eine kurze Zusammenfassung
- Klient und Therapeutin besprechen die Ergebnisse, setzen gemeinsam Ziele und vereinbaren Vorgehensweisen
- Die Therapeutin befragt den Klienten nach einem gewissen Zeitrahmen erneut, wertet die Ergebnisse aus und trägt sie in den entsprechenden Bogen zum Vergleich der Werte ein

Zeitaufwand
Circa 30–60 Minuten Aufwand für die Durchführung des Interviews und weitere 30 Minuten für das Ausfüllen der Bewertungsskala

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
- Grad der Passung zwischen Stelleninhaber und Arbeitsumwelt
- Identifikation von fördernden und hindernden Faktoren innerhalb der Arbeitsumgebung

Hinweis
Das übersetzte Handbuch inklusive der Befunderhebungsbögen ist über den Schulz-Kirchner Verlag in der Edition Vita Activa zu beziehen

Occupational Performance History Interview II (Interview zur Betätigungsanamnese II, OPHI-II)

Autoren
Kielhofner, Mallinson, Crawford, Nowak, Rigby, Henry und Walens 2004

Form und Inhalt
- Semistrukturiertes Interview mit Fokus auf die Betätigungsvergangenheit eines Menschen
- Bestehend aus Interview, 4-Punkte-Bewertungsskala mit 29 Items und Formblatt für das Betätigungsnarrativ
- Die aktuelle und vergangene Betätigungsperformanz des Klienten mit Schwerpunkt auf Betätigungsidentität, Betätigungskompetenz des Klienten und die Auswirkungen der Betätigungssettings

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Zielgruppe
Für Jugendliche und Erwachsene geeignet

Zielsetzung
- Sammlung von Informationen zu der Art, wie der Klient die Entwicklung seines tätigen Lebens wahrnimmt. Zu den Themen gehören Aktivitäts- und Betätigungswahlen, kritische Lebensereignisse, tägliche Routine, Betätigungsrollen und Betätigungssettings
- Identifikation von Ressourcen und Grenzen

Durchführung
- Die Therapeutin interviewt den Klienten anhand des semistrukturierten Fragenkataloges
- Die Therapeutin wertet die Informationen auf der Skala aus und ergänzt Kommentare
- Die Therapeutin entwickelt, basierend auf den vorhandenen Informationen, eine narrative Kurve und bespricht diese grafische Darstellung mit dem Klienten
- Klient und Therapeutin setzen gemeinsam Ziele und vereinbaren Vorgehensweisen für den weiteren Therapieverlauf

Zeitaufwand
Circa 45–60 Minuten Aufwand für die Durchführung des Interviews, weitere 30 Minuten für das Ausfüllen der Bewertungsskala und zusätzliche Zeit für die Entwicklung der narrativen Kurve und das anschließende Gespräch mit dem Klienten

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
- Profil von Ressourcen und Grenzen im bisherigen Betätigungsleben des Klienten
- Differenzierte Informationen zu den Bereichen Betätigungsidentität, -kompetenz und Umwelteinflüsse
- Informationen zum Einfluss der Umwelt auf das Betätigungsleben des Klienten

Hinweis
Das übersetzte Handbuch inklusive Befunderhebungsbögen ist über den Schulz-Kirchner Verlag in der Edition Vita Activa zu beziehen.

Fremdeinschätzungsinstrumente

Die folgenden zwei Beobachtungsinstrumente sind eine weitere Möglichkeit, um Daten über einen Klienten zu sammeln. Beide Instrumente bieten gleichermaßen eine quantitative Bewertungsskala sowie Raum für die Erhebung qualitativer Daten an.

Volitional Questionnaire (Fragebogen zur Volition, VQ)

Autoren
De las Heras, Geist, Kielhofner und Li 2002

Form und Inhalt
- 14 Items, die eine Aussage über die Volition des Klienten zulassen (Werte, Interessen und Selbstbild)
- 4-Punkte-Bewertungsskala
- Differenzierte Beschreibung der Umweltfaktoren, unter denen die beobachtete Volition gezeigt wird

Zielgruppe
- Vor allem für Personen geeignet, die verbal oder schriftlich keine Aussagen zu ihrer Volition treffen können (wie z. B. Menschen mit Demenzerkrankung, hirnorganischen Störungen, extremen Volitionsproblemen oder Personen aus anderen Sprachräumen)
- Für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene geeignet

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Zielsetzung
- Sammlung von Informationen über die Volition des Klienten (Volitionsprofil) bei der Durchführung von unterschiedlichen Betätigungen in verschiedenen Settings
- Schaffung von Überblick zu Informationen über die Umweltaspekte, die sich förderlich auf die Motivation eines Klienten auswirken

Durchführung
- Die Therapeutin beobachtet den Klienten innerhalb von Arbeits-, Freizeit- oder Selbstversorgungssituationen, dokumentiert die Beobachtungen auf der Skala und als ergänzenden Kommentar
- Die Therapeutin wiederholt die dokumentierte Beobachtung in einer Reihe von unterschiedlichen Kontexten (üblicherweise drei bis fünf), um seine jeweils variierende Volition zu erfassen

Zeitaufwand
Circa 40 Minuten

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
- Rückschlüsse auf Zusammenhänge zwischen Umwelt und Volition
- Stabilität/Variabilität von Volition in Abhängigkeit von Umweltfaktoren
- Informationen zu Möglichkeiten, die Volition durch Betätigungs- und Umweltmodifikation zu stärken

Hinweis
Das übersetzte Handbuch inklusive der Befunderhebungsbögen ist über den Schulz-Kirchner Verlag in der Edition Vita Activa zu beziehen

Assessment of Communication and Interaction Skills (Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten, ACIS)

Autoren
Forsyth, Salamy, Simon und Kielhofner 1998

Form und Inhalt
- 20 Fertigkeits-Items verteilt auf die drei Bereiche Körper, Informationsaustausch und Beziehung
- 4-Punkte-Bewertungsskala
- Fokus ist der Einfluss der Kommunikation des Klienten auf seine Betätigungsperformanz

Zielgruppe
Für Klienten aller Altersgruppen mit Schwierigkeiten im Bereich Sozialkompetenz (v. a. Jugendliche und Erwachsene, aber auch Kinder ab mindestens fünf Jahren) geeignet

Zielsetzung
- Messung der Betätigungsperformanz eines Individuums in einer sozialen Gruppe während einer für den Klienten relevanten und bedeutungsvollen Betätigung
- Darstellung eines Profils der Ressourcen und Grenzen eines Klienten bezogen auf Interaktion und Kommunikation während einer Betätigung (qualitative und quantitative Informationen)

Durchführung
Die Therapeutin beobachtet den Klienten bevorzugt in dessen Lebensumfeld (oder im Zusammenhang mit einer relevanten Rollenausübung) während der Betätigungsdurchführung mit mindestens einer weiteren Person, dokumentiert die Beobachtungen auf der Skala und als ergänzenden Kommentar

Zeitaufwand
Circa 20–60 Minuten

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
Profil der Ressourcen und Grenzen eines Klienten bezogen auf Kommunikationsverhalten innerhalb von Betätigung

Hinweise
- Die Therapeutin benötigt ausreichende Kenntnisse und Kompetenzen, um den sozialen Kontext und die damit verbundenen Erfordernisse an das Individuum angemessen einzuschätzen
- Auch mehr als eine Person kann gleichzeitig von der Therapeutin beobachtet werden
- Das übersetzte Handbuch inklusive der Befunderhebungsbögen ist über den Schulz-Kirchner Verlag in der Edition Vita Activa zu beziehen

Kombiniertes Instrument

Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)

Autoren
Parkinson, Forsyth und Kielhofner 2006

Form und Inhalt
- Instrument zur Erstbefunderhebung
- Dokument mit 4-Punkte-Bewertungsskala und 24 Items
- Fokus ist der Einfluss von Volition, Habituation, Fertigkeiten und Umwelt auf Betätigungsperformanz

Zielgruppe
Für Jugendliche und Erwachsene geeignet

Zielsetzung
Erstellung eines schnell zu überblickenden Profils von Ressourcen und Grenzen des Klienten bezogen auf seine Betätigungsperformanz

Durchführung
- Die Therapeutin sammelt in der Regel die Informationen, die sie für das MOHOST braucht, durch informelle Beobachtungen; auch andere Datenquellen (wie Gespräche mit dem Klienten, dessen Bezugspersonen oder mit Kollegen im interdisziplinären Team) können weitere nützliche Informationen bieten
- Die Therapeutin dokumentiert die gewonnenen Informationen in der Bewertungsskala
- Die Therapeutin setzt das Instrument in regelmäßigen Abständen ein, um Veränderungen beim Klienten zu dokumentieren

Zeitaufwand
Circa 10 Minuten

Mögliche Ergebnisse der Befundanalyse
Ressourcen und Grenzen des Klienten bezogen auf seine Betätigungsperformanz

Hinweis
Das übersetzte Handbuch inklusive der Befunderhebungsbögen ist über den Borgmann Verlag Modernes Lernen zu beziehen

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Von der Theorie zur Praxis

Das Anwenden eines theoretischen ergotherapeutischen Modells im praktischen Berufsalltag stellt die Ergotherapeutin vor eine Reihe von Herausforderungen. Dazu gehören u. a. der angemessene und bewusste Einsatz der eigenen Person (therapeutische Haltung) und von therapeutischen Strategien sowie das Einhalten eines therapeutischen Prozesses. Im folgenden Text werden die Aspekte „Das therapeutische Selbst", „Die therapeutischen Strategien und Einbindung des Klienten in Betätigung" und „Betätigung" selbst näher erläutert.

Die Ergotherapeutin ist innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses ein Bestandteil der sozialen Umwelt eines Klienten und nimmt durch das therapeutische Selbst Einfluss.

Das therapeutische Selbst

Die Beziehung zwischen Klient und Therapeutin gehört zu den wesentlichen Grundpfeilern einer erfolgreichen ergotherapeutischen Intervention. In Anlehnung an die therapeutischen Variablen nach dem klientenzentrierten Ansatz von C. Rogers (s. Kap. 2.2.2) bemüht sich die Therapeutin um die Elemente Empathie und Vertrauen.

Empathie

Empathie erfordert, dass die Therapeutin in einen aktiven Austausch mit dem Klienten tritt, um dessen Perspektive, Gedanken, Bedürfnisse, Sorgen und kulturellen Hintergrund zu verstehen. Das MOHO bietet eine Reihe von Befunderhebungsinstrumenten an, um Daten des Klienten gemeinsam mit ihm zu erheben. Das bietet die Chance, eine therapeutische Beziehung zu entwickeln, und fördert den notwendigen Austausch.

Vertrauen

Um eine Vertrauensbasis zum Klienten aufzubauen, bemühen sich Ergotherapeuten um Offenheit und Ehrlichkeit. Basierend auf den Informationen, die sich aus der Datensammlung und Datenanalyse ergeben, teilt die Therapeutin ihr Wissen mit dem Klienten. Gleichzeitig demonstriert sie dadurch ihr Verständnis für und ihren Respekt gegenüber dem Klienten. Klient und Ergotherapeutin entwickeln im Anschluss an die Datensammlung und -analyse Ziele und Interventionsstrategien in partnerschaftlicher Kooperation.

Therapeutische Strategien und die Einbindung des Klienten in Betätigung

Um Betätigungsdurchführung zu unterstützen, setzen Ergotherapeuten eine Vielzahl von therapeutischen Strategien ein. Anhand dieser ergibt sich die Möglichkeit, das Tun, Denken und Fühlen des Klienten zu beeinflussen und somit langfristig die erwünschte Veränderung zu erzielen. Nachdem die Ziele von Therapeutin und Klient definiert wurden, lässt sich die Therapeutin von den folgenden Fragen leiten:

- Welche therapeutischen Strategien unterstützen und befähigen den Klienten in seiner Betätigungsdurchführung und ermöglichen eine Veränderung?
- Welche Betätigung eignet sich, um die erwünschten Ziele zu erreichen?

Beispielhafte Strategien zur Klienteneinbindung

Im Folgenden werden in Anlehnung an das Buch „Model of Human Occupation" (Kielhofner 2008) beispielhaft die Strategien Validieren, Identifizieren, Feedbackerteilen, Beraten, Verhandeln, Strukturieren, Coachen und Ermutigen beschrieben. In der Regel setzen Therapeuten eine Kombination dieser Strategien in der Arbeit mit einem Klienten ein und passen sie entsprechend des sich entwickelnden Prozesses fortlaufend an:

Validieren: Unter Validieren versteht Kielhofner, dem Klienten Respekt bezogen auf seine Erfahrung und seine Perspektive entgegenzubringen. Für die von psychischer Krankheit betroffenen Menschen ist dies ein sehr wichtiger Teil der Therapie. Daraus ergibt sich ein Gegenpol zu dem möglicherweise bisher erlebten Mangel an Verständnis, der Stigmatisierung und Isolation. Voraussetzung für das Validieren ist, dass die Therapeutin sich mit dem subjektiven Erleben des Klienten (lebender Körper) auseinandersetzt, um dessen Volition und Erfahrungen einschätzen zu können. Besonders Klienten auf einem geringen Funktionslevel sind darauf angewiesen, dass die Therapeutin validiert.

Identifizieren: Ergotherapeuten erkennen persönliche Abläufe und Umweltfaktoren, die die Betätigungsdurchführung ihres Klienten unterstützen könnten, und informieren den Klienten entsprechend über Umweltmöglichkeiten und -ressourcen. Daraus ergibt sich auch für den Klienten ein wichtiger Erkenntnisgewinn in Bezug auf seine Betätigungsperformanz und -partizipation.

Feedbackerteilen: Es ist die Aufgabe von Ergotherapeuten, dem Klienten eine Rückmeldung zu geben.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Diese kann sich u. a. auf die Volition, Habituation und das Performanzvermögen des Klienten sowie auf Umweltaspekte und deren Auswirkung auf Betätigungsfertigkeiten, -performanz und -partizipation beziehen. Dieses Feedback basiert gleichermaßen auf den unstrukturierten Gesprächen und Beobachtungen wie auf den Daten, die die Therapeutin im Zusammenhang mit den MOHO-Assessments erheben konnte.

Beraten: Einhergehend mit der Entwicklung von Therapiezielen und Interventionen berät die Therapeutin den Klienten, um sicherzustellen, dass dieser realistische Entscheidungen trifft, die auf Informationen bzgl. der Therapieziele und des Therapieverlaufes beruhen. Die Sicht der Therapeutin kann die des Klienten sinnvoll ergänzen. Dazu können auch Empfehlungen oder Überzeugungsarbeit gehören, um den Klienten in seinen Entscheidungen zu unterstützen. Gleichwohl ist an dieser Stelle natürlich Vorsicht geboten, um den Klienten nicht übermäßig zu beeinflussen. Eine wichtige Voraussetzung, um effektiv zu beraten, ist, dass die Therapeutin die Volition des Klienten und sein subjektives Erleben begreift.

Verhandeln: Therapeutin und Klient verhandeln miteinander, wenn sie unterschiedliche Haltungen vertreten. Ziel ist es, eine gemeinsame Perspektive zu finden oder Pläne für den Klienten abzustimmen. Die Therapeutin bemüht sich darum, die Sicht des Klienten zu erfassen, offen und flexibel zu sein und ihm Respekt entgegenzubringen. Häufige Konsequenz ist, dass die Therapeutin bereit sein muss, Kompromisse einzugehen und möglicherweise auch unorthodoxe Vorgehensweisen zu akzeptieren.

Strukturieren: Indem sie dem Klienten eine Struktur anbieten, unterstützen Ergotherapeuten ihn in seinen Betätigungswahlen, der Durchführung von Rollen und Gewohnheiten und in seinem Performanzvermögen. Dies geschieht über das Setzen von Regeln oder Grenzen und bietet dem Klienten eine Orientierung und ein Gefühl von Kontrolle.

Coachen: Ergotherapeuten begleiten Klienten, neue Wege zu finden, um Betätigungen durchzuführen oder um ihre Fertigkeiten zu erweitern, indem sie instruieren, verbal und körperlich unterstützen oder demonstrieren. Durch diese Strategie wird der Klient befähigt, Betätigungen durchzuführen, und die Volition des Klienten wird gestärkt.

Ermutigen: Häufig ist es die Aufgabe von Ergotherapeuten, ihre Klienten emotional zu stärken, damit diese neue Herausforderungen eingehen und trotz Hindernissen ihre Anstrengungen langfristig aufrechterhalten.

Die Therapeutin setzt die hier genannten Strategien bewusst ein, reflektiert das eigene Verhalten regelmäßig, beobachtet die Entwicklung des Klienten bezogen auf die Faktoren Volition, Habituation, Performanzvermögen und Umwelt und wählt entsprechend die jeweils angemessenen Strategien aus.

Betätigung

In der Wahl der Betätigung bemüht sich die Ergotherapeutin um eine individualisierte und personenbezogene Vorgehensweise und lässt sich von einer Reihe von klienten- und umweltbezogenen Kriterien leiten.

Klientenbezogene Kriterien

Bei der Wahl einer angemessenen Betätigungsform orientiert sich die Ergotherapeutin u. a. an der Volition, der Habituation und dem Performanzvermögen des Klienten. Dazu gehören

- die Übereinstimmung der Betätigung mit den Interessen des Klienten,
- seine Erwartung, die damit verbundene Herausforderung bewältigen zu können und
- die Wertschätzung, die der Klient einer Betätigungsform beimisst.

Im Zusammenhang mit dem persönlichen Betätigungsnarrativ kann einigen Betätigungsformen des Klienten eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden.

Weiterhin berücksichtigt die Ergotherapeutin,

- dass die gewählten Betätigungen eine Relevanz für die verinnerlichten Rollen und Gewohnheiten beinhalten,
- in Anbetracht der bestehenden und zu erwartenden Fertigkeiten des Klienten angemessen sind und
- in Bezug zu den vereinbarten Zielen stehen.

Umweltbezogene Kriterien

Ergotherapeuten berücksichtigen bei der Wahl von Betätigungsformen die alltäglichen Betätigungssettings des Klienten und bemühen sich darum, die Betätigungsformen unter möglichst realistischen, lebensweltbezogenen Bedingungen des Klienten stattfinden zu lassen. Dabei orientiert sich die Therapeutin an den Möglichkeiten und Anforderungen, die der alltägliche Lebenskontext anbietet, und an den in dieser Umwelt verfügbaren Betätigungen.

Zusätzlich zum Lebenskontext des Klienten spielen die verfügbaren räumlichen, sozialen und zeitlichen Möglichkeiten und Anforderungen innerhalb des ergotherapeutischen Settings sowie die Kompetenzen und Präferenzen der Ergotherapeutin selbst eine Rolle bei der Auswahl der Betätigungsformen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Der therapeutische Prozess

In Anlehnung an das „Occupational Therapy Practice Framework“ des amerikanischen Berufsverbandes (American Occupational Therapy Association, AOTA 2002) unterscheidet Gary Kielhofner innerhalb des therapeutischen Prozesses die drei Schritte Evaluation, Intervention und Ergebnisse.

Bei der Durchführung dieser Prozessschritte unterstützt die Methode des klinischen Reasoning, auch klinische Urteilsbildung genannt (clinical reasoning), die Therapeutin in der Entscheidungsfindung. Zunächst setzt die Ergotherapeutin Leitfragen ein, um die Evaluation zu strukturieren, und sammelt dann gemeinsam mit dem Klienten durch den Einsatz strukturierter oder unstrukturierter Befunderhebungsmethoden relevante Informationen. Anschließend werden diese analysiert, indem Ressourcen und Grenzen des Klienten identifiziert werden. Die Planung, die Implementierung und die Bewertung der Therapie fallen in den Bereich der Intervention. Die Therapeutin legt gemeinsam mit dem Klienten lang- und kurzfristige Ziele schriftlich fest. In regelmäßigen Abständen wird die Entwicklung des Klienten überprüft und ggf. werden die therapeutischen Vorgehensweisen angepasst. Abschließend gilt es, die vom Klienten erreichten Ergebnisse mit den zuvor gesetzten Zielen zu vergleichen.

Terminologie in Kommunikation und Dokumentation

Ergotherapeuten setzen sich immer wieder mit der Problemstellung einer angemessenen beruflichen Terminologie auseinander. Der deutsche wie auch der angelsächsische Sprachraum bieten eine Vielfalt an Vokabular mit einem Mangel an Vereinheitlichung. Dies führt zu Schwierigkeiten innerhalb des beruflichen Feldes wie auch in der Kommunikation mit Klienten und Angehörigen, anderen Berufsgruppen und Kostenträgern. Das Model of Human Occupation bietet eine Terminologie an, die einerseits für den Berufsstand zuträglich ist, andererseits aber auch eine Herausforderung darstellt. Wesentliche Teile dieser MOHO-Terminologie haben Eingang gefunden in das Occupational Therapy Practice Framework des amerikanischen Berufsverbandes (AOTA 2002) und gleichzeitig hat dieses Dokument wiederum das Kielhofner-Modell beeinflusst. Wie andere berufliche Gruppen auch streben Ergotherapeuten nach einer eigenen Fachsprache, die das berufsspezifische Wissen reflektiert, wesentliche Inhalte in konzentrierter Form darstellt, den Berufsstand von anderen Professionen abgrenzt und die individuelle berufsspezifische Identität stärkt. Die Terminologie des MOHO hat wie jede andere berufsspezifische Sprache auch den Nachteil, dass sie in Teilen nur „Insidern“ zugänglich ist. Somit ist es wichtig, in der (mündlichen oder schriftlichen) Kommunikation mit Klienten und anderen Berufsgruppen ein Vokabular zu wählen, das diesen Personenkreisen verständlich ist. Dabei ist abzuwägen, ob es für diese Personen sinnvoll sein kann, in die MOHO-Terminologie eingeführt zu werden, um das Verständnis für ergotherapeutische Sichtweisen zu erweitern.

In der schriftlichen Kommunikation innerhalb des beruflichen Settings sollte auf eine berufsspezifische Fachsprache wie die des MOHO zurückgegriffen werden, um einen möglichst hohen Grad an Differenziertheit in der institutionsinternen und -externen Dokumentation zu sichern.

2.1.2 Anne Moseys Bezugsrahmen und ihre Einsatzmöglichkeiten

Mieke le Granse

Einleitung

Das folgende Kapitel widmet sich Moseys Modell der Profession und dem Konzept der anpassenden Fertigkeiten (*Model of Profession and Concept of Adaptive Skills*), das von Anne Mosey vor allem für die Arbeit in der psychiatrischen Ergotherapie konzipiert wurde. Nach einer Einführung in Moseys Sichtweise der Ergotherapie (le Granse 1999) werden schwerpunktmäßig drei Bezugsrahmen (frames of reference) des Modells beschrieben und anhand von Fallbeschreibungen verdeutlicht:

- analytischer Bezugsrahmen
- entwicklungsorientierter Bezugsrahmen
- lerntheoretischer Bezugsrahmen.

Moseys Grundannahmen zur Ergotherapie

Nach Mosey ist die ergotherapeutische Profession „die Kunst und Wissenschaft vom Gebrauch bestimmter Theorien als Leitfaden für die Zusammenarbeit mit dem Klienten, um seine Möglichkeiten zur Durchführung von Lebensaufgaben zu untersuchen und, wenn nötig, dem Klienten beim Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen, die zum Erreichen der erforderlichen Lebensaufgaben nötig sind, zu helfen“ (Mosey 1986, S. 3).

Dabei fließen sechs Komponenten, die miteinander in einer Wechselwirkung stehen, in die ergotherapeutische Berufsausübung ein. Es handelt sich um

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

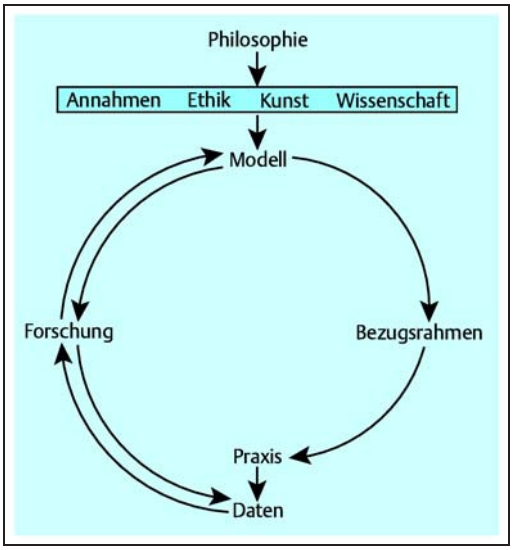

Abb. 2.1 Aufbau der ergotherapeutischen Theorie – eine Beziehungsschleife (Mosey 1986, S. 4).

- die philosophische Basis
- das Modell
- die Bezugsrahmen
- die Praxis
- die Daten und
- die Forschung.

In einer Beziehungsschleife (occupation therapy loop) lässt sich dieses dynamische, prozesshafte Berufsverständnis darstellen **(Abb. 2.1)**.

Ebenso wie andere Berufe hat die Ergotherapie eine philosophische Basis, die von vier Elementen geprägt wird: die philosophischen Voraussetzungen (philosophical assumptions), die Ethik (ethics), die Kunst (art) und die Wissenschaft (science).

Im Modell der Profession (the model) wird nach Mosey die spezifische Art und Weise beschrieben, wie ein Beruf sich selbst wahrnimmt und sein Verhältnis zu anderen Berufen und zur Gesellschaft definiert. Das Berufsmodell besteht aus mehreren Komponenten mit jeweils berufsspezifischem Inhalt:

- *Philosophische Annahmen* des Berufs (philosophical assumptions). Hierbei handelt es sich um Grundannahmen, die in einem Beruf über das Individuum und seine Beziehung zur materiellen und sozialen Umwelt und die Ziele des Berufes bestehen.
- *Ethischer Kode* (ethical code). Er besteht aus moralischen Prinzipien zur Berufsausübung in Anlehnung an den Code der American Occupational Therapy Association.
- *Wissenschaftliche Basis* für den Beruf (body of knowledge). Sie dient als theoretische Basis für die Bezugsrahmen und somit ebenfalls für die Praxis. Sie lehnt sich an verschiedene (Bezugs-)Wissenschaften an, vor allem die Psychologie, Soziologie, Medizin, Biologie, Kunst und geht aus dem Beruf selbst hervor.
- *Gegenstandsbereich* (domain of concern) der Ergotherapie. Er umfasst Sachkenntnisse in den Betätigungsbereichen, in denen Ergotherapeuten Klienten behandeln, beraten und versorgen:
  - Familieninteraktionen
  - Aktivitäten des täglichen Lebens (activity of daily living, ADL)
  - Schule und Arbeit
  - Spiel, Freizeit, Erholung
  - situative Anpassung an die Zeit.

  Die im Folgenden aufgeführten Performanzkomponenten **(Abb. 2.2)** bilden die Grundlagen jeder Betätigungsperformanz in den Betätigungsbereichen. Eine angemessene Betätigungsperformanz ist für das Individuum bedeutungsvoll und rollengebunden und steht in Beziehung zu seinem Alter und zu seiner kulturellen, sozialen sowie physikalischen Umwelt. Die Performanzkomponenten umfassen:
  - sensorische Integration
  - motorische Funktionen
  - kognitive Funktion
  - visuelle Funktionen
  - psychologische Funktion
  - soziale Interaktion.
- *Praxis* der Ergotherapie. Sie umfasst den Prozess des methodischen Berufshandelns durch Evaluation, Intervention, Kommunikation und Therapieabschluss.
- *Ergotherapeutische Prinzipien und Medien*. Gemeint sind hiermit die Betätigungen, Aktionen, Instrumente, Methoden und Prozesse, die eine Ergotherapeutin als Intervention einsetzt. Nach Mosey handelt es sich um
  - interpersonelle Prozesse, z. B. das bewusste Engagement als Therapeutin und der Einsatz von Gruppenaktivitäten
  - Betätigungsprozesse, z. B. Aktivitäten aus den Betätigungsbereichen, Kochen, Essen, Einkaufen, Sporttreiben, Büroarbeiten, Handarbeiten
  - physische Aspekte, z. B. atmosphärische Elemente bestehend aus Räumlichkeiten, Licht, Farben, Temperatur, Geräusche usw.
  - technische Hilfsmittel, z. B. Prothesen, Orthesen, Computersysteme.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Den Bezugsrahmen, die sich aus dem Modell der Profession ableiten, widmet sich dieses Kapitel ausführlich. Sie sind das Bindeglied zwischen Berufsmodell und Praxis und erfassen die Handlungsmöglichkeiten der Ergotherapeutin zur Evaluation und Intervention.

In der beruflichen Praxis, d. h. bei der ergotherapeutischen Interaktion zwischen Klient und Therapeutin, kommen ein oder auch mehrere Bezugsrahmen zur Anwendung.

Daten sind die Informationen, die in der beruflichen Praxis gewonnen werden. Sie werden größtenteils in der Evaluation und während der ergotherapeutischen Intervention im Rahmen der systematischen Beobachtung erhoben. Durch Forschung kann die theoretische Basis der Ergotherapie weiterentwickelt, überprüft, verifiziert und belegt werden.

Die Komponenten dieser Beziehungsschleife stehen in einer engen Wechselbeziehung zueinander. Aus der philosophischen Basis der Ergotherapie entwickelt sich das Berufsmodell, aus dem sich wiederum die Bezugsrahmen ableiten. Die Bezugsrahmen sind eine Grundlage für die berufliche Praxis, die Daten sammelt und der praxisorientierten Forschung zuführt. Diese Erkenntnisse führen zu einer Weiterentwicklung der theoretischen Basis der Ergotherapie und wirken sich somit auf das Berufsmodell aus.

Forschung und wissenschaftliches Arbeiten sind für die ergotherapeutische Praxis sehr wichtig, beeinflussen diese jedoch erst, wenn sie vom Berufsmodell und den dazugehörigen Bezugsrahmen aufgenommen wurden.

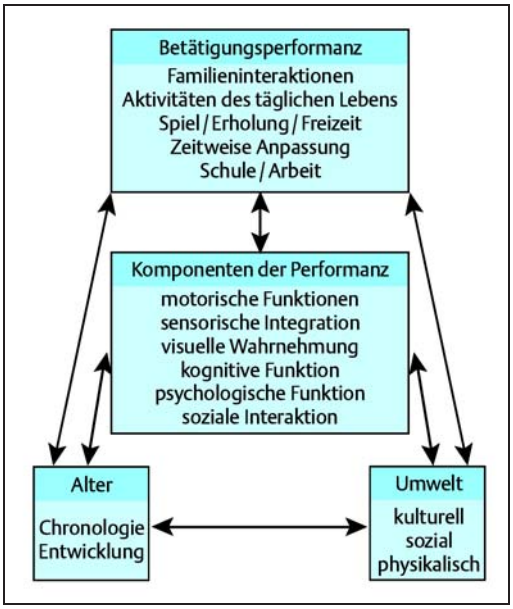

Abb. 2.2 Gegenstandsbereiche der Ergotherapie (Mosey 1986, S. 8).

Modell der adaptiven Fertigkeiten

Etwa 1970 entwickelte Mosey das Modell der adaptiven Fertigkeiten. Es befasst sich mit den psychosozialen Funktionen/Dysfunktionen des Menschen. Grundlage für das Modell ist die Annahme, dass menschliche Entwicklung ein aufeinander aufbauender, beschreibbarer und regelhafter Prozess ist. Dysfunktionen interpretiert das Modell als erworbene Fehlanpassungen oder mangelnde Fertigkeiten zu Handlungsplanung und -durchführung, Interaktion und Bedürfniswahrnehmung.

Das Modell der adaptiven Fertigkeiten basiert auf drei Bezugsrahmen mit jeweils eigenen Schwerpunkten: dem analytischen, dem entwicklungsorientierten und dem lerntheoretischen Bezugsrahmen. Sie orientieren sich an der menschlichen Entwicklung, die nach Mosey in sogenannten Lebenszyklen verläuft. Der Lebenszyklus beschreibt den regelhaften Entwicklungsverlauf unter Berücksichtigung des Einflusses sozialer Ereignisse. Kern von Identität und sozialem Handeln stellen die sozialen Rollen eines Menschen dar, wobei soziales Handeln immer im Kontext der kulturellen, sozialen und physischen Umgebung einer Person stattfindet. Die Umgebungsfaktoren beeinflussen das Wachstum, die Entwicklung und die sozialen Rollen einer Person in allen Aspekten.

Bezugsrahmen

Nach Mosey stellt ein Bezugsrahmen eine Ansammlung verbundener, in sich übereinstimmender Konzepte, Definitionen und Grundannahmen dar, die aus empirischen Daten abgeleitet werden. Ein Bezugsrahmen ermöglicht eine Beschreibung der Umgebung oder gibt Hinweise zu ihrer Gestaltung, sodass bei dem Klienten eine Evaluation erfolgen und ein Veränderungsprozess im Hinblick auf einen oder mehrere Teile des Gegenstandsbereichs eingeleitet werden kann:

- „Abgeleitet aus empirischen Daten" bedeutet, dass der Bezugsrahmen ein festes, am besten durch Forschung verifiziertes theoretisches Fundament haben soll.
- „Systematische Beschreibungen oder Hinweise" bedeutet, dass der Bezugsrahmen richtungswei-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

send für Evaluation und Intervention ist, ohne den Charakter eines Regelwerks zu haben.
- „Zur Gestaltung der Umgebung" besagt, dass der Bezugsrahmen die Betätigungen und Interaktionen beschreibt, die Lernen und Veränderung begünstigen, sodass der Klient zum Lernen angeregt wird und Kompetenzen entwickelt.
- „Einen oder mehrere Teile des Gegenstandsbereichs" weist darauf hin, dass kein Bezugsrahmen alle Betätigungsbereiche und Performanzkomponenten abdecken kann.

Bezugsrahmen fördern den Bezug der Theorie auf die ergotherapeutische Praxis und ermöglichen es, dass wissenschaftliche Erkenntnisse und Konzepte bei der Evaluation und Intervention umgesetzt werden. Da kein Bezugsrahmen alle Performanzkomponenten und Betätigungsbereiche abdeckt, können mehrere Bezugsrahmen in die ergotherapeutische Intervention einfließen und den Veränderungsprozess anstoßen und führen. Neben den von Mosey ausgeführten drei Bezugsrahmen gibt es weitere Bezugsrahmen, die sich beschreiben und anwenden lassen.

Ein Bezugsrahmen im Sinne Moseys wird durch folgende Elemente bestimmt:
- Erläuterung einer *theoretischen Basis*: Sie ermöglicht eine Darstellung der Betätigungsbereiche und Performanzkomponenten und entwirft ein Modell, wie auf Funktionen/Dysfunktionen Einfluss genommen werden kann.
- Beschreibung des *Kontinuums von Funktion und Dysfunktion*: Funktion und Dysfunktion lassen sich nicht scharf voneinander abgrenzen. Das Kontinuum von Funktion und Dysfunktion beschreibt die verschiedenen Betätigungsbereiche und Performanzkomponenten, die für rollengebundenes Handeln erforderlich sind. Die Funktion ist abhängig vom Alter, von dem kulturellen Hintergrund und den Lebensbedingungen des Klienten.
- Auflistung des *indikativen Verhaltens*, das für eine Funktion/Dysfunktion kennzeichnend ist. Ausgehend von diesen Verhaltensweisen können Therapeutin und Klient Evaluationsstrategien und geeignete Betätigungen zur Verbesserung der Funktion entwickeln. Die Therapeutin benötigt hierzu ein gewisses Geschick in der Analyse und Erzeugung von Betätigungen.
- *Grundannahmen*, die sich aus den theoretischen Grundlagen ableiten, helfen bei der Auswahl des Ziels, der ergotherapeutischen Intervention und der geeigneten Umgebung. Sie erfordern, dass die Betätigungen analysiert und erzeugt werden, sodass der Veränderungsprozess von der dysfunktionalen hin zur normalen Funktion auf verantwortungsvolle Weise erfolgen kann.

Weiter ist für einen Bezugsrahmen Folgendes charakteristisch:
- Eine Aussage über die Grenzen, Beschränkungen des Bezugsrahmens und die Zielgruppe.
- Eine Aussage über die Ziele und/oder eine Beschreibung von kompetentem Handeln, das zu zielgerichteten Aktivitäten führt.
- Eine Beschreibung darüber, wie das Handlungsniveau des Klienten einzuschätzen ist und wie durch den ergotherapeutischen Interventionsprozess das richtige Niveau erreicht werden kann.
- Ausreichende Informationen für die Datenerhebung und Untersuchung des Interventionseffekts.

Bezugsrahmen

Im Folgenden werden der analytische, entwicklungsorientierte und lerntheoretische Bezugsrahmen vorgestellt.

Analytischer Bezugsrahmen

Der analytische Bezugsrahmen verbindet psychoanalytische Theorien (u. a. nach A. und S. Freud, E. Erikson, A. Maslow, C. G. Jung), Symbolisierungsfähigkeit, Realitätsbezug und innerpsychische Veränderungsprozesse mit dem Ziel, die auf sich selbst und die Umwelt bezogenen Interaktionsfähigkeiten zu verbessern.

Die Psychoanalyse beruht auf dem Konzept der unbewussten Motivation, des Konflikts und des Symbolismus und stellt die Psychodynamik, die psychosexuelle und -soziale Entwicklung sowie den Veränderungsprozess des inneren Erlebens in den Vordergrund.

Der analytische Bezugsrahmen hat folgende Struktur und Charakteristiken:

Nach der *theoretischen Basis* des analytischen Bezugsrahmens strebt das Individuum stets nach Bedürfnisbefriedigung, verleiht primitiven Impulsen Ausdruck und kontrolliert gleichzeitig seine Triebe. Wenn die verschiedenen Strebungen miteinander in Konflikt geraten, kann dies große Angst auslösen. Es folgt die Verdrängung des Konflikts und der ihn begleitenden Gefühle aus dem Bewusstsein. Bewusst wahrgenommene Gefühle werden anderen nicht mehr mitgeteilt. Betätigungen haben vor diesem theoretischen Hintergrund hohen symbolischen Wert. Durch die Exploration des inneren Erlebens, die Überprüfung des innerpsychischen Wahrnehmens, den Gewinn von Einsichten, freies oder ge-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

lenktes Assoziieren und Interpretieren und den Transfer des Erkenntnisprozesses in andere Situationen versuchen Therapeutin und Klient, das Verhalten und Erleben des Klienten zu verändern. Mit Blick auf den Gegenstandsbereich und seine Handlungskomponenten (Abb. 2.**2**) richtet sich der analytische Bezugsrahmen besonders auf die psychischen Funktionen (unbewusst, vorbewusst, bewusst).

Das **Kontinuum von Funktion und Dysfunktion** ist im analytischen Bezugsrahmen nur unzureichend beschrieben. Es umfasst Konflikte, die in bestimmten Entwicklungsphasen des Menschen typisch sind (anale, genitale, orale Lustbefriedigung usw.), emotionale Grunderfahrungen (z. B. Hass, Liebe, Aggression, Autonomie, Abhängigkeit, Vertrauen) und das Selbstbild in allen Aspekten.

Indikatives Verhalten im analytischen Bezugsrahmen ist ein Verhalten, das nicht aus der realen Situation heraus erklärt werden kann und/oder das dazu führt, dass sich der Klient mit sich und anderen unwohlfühlt.

Die *Grundannahmen* für Veränderungen lassen sich nicht eindeutig festlegen, weil die Veränderung in aller Regel prozesshaft und selten linear verläuft. Der therapeutische Prozess enthält Wiederholungen, Stagnationen und Schübe und wird von Assoziationen und Interpretationen begleitet. Die therapeutischen Zielsetzungen können vage sein und Veränderungen werden eher subjektiv erlebt.

Es lassen sich jedoch drei Grundannahmen für Veränderungen nennen:

- Innerpsychische Prozesse, d. h., Gefühle, Vorstellungen und Verarbeitungsmechanismen beeinflussen das Handeln und Verhalten einer Person stärker als Umgebungsfaktoren oder Lernprozesse, denn basale Bedürfnisse, primitive Impulse und deren Kontrolle begleiten jegliches Handeln.
- Innerpsychisches Erleben verändert, wenn es bewusst gemacht und hinterfragt wird. Hierzu bedarf es eines Kommunikationsprozesses, bei dem der Klient Gelegenheit erhält, sein emotionales Erleben mit anderen (non-)verbal zu teilen.
- Innerpsychische Konflikte werden durch Wiederholung sichtbar. Durch das wiederholte Erleben des Konflikts kann der Klient üben, angepasste innerpsychische Kompetenzen (process of adaptive skills) zu entwickeln. Ziel ist es, den innerseelischen Prozess dahin gehend zu beeinflussen, dass der Klient in einer Konfliktsituation in der Lage ist, sich zwischen verschiedenen Verhaltensalternativen für ein angemessenes und effektives Verhalten und Handeln zu entscheiden.

Zielgruppe: Der analytische Bezugsrahmen eignet sich für Klienten mit innerpsychischen Konflikten oder einem schlecht adaptierten innerpsychischen Erleben, deren Ursachen in früheren negativen Erfahrungen bei der Interaktion mit der Umwelt liegen. Ebenso kommt er für Klienten infrage, die einschneidende Veränderungen ihrer Lebenssituation durchmachen mussten, z. B. den Verlust eines geliebten Menschen. Das Ziel des analytischen Bezugsrahmens ist es, dem Klienten bei der Lösung seiner Konflikte zu helfen. Dieser Bezugsrahmen verlangt jedoch vom Klienten ein recht hohes kognitives Niveau (mittlerer IQ und die Fähigkeit zu komplexeren Denkprozessen), die Fähigkeit, sich verbal auszudrücken, Fähigkeiten der Erkenntnis und Reflexion sowie eine gewisse Problemlösungsorientierung.

Die therapeutischen *Aktivitäten* innerhalb des analytischen Bezugsrahmens umfassen besonders alltägliche Handlungen, die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Handelns und der Einsatz von Handlungen zur Kommunikation. Die symbolische Bedeutung von Aktivitäten wird im analytischen Bezugsrahmen besonders hervorgehoben. Das Handeln, die verwendeten Gegenstände im Handlungsprozess sowie das Ergebnis und die interpersonellen Prozesse, die auf das Handeln einwirken, spielen eine besondere Rolle und beeinflussen sich untereinander fortdauernd.

Der analytische Bezugsrahmen befasst sich im Besonderen mit folgenden universellen Themen:

- Realität: das Bewusstsein der physischen und interpersonellen Faktoren in der Umgebung eines Menschen, einschließlich des Verhaltens und der Gefühle anderer
- Vertrauen: das Vertrauen in die Integrität einer oder mehrerer Personen
- Intimität: die Bereitschaft, lang dauernde Beziehungen oder Freundschaften einzugehen, Liebe zu geben und zu empfangen und für andere zu sorgen
- Angemessenheit: auf kompetente Weise die täglichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten managen
- Abhängigkeit/Unabhängigkeit: das Maß, in dem ein Mensch Hilfe bei anderen sucht und sich dabei wohlfühlt
- Sexualität: die Art und Weise, mit der ein Mensch mit sexuellen Angelegenheiten umgeht
- Aggression: die Art und Weise, wie ein Mensch handelt, wenn er Hindernissen begegnet, und wie er versucht, damit auf zufriedenstellende Weise umzugehen, und seine eigenen Interessen dabei in den Vordergrund stellt, um sich in sozialen Situationen durchsetzen zu können

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

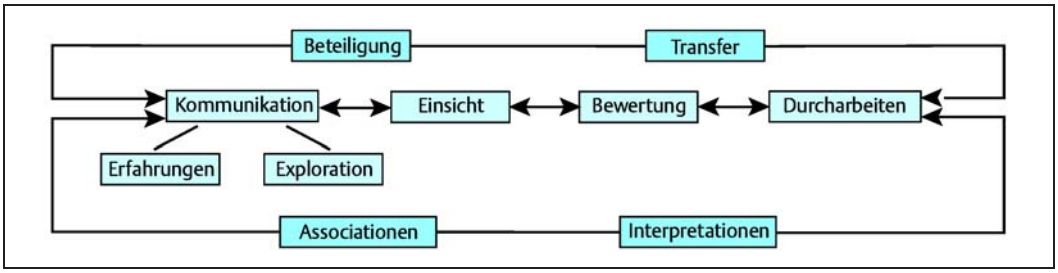

Abb. 2.3 Veränderungsprozess beim Ausgleich der universellen Themen (Mosey 1986, S. 397).

- Verlust: die Art und Weise, wie ein Mensch mit Krankheit, persönlichen Verlusten und Tod umgeht.

Diese Themen spielen in allen Lebensphasen des Menschen eine Rolle, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Entsteht ein inneres Ungleichgewicht, gehört es zu den Aufgaben der Ergotherapie, den Klienten darin zu unterstützen, das Gleichgewicht wiederzufinden, zu behalten und/oder zu erlangen.

Intervention

Das Ziel der Intervention besteht darin, den Patienten darin zu unterstützen, die universellen Themen, die für ihn am bedeutungsvollsten sind, in Ausgeglichenheit zu bringen. Dies wirkt sich auf spätere Lebensphasen positiv aus und sorgt dafür, dass es dem Klienten auf Dauer bessergeht. Durch Auswahl der geeigneten Intervention, Betätigung und Rahmenbedingungen wird in der Ergotherapie ein Veränderungsprozess angestoßen, der den Klienten in die Lage versetzt, sein Verhalten zu ändern und sich auf angemessene und befriedigende Weise in seiner Umwelt zu verhalten.

Im Vordergrund der ergotherapeutischen Intervention stehen

- die Unterstützung der Artikulation des innerpsychischen Erlebens
- die Förderung der Kommunikation
- das Anbieten von Situationen, in denen ein Probehandeln möglich wird
- die Konfrontation und Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit
- die Orientierung an der Lebenssituation des Klienten, alle therapeutischen Erfahrungen stehen im Kontakt zu seinem Alltag
- das Angebot, neue Verhaltensweisen auszuprobieren
- die Förderung des Wechsels zwischen den Ebenen des bewussten und unbewussten Erlebens und Verarbeitens
- die Auseinandersetzung mit der symbolischen sowie der realen Ebene.

Mosey stellt den Veränderungsprozess in einem Schema dar **(Abb. 2.3)**.

Der Veränderungsprozess verläuft über Kommunikation hin zu Einsicht und Bewertung und schließlich zum „Durcharbeiten“. Der dargestellte lineare Verlauf kann jedoch auch durchbrochen werden oder von Rückschlägen und Wiederholungen begleitet sein.

Die Kommunikation setzt sich aus den Erfahrungen des Klienten mit der Therapeutin und der Exploration des Innenlebens (Ideen, Gefühle und Erfahrungen sprudeln und ihre Validität in alltäglichen Situationen testen lassen) zusammen. Man sieht, dass in dieser Phase mehrere Prozesse ablaufen. Betätigung und Transfer sind die wichtigsten „Handwerkszeuge“ während des Veränderungsprozesses.

Assoziationen und Interpretationen sind typische verbale Interaktionen, die im gesamten Veränderungsprozess eine Rolle spielen. Bei der freien Assoziation äußert der Klient alles, was ihm in den Sinn kommt. Bei der gelenkten Assoziation wird dem Klienten vermittelt, aufkommende Gedanken und Gefühle zu ordnen. Interpretationen sind erforderlich, um den Erfahrungen eine Bedeutung zu geben und um eine Verbindung zwischen den Erfahrungen, den innerpsychischen Fertigkeiten und dem Verhalten herzustellen.

Einsicht bezieht sich auf das Bewusstsein der eigenen Handlungen und gilt als notwendige Voraussetzung für den Veränderungsprozess. In der Bewertung liegt die persönliche Entscheidung, ob ein Verhalten beibehalten oder verändert wird. Die Therapeutin kann hierbei eine Rolle spielen, indem sie dem Klienten eine Rückmeldung zu seinem Verhalten gibt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Wenn der Klient beschlossen hat, sein Verhalten zu ändern, beginnt der Prozess des „Durcharbeitens". Im Laufe dieses Prozesses erhält der Klient die Gelegenheit, über geeignete Betätigungen – individuell oder in einer Gruppe – Erfahrungen zu sammeln, mit diesen zu experimentieren und sie dem Alltagsleben anzupassen. Dieser Prozess kostet den Klienten viel Zeit und Energie, weil er für sich selbst herausfinden muss, was er verändern will und wie er dies in seinem Alltagsleben umsetzen kann.

Um die Umsetzung dieses Modell in die Praxis zu verdeutlichen, wird hier nun mit Blick auf den analytischen Bezugsrahmen eine Fallgeschichte präsentiert.

Fallbeispiel: Astrid

Astrid ist 32, geschieden und hat einen 13-jährigen Sohn Markus. Astrid kommt aus einer Familie, in der man sich wenig umeinander kümmert. Gespräche über persönliche Gefühle werden nie geführt. Ihr Vater ist wenig zu Hause und der Kontakt zur Mutter wird sehr schlecht, als Astrid ungewollt von Franz schwanger wird. Mit 19 schließt sie, zerstritten mit ihren Eltern, eine Vernunftehe. Der Kontakt zu den Eltern bricht daraufhin vollständig ab. Nachdem Astrid auf dem Gymnasium zweimal sitzen geblieben ist, wechselt sie zur Realschule. Da Astrid sich häufig um ihre jüngere Schwester kümmern muss, hat sie nur wenige Freundinnen in der Schule. Sie beendet die Schule ohne Abschluss und es gelingt ihr auch später nicht, auf dem zweiten Bildungsweg den Schulabschluss nachzuholen.

Im Berufsleben erweist sich Astrid bis zur Geburt des Kindes als sehr unstet. Sie arbeitet wechselweise im Verkauf, im Büro oder im Lager von Firmen. Nach der Geburt ihres Sohnes Markus hört sie auf zu arbeiten und kümmert sich um das Baby. Die Ehe verschlechtert sich mit der Geburt des Kindes sehr. Ihr Ehemann ist ständig unterwegs, lernt andere Frauen kennen und lässt Astrid zu Hause allein mit dem Baby. Als Markus vier Jahre alt wird, zieht ihr Mann aus und Astrid beginnt, sich ganz mit dem Kind zurückzuziehen. Sie pflegt keine Kontakte mehr und kümmert sich wenig um den Haushalt. Markus wird zum Zentrum ihres Lebens und aus Angst, dass ihm etwas passieren könnte, lässt sie ihn nicht aus den Augen. Mit Schulbeginn wird Markus immer selbstständiger. Astrids psychischer Zustand verschlechtert sich daraufhin und der Hausarzt verschreibt ihr Antidepressiva. Mit den Medikamenten geht es ihr zwar besser, jedoch nimmt sie aufgrund der Nebenwirkungen 20 kg zu. Daraufhin setzt sie die Medikamente ab. Ihr seelischer Zustand verschlechtert sich rapide. Sie verlässt die Wohnung nicht mehr und vernachlässigt den Haushalt völlig. Sie ist damit überfordert, sich um ihren Sohn zu kümmern, verliert jegliches Interesse und äußert Suizidgedanken. Ihre Nachbarin verständigt den Hausarzt, der ihre Einweisung in die Psychiatrie veranlasst. Die Versorgung von Markus übernimmt die Nachbarin.

Situation bei der Aufnahme: Nach einem Beobachtungszeitraum von einer Woche erhält Astrid erneut Antidepressiva und nimmt am Gruppenangebot der Abteilung teil. Da es jedoch schwer ist, mit ihr Kontakt aufzunehmen, bekommt sie eine ergotherapeutische Einzelbehandlung. Hier äußert sie das Gefühl, nichts wert zu sein, nichts zu taugen und auch ihr Kind nicht versorgen zu können. Sie beklagt, von allen im Stich gelassen worden zu sein, denn sie habe keine Arbeit, keinen Mann, keine Freunde und keinen Kontakt zu ihrer Familie. Sie wünsche sich, eine gute Mutter zu sein, wisse aber nicht, wie. Sie fühle sich dem Leben nicht gewachsen und wisse nicht, wie sie ihre Probleme angehen solle.

Ergotherapeutische Evaluation: Astrid (mit bekannter und länger bestehender Depression und schweren Verwahrlosungstendenzen) ist derzeit in einer psychiatrischen Abteilung untergebracht. Sie ist eingeschränkt in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. Besonders schwer fällt es ihr, soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen. Ihre Rolle als Mutter bereitet ihr größere Schwierigkeiten. Schon seit Jahren kann sie keine außerhäuslichen Arbeiten verrichten, Möglichkeiten zur Entspannung kennt sie nicht. Sie erlebt sich selbst als wertlos. Sie erklärt, dass sie nicht imstande sei, ihre Rolle als Mutter zu erfüllen, und meint, nicht als selbstständiges und unabhängiges Individuum funktionieren zu können. Astrid verfügt über gute sensomotorische Fertigkeiten. Ihre Ausdauer ist mäßig, weil sie schnell ermüdet. Aufmerksamkeit, Konzentration sowie die Aufnahme und Wiedergabe von Informationen werden durch ihre Stimmungsschwankungen gestört. Astrids wichtigstes Ziel ist, ihre Selbstständigkeit wiederzuerlangen und ihre Mutterrolle gut auszufüllen.

Vor dem Hintergrund des analytischen Bezugsrahmens ist es wichtig, mit Astrid gemeinsam herauszuarbeiten, welche universellen Themen in ihren psychischen Problemen berührt werden und welche davon Priorität haben. Hypothetisch ist anzunehmen, dass es sich um folgende Themen handelt:

- Realität (sie hat das Gefühl, in ein tiefes Loch gefallen zu sein; sie hat ihre Interessen verloren; sie möchte ihrem Leben am liebsten ein Ende setzen)
- Vertrauen und Intimität (sie zieht sich völlig zurück)
- Abhängigkeit/Unabhängigkeit (sie lässt z. B. zu, dass die Nachbarin für ihren Sohn sorgt)
- Angemessenheit (sie kümmert sich nicht mehr um sich und andere; sie hat Schwierigkeiten, ihren Alltag zu bewältigen)
- Verlust (sie hat keinen Kontakt mehr zu Eltern und Schwester und fühlt sich allein und krank).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ergotherapeutische Intervention: Astrid nimmt zweimal wöchentlich an einer ergotherapeutischen Einzelintervention teil. Die Ergotherapeutin, Astrid und das therapeutische Team gehen davon aus, dass es Astrids langfristiges Ziel ist, ein unabhängiges Individuum und eine gute Mutter zu sein. Dafür muss sie aber zunächst ihre eigene Identität und ihr Selbstbild entwickeln.

Kurzfristig streben Astrid und das Behandlungsteam eine Verbesserung der Introspektionsfähigkeit an und der Artikulation von unerfüllten inneren Bedürfnissen, die ihr Handeln beeinträchtigen. Dies soll sie darin unterstützen, ein besseres Selbstbild zu entwickeln.

Die Ergotherapeutin setzt diesen Prozess in Gang, indem sie ihr Betätigungen anbietet, die ihrer psychischen Verfassung entsprechen. Bei der Nachbesprechung der Betätigung wird Astrid aufgefordert, ihr Vorgehen bei der Arbeit sowie die Gefühle und Gedanken, die bei ihr hervorgerufen wurden, zu beschreiben (Ziel: Belebung, Assoziationen zu früheren Situationen wecken).

Bei der ersten Zusammenkunft bietet die Therapeutin Betätigungen und Materialien an, ohne sie mit irgendeiner Forderung zu verknüpfen, und arbeitet auch selbst mit. Astrids Arbeitsstil ist langsam, uninspiriert. Sie wirkt lustlos und müde. Ihre Auswahl ist nicht kritisch. Sie greift bevorzugt nach Materialien, die sich in Reichweite befinden. Das Ergebnis beurteilt sie als wertlos, dumm und es soll niemandem gezeigt werden. Dennoch ist Astrid in der Lage, anhand des Produkts und der Fragen der Ergotherapeutin (z. B. nach dem Grund, warum sie sich für etwas entscheidet) dem Arbeitsprozess einen Sinn abzugewinnen. Sie kann auch die Assoziationen benennen, die die Betätigung in ihr hervorrufen.

Für die folgende Sitzung beschließen Astrid und die Therapeutin, an einer deutlicheren Aufgabenstellung zu arbeiten, und zwar dem Entwurf eines Familienwappens. Zunächst wird das Wappen entworfen, danach das Papier der Länge nach in der Mitte gefaltet. Astrid soll in der einen Hälfte wichtige Werte und Traditionen ihrer Familie symbolhaft darstellen und in der anderen Hälfte das, was ihr selbst wichtig ist.

Es handelt sich hierbei nach Mosey um eine projektive Betätigung mit dem Ziel, Astrid erfahren zu lassen, wie sie sich selbst sieht und erlebt. In der Nachbesprechung werden mit ihr die symbolhaft dargestellten Werte und Normen in Bezug auf ihre Alltagserfahrungen reflektiert. Leitfragen sind z. B.: Womit ist sie zufrieden? Was fehlt ihr? Was möchte sie verändern? Wie kann sie eine Veränderung erreichen? Die Reflexion wird mit ihren Zielen verknüpft, selbstständiger zu sein und ihre Mutterrolle besser auszufüllen. Zentral ist die Frage, wie sie die Erkenntnisse in den Alltag umsetzen kann.

Nonverbale und symbolische Aspekte einer Betätigung sind wichtige Faktoren, um einen Veränderungsprozess beim Klienten zu initiieren. Mosey spricht dann von „projektiven Betätigungen“, wenn der Klient angeregt wird, seine Gefühle auf das Material zu übertragen, um im Anschluss diese Erfahrungen zu reflektieren.

Mosey geht davon aus, dass Symbole immer eine emotionale Komponente haben und aus miteinander verbundenen Aspekten bestehen:

- Repräsentation (Aktion, Handlung, Vorstellung, Begriffe oder Objekte)
- Form
- Inhalt oder Bedeutung.

Symbole können universell (z. B. ein Straßenschild), aber auch kulturell und/oder individuell mit Bedeutung gefüllt werden (z. B. ein Festtag). Manchmal ist es leichter, sich symbolisch als direkt auszudrücken. So können über Symbole zum Teil auch sehr angstbesetzte oder beschämende Inhalte ausgedrückt werden. In der Ergotherapie können Symbole eingesetzt werden, um eine Veränderung im Handeln des Klienten anzustoßen.

Folgende Interventionen initiieren den Veränderungsprozess bei Astrid (Abb. 2.**3**):

- Diskussion über den Arbeitsprozess (Kommunikation) und das Erleben der Betätigung (Einsicht)
- Beobachtung (Bewertung) des Arbeitsprozesses und von Teilen ihrer nonverbalen Reaktionen (point of sharing)
- Gefühle und Gedanken von ihr selbst entdecken und eine eigene Bedeutung zuweisen lassen (Assoziation und Interpretation)
- Raum lassen, um Entdeckungen und neue Einsichten verarbeiten zu können
- Aktivitäten anbieten, die zu den von ihr gewählten Zielen passen
- Erfahrungen machen lassen (Exploration), die sie nachträglich selbstständig und effektiv in ihren Alltag integrieren kann (Transfer), indem sie mit ihr besprochen werden und sie damit üben kann (durcharbeiten).

Entwicklungsorientierter Bezugsrahmen

Der entwicklungsorientierte Bezugsrahmen verbindet die Theorien zur menschlichen Entwicklung mit dem Erwerb von altersspezifischen Basisfertigkeiten, um eine befriedigende Interaktion mit der Umwelt zu ermöglichen. Verschiedene Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorien (z. B. von Sullivan, Freud, Piaget, Bruner, Llorens, Schilder, Searles, Sechehaye, Ayres, Hartman und Fidler) fließen in den entwicklungsorientierten Bezugsrahmen ein. Der entwicklungsorientierte Bezugsrahmen wird von Mosey auch „Recapitulation of Ontogenesis“ genannt, weil dieser Bezugsrahmen die Veränderungsprozesse in

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

der persönlichen Entwicklung eines Menschen sehr deutlich beschreibt. „Recapitulation" bedeutet hier Wiederholung oder Neubearbeitung, „Ontogenesis" beschreibt die charakteristische, stufenweise aufeinander aufbauende menschliche Entwicklung.

Der Veränderungsprozess im entwicklungsorientierten Bezugsrahmen bietet dem Menschen die Möglichkeit, die Kompetenzen aufzubauen, die in seiner Entwicklung noch nicht (vollständig) entwickelt wurden.

Die *theoretische Basis* beschreibt die aufeinander aufbauenden Entwicklungsstadien der sechs anpassenden Fertigkeiten (adaptive skills), die für den entwicklungsorientierten Bezugsrahmen relevant sind:

- Sensomotorik
- Kognition
- dyadische Interaktion
- Gruppeninteraktion
- Selbstidentität
- sexuelle Identität.

Sie benennt die Umweltfaktoren (sowohl menschliche als auch nicht menschliche), die dafür verantwortlich sind, dass ein Mensch ein Entwicklungsstadium nach dem anderen durchläuft.

Eine Entwicklungsverzögerung kann verschiedene Ursachen haben, wie z. B. neurologische oder psychiatrische Dysfunktionen oder mangelhafte Lebensumstände. Ein Entwicklungsrückstand kann in frühester Kindheit verursacht sein oder durch Traumen oder extremen Stress ausgelöst werden.

Keine Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie erfasst alle menschlichen Fertigkeiten. Manche Theorien, besonders die, die sich mit den psychologischen und sozialen Fertigkeiten befassen, beschreiben die gleichen Fertigkeiten und widersprechen sich dabei.

Das *Kontinuum von Funktion und Dysfunktion* wird im entwicklungsorientierten Bezugsrahmen u. a. durch das Alter, die Lebensumstände und die Umgebungsfaktoren bestimmt. Der Mensch gilt als funktionell ausgereift, wenn er erkennbar erlernt hat, was seinem Alter und/oder den Erwartungen seiner Kultur entspricht. Eine Dysfunktion liegt vor, wenn ein Mangel an diesen Fertigkeiten erkennbar ist. Funktion und Dysfunktion hängen von der Umwelt des Menschen und den sozialen Rollen ab, die für den Menschen innerhalb seiner Umwelt wichtig sind. Um eine eventuelle Dysfunktion zu erkennen, werden die adaptiven Fertigkeiten untersucht, die der Mensch für eine zufriedenstellende soziale Interaktion benötigt.

Unabhängig von der Ursache ist der entwicklungsorientierte Bezugsrahmen bei *indikativem Verhalten* besonders für Klienten geeignet, die nicht alle Entwicklungsstadien durchlaufen haben. Der entwicklungsbezogene Bezugsrahmen konzentriert sich besonders auf alle psychosozialen Handlungskomponenten (Abb. 2.**2**).

Im Hinblick auf den entwicklungsorientierten Bezugsrahmen gelten folgende Annahmen:

- Verhalten wird besonders dadurch beeinflusst, inwieweit eine Person frühere Entwicklungsstadien beherrscht.
- Der Mensch durchläuft verschiedene Stadien in den diversen Fertigkeitsbereichen. In jedem Stadium sind das individuelle Verhalten und die Fertigkeiten anders als in früheren oder zukünftigen Stadien.
- Um Verhalten zu erlernen und zu integrieren, ist eine optimale Umwelt notwendig. Ein Fertigkeitsbereich wird erst beherrscht, wenn sämtliche Stadien durchlaufen wurden.

Darüber hinaus gibt es noch einzelne spezifischere Annahmen:

- Wie der Mensch im Hier und Jetzt funktioniert, hängt davon ab, wie erfolgreich er die verschiedenen Entwicklungsstadien durchlaufen hat.
- Die Fertigkeitsbereiche entwickeln sich phasenspezifisch. In jeder Phase wird ein neuer Aspekt hinzugefügt.
- Wenn eine Basisfertigkeit erlernt ist, erfolgt die Verfeinerung und Vertiefung von selbst, sofern eine günstige Umwelt vorhanden ist.
- Die Beherrschung eines bestimmten Entwicklungsstadiums ist nur in geeigneter Umgebung möglich.
- Der Mensch kann ein Stadium erst erreichen, wenn das vorherige beherrscht wird.

Die *Zielgruppe* des entwicklungsbezogenen Bezugsrahmens ist groß. Er richtet sich besonders an Personen mit psychiatrischen Dysfunktionen, geistigen Behinderungen, psychosozialem Entwicklungsrückstand und Menschen, die Probleme mit der Beherrschung altersentsprechender Fertigkeiten haben. Er ist für jede Altersgruppe anwendbar, hat aber einen Schwerpunkt bei Kindern, jungen Erwachsenen und psychiatrischen Klienten. Ziel ist es, möglichst viele Entwicklungsstadien unter Berücksichtigung von Alter, Umgebung und Ausmaß der Problematik erfolgreich zu durchlaufen.

Ziele

- Der Veränderungsprozess wird in dem Fertigkeitsbereich initiiert, in dem sich der Mensch am wenigsten weit entwickelt hat.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

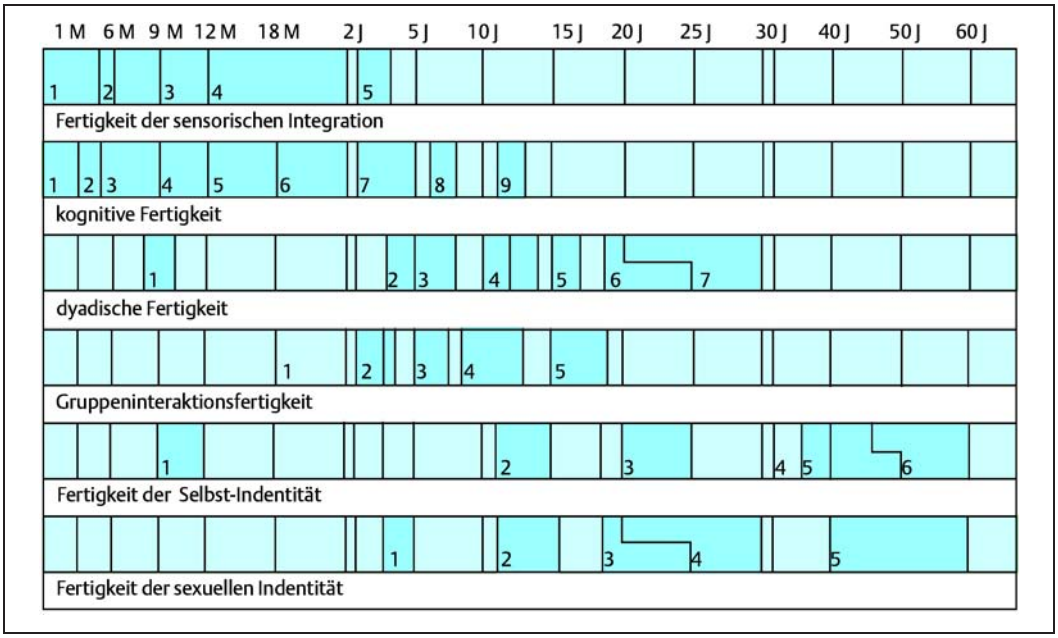

Abb. 2.4 Übersicht zur Entwicklung anpassender Fertigkeiten (M = Monate, J = Jahre) (Mosey 1986, S. 419).

- Der Veränderungsprozess setzt einen Entwicklungsschritt über dem Entwicklungsniveau des Klienten ein.
- Der Veränderungsprozess verläuft schrittweise, bis man von einer Beherrschung sprechen kann. Dann geht man zum nächsten noch nicht vollständig entwickelten Fertigkeitsbereich über.
- Das Ziel besteht darin, dass der Klient das höchste für ihn erreichbare Entwicklungsniveau erlangt und stabilisiert, das seinem Alter entspricht, und er in die Lage versetzt wird, adäquat in seiner Umgebung zu funktionieren.

Zielgerichtete Aktivitäten werden im entwicklungsorientierten Bezugsrahmen vor allem dazu eingesetzt, in einem bestimmten Entwicklungsstadium eine bestimmte Fertigkeit zu erlernen.

Betätigungen können Symbolcharakter haben. Die Priorität liegt jedoch meistens auf dem Realitätsbezug. Betätigungen helfen, ein Verhalten zu entwickeln, das für eine bestimmte Lebensphase spezifisch ist. Die Betätigungen werden nicht als etwas eingesetzt, das in seiner Gesamtheit beherrscht werden muss. Eine Gruppe hat z. B. die Aufgabe, Geburtstagskarten zu entwerfen und für den Verkauf zu drucken. Ziel dieser Betätigung ist das Erlernen der richtigen Gruppeninteraktionsfertigkeiten und der Rollen, die zu der Durchführung dieser Aktivität gehören, in Übereinstimmung mit dem erwünschten Verhalten, das erlernt werden soll. Das Ziel ist nicht, Experten in der Produktion von Geburtstagskarten auszubilden.

Als Mosey den entwicklungsorientierten Bezugsrahmen für die Ergotherapie schuf, betonte sie die Bedeutung der Entwicklung adaptiver Fertigkeiten und des dazugehörigen Verhaltensrepertoires. Adaptive Fertigkeiten sind nicht in allen Entwicklungsbereichen wichtig, aber besonders in denen mit entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Teilnahme am alltäglichen Handeln. Der Begriff adaptiv bedeutet, dass der Klient in der Lage ist, so in seiner Umgebung zu handeln, dass es sowohl seinen eigenen Bedürfnissen als auch denen anderer entgegenkommt.

Mosey beschreibt sechs adaptive Fertigkeiten, die wiederum aus verschiedenen, aufeinander aufbauenden Teilfertigkeiten bestehen **(Abb. 2.4, Tab. 2.2)**. Wenn der Klient alle Teilfertigkeiten durchlaufen hat, beherrscht er die gesamte adaptive Fertigkeit. Die Teilfertigkeiten sind entsprechend ihrer Reihenfolge in der Entwicklung aufgeführt:

- **Fertigkeit der sensorischen Integration:** die Fertigkeit, sensorische Stimuli wahrzunehmen, zu selektieren, zu kombinieren und zu koordinieren, um zu einer zielgerichteten Bewegung zu kommen. Ein Beispiel hierfür ist das Bewusstsein für beide Körperhälften und deren Integration, sodass

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.2** Die einzelnen adaptiven Fertigkeiten mit Beschreibung ihrer Teilfertigkeiten (Mosey 1986, S. 416ff.)

Adaptive Fertigkeiten	Beschreibung der Teilfertigkeiten	Alter
Fertigkeit der sensorischen Integration: Vestibuläre, propriozeptive und taktile Informationen für den funktionellen Gebrauch aufnehmen, selektieren, kombinieren und koordinieren	Taktiles Subsystem integrieren	0–3 Monate
	Einfache Stellungsreflexe integrieren	3–9 Monate
	Reifung der Aufrichtungs- und Gleichgewichtsreaktionen	9–12 Monate
	Beide Körperhälften integrieren, die Körperteile in ihrer Beziehung zueinander wahrnehmen und grobmotorische Bewegungen planen	2–3 Jahre
Kognitive Fertigkeit: Sensorische Informationen zum Denken und zur Problemlösung wahrnehmen, repräsentieren und organisieren	Angeborene (inherente) Verhaltensmuster für die Interaktion mit der Umwelt nutzen	0–1 Monat
	Visuelle, manuelle, auditive und orale Reaktionen zueinander in Beziehung setzen	1–4 Monate
	Reaktionen der Umwelt auf Handlungen mit Interesse verfolgen, Objekte als der äußeren Welt zugehörig repräsentieren, Objekte erkunden, auf der Basis egozentrischer Kausalität handeln und Ereignisse miteinander verbinden, an denen das eigene Selbst beteiligt ist	4–9 Monate
	Ziele und eigene Möglichkeiten zur Umsetzung bestimmen, die unabhängige Existenz von Objekten wahrnehmen, Zeichen interpretieren, neues Verhalten imitieren, den Einfluss des Raumes begreifen und andere Objekte als teilweise kausal bedingt wahrnehmen	9–12 Monate
	Probleme durch Versuch und Irrtum lösen, Werkzeuge benutzen, Veränderung räumlicher Position wahrnehmen, Ereignisse miteinander verbinden, an denen das Selbst nicht beteiligt ist, und die Bedingtheit anderer Objekte wahrnehmen	12–18 Monate
	Objekte bildhaft wiedergeben, etwas glauben, von der Wirkung auf die Ursache schließen, auf der Basis von kombinierten räumlichen Relationen handeln, anderen Allmacht zusprechen und Objekte unabhängig von Zeit und Raum wahrnehmen	18 Monate–2 Jahre
	Objekte als innere/gefühlsmäßige Vorstellungen repräsentieren, zwischen Denken und Handeln differenzieren und die Notwendigkeit kausaler Ursachen realisieren	2–5 Jahre
	Objekte sprachlich (denotativ) repräsentieren, die Perspektive anderer wahrnehmen und den eigenen Standpunkt zugunsten eines anderen aufgeben (Dezentrierung)	6–7 Jahre
	Objekte in einer umschreibenden (konnotativen) Art repräsentieren, formal logisch denken und mit Hypothesen arbeiten	11–13 Jahre
Dyadische Interaktionsfertigkeit: An einer Bandbreite von Zweiterbeziehungen teilnehmen	Vertrauensvolle familiäre Beziehungen aufnehmen	8–10 Monate
	Verbindliche (associated) Beziehungen aufnehmen	3–5 Jahre
	In einer regelbestimmten (authority) Beziehung interagieren	5–7 Jahre
	Kameradschaftliche Beziehungen unterhalten	10–14 Jahre
	Regelbestimmte (authority) Beziehungen zu Gleichaltrigen (peer) aufnehmen	15–17 Jahre
	Eine intime Beziehung aufnehmen	18–25 Jahre
	Eine versorgende/fürsorgliche (nurturing) Beziehung unterhalten	20–30 Jahre

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.2** Die einzelnen adaptiven Fertigkeiten mit Beschreibung ihrer Teilfertigkeiten (Mosey 1986, S. 416ff.) (Fortsetzung)

Adaptive Fertigkeiten	Beschreibung der Teilfertigkeiten	Alter
Gruppeninteraktionsfertigkeit: Sich an einer Reihe primärer Gruppen beteiligen	An einer parallelen Gruppe teilnehmen	18 Monate – 2 Jahre
	An einer Projektgruppe teilnehmen	2–4 Jahre
	An einer egozentrisch-kooperativen Gruppe teilnehmen	5–7 Jahre
	An einer kooperativen Gruppe teilnehmen	9–12 Jahre
	An einer reifen Gruppe teilnehmen	15–18 Jahre
Fertigkeit der Selbst-Identität: Das eigene Selbst als relativ autonom, ganzheitlich und als akzeptable Person wahrnehmen, die sich durch Fortdauer und zeitliche Kontinuität auszeichnet	Das eigene Selbst als wertvolle Person wahrnehmen	9–12 Monate
	Vorteile und Grenzen des eigenen Selbst wahrnehmen	11–15 Jahre
	Das eigene Selbst als steuerbar (self-directed) wahrnehmen	20–25 Jahre
	Das eigene Selbst als produktives und konstruktives Mitglied eines sozialen Systems wahrnehmen	30–35 Jahre
	Das eigene Selbst mit seiner autonomen Identität wahrnehmen	35–50 Jahre
	Den eigenen Alterungsprozess und den abschließenden Tod als Teil des Lebenszyklus sehen	45–60 Jahre
Fertigkeit der sexuellen Identität: Das eigene Geschlecht annehmen und länger andauernde sexuelle Beziehungen führen, die sich an der Befriedigung gegenseitiger sexueller Bedürfnisse orientieren	Sein angeborenes Geschlecht akzeptieren und entsprechend handeln	4–5 Jahre
	Die sexuelle Reifung als positive Wachstumserfahrung akzeptieren	12–16 Jahre
	Sexuelle Zuwendung geben und empfangen	18–25 Jahre
	Eine andauernde/tragfähige (sustained) sexuelle Beziehung aufnehmen, die sich durch die wechselseitige Befriedigung sexueller Bedürfnisse auszeichnet	20–30 Jahre
	Physiologische Veränderungen der eigenen Sexualität akzeptieren, die aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses eintreten	40–60 Jahre

daraus eine Körperbewegung resultieren kann (1.–2. Lebensjahr) (nach Ayres).

- **Kognitive Fertigkeiten:** die Fertigkeit, sich an Handlungen zu erinnern, sie zu ordnen und zu wiederholen, um dadurch problemlösendes und abstraktes Denken zu entwickeln. Hierzu gehört etwa die Teilfertigkeit, einen Zusammenhang zwischen visuellen, auditiven, manuellen und oralen Reizen herzustellen (1.–4. Monat).
- **Dyadische Interaktionsfertigkeit:** die Fertigkeit, Beziehungen zu einer anderen Person herzustellen, z. B. zwischen dem Klienten und seinem Partner oder dem Klienten und der Ergotherapeutin. Die Beziehung zu einem Partner (18.–25. Lebensjahr) herzustellen ist eine Teilfertigkeit aus diesem Bereich.
- **Gruppeninteraktionsfertigkeit:** Alle kommunikativen Fertigkeiten, die notwendig sind, um innerhalb einer Gruppe funktionieren zu können, z. B. in der Zusammenarbeit, beim Umgang mit Werten und Normen oder bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung, z. B. bei der Teilfertigkeit, als Gruppenmitglied an einer Gruppe Erwachsener mit entsprechendem Niveau teilzunehmen, die zielgerichtetes Arbeiten und sozial-emotionale Fertigkeiten erfordert (15.–18. Lebensjahr).
- **Fertigkeit der Selbstidentität:** die Fertigkeit, sich selbst als überwiegend selbstsichere, selbstständige und akzeptable Person wahrzunehmen. Ein Beispiel für eine Teilfertigkeit ist die Wahrnehmung der eigenen Alterungsprozesse (45.–60. Lebensjahr).
- **Fertigkeit der sexuellen Identität:** Die Fertigkeit, die eigene Sexualität als angenehm und vertraut wahrzunehmen und eine befriedigende sexuelle Beziehung eingehen und aufrechterhalten zu können. Eine Teilfertigkeit wäre z. B., die sexuelle Entwicklung als eine positive Erfahrung wahrzunehmen (12.–16. Lebensjahr).

In der Übersicht zur Entwicklung der adaptiven Fertigkeiten (Abb. 2.**4**) sind diese in einer bestimm-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ten Reihenfolge und voneinander abhängig dargestellt. Es ist ferner das durchschnittliche Lebensalter angegeben, in dem ein bestimmtes Fertigkeitsniveau der Entwicklung erlernt wird. Die (schraffierten) Bereiche stellen die einzelnen Entwicklungsbausteine dar und verdeutlichen den in einer normalen Entwicklung erforderlichen Zeitraum zum Erwerb der jeweiligen adaptiven Fertigkeit. Die Zahlen in diesen Bereichen verweisen auf die dazugehörigen Teilfertigkeiten.

Abbildung 2.**4** gibt die adaptiven (Teil-)Fertigkeiten mit dem durchschnittlichen Lebensalter, in dem sie sich entwickeln, wieder. Wählt man z. B. aus der Übersicht zur Entwicklung adaptiver Fertigkeiten die kognitiven, stellt man fest, dass sie sich vor allem zwischen dem 1. und dem 12. Lebensjahr entwickeln und aus neun Teilfertigkeiten bestehen. In Tabelle **2.1** können dann die einzelnen Teilfertigkeiten und ihre Definition nachgeschlagen werden. Wo die (schraffierten) Kästen enden, gilt die betreffende Fertigkeit als erworben. Bis zum Lebensende kommt es nun noch zur Verfeinerung, Vertiefung und weiteren Integration der Fertigkeit.

Wenn von einer bestimmten Fertigkeit alle Teile integriert sind, ist der Klient in dieser Fertigkeit ausgewachsen. Das Funktionieren ist gekennzeichnet durch das integrierte Erlernen der Teilfertigkeiten, die erforderlich sind, um erfolgreich die sozialen Rollen auszufüllen, die seine Umwelt von ihm erwartet. Die kulturelle Gruppe, zu der der Klient gehört, bestimmt meistens die Unter- und Obergrenze. Um die Funktion und eine eventuelle Dysfunktion zu beurteilen, muss das erreichte Niveau mit dem verglichen werden, auf dem der Klient gegenwärtig funktioniert. Ferner muss festgestellt werden, welches Stadium der Klient nicht oder nur teilweise durchlaufen hat. Außerdem sollte die Ergotherapeutin zusammen mit dem Klienten herausfinden, welche Umgebung für den Klienten am förderlichsten ist, damit er sich sicher genug fühlt, um zu experimentieren und zu üben, sodass er sich Fertigkeiten aneignen kann.

Wie lassen sich diese Vorstellungen nun in die Praxis umsetzen? Auch der entwicklungsorientierte Bezugsrahmen wird anhand einer Fallgeschichte illustriert.

Fallbeispiel: Anton

Anton ist 21 Jahre alt und lebt seit Kurzem in einer betreuten Wohneinrichtung. Seine erste psychotische Episode hatte er im Alter von 19 Jahren. In dieser Zeit machte er eine Ausbildung bei der Post. Wegen seiner Erkrankung musste er die Ausbildung abbrechen. Innerhalb weniger Wochen zeigte Anton ein immer seltsameres Verhalten. Er wohnte noch bei seinen Eltern, die zunächst nicht verstanden, was mit ihm los war. Er zog sich mehr und mehr von allen sozialen Kontakten zurück und schloss sich schließlich immer häufiger in seinem Zimmer ein. Selbst essen wollte er nicht mehr. Inzwischen blieb er auch der Arbeit fern. Eines Tages verbarrikadierte er sein Zimmer und sprach mit seinen Eltern nur durch die geschlossene Tür. Er fürchtete sich vor einer Invasion von Außerirdischen und hatte sich deshalb eingeschlossen. Er forderte seine Eltern auf, dasselbe zu tun, sich ebenfalls zu verbarrikadieren und den Raum zu verdunkeln, damit sie nicht gefunden werden konnten. Für die Eltern war damit das Maß voll und sie holten sich professionelle Hilfe. Sie sprachen so lange nicht mit Anton, bis er bereit war, sich in einer psychiatrischen Klinik unterbringen zu lassen. Anton wurde unter der Diagnose schizophrene Psychose aufgenommen. Die klinische Behandlung dauerte ein Jahr, danach besuchte er noch eine Weile eine Tagesklinik und wohnte wieder zu Hause. Weil zu Hause zwischen Anton und seinen Eltern große Spannungen entstanden waren, wurde gemeinsam mit allen Beteiligten beschlossen, Anton einen betreuten Wohnplatz zu besorgen, weil er dort das selbstständige Leben erlernen könnte. Von dort aus besuchte Anton regelmäßig die Tagesklinik.

Bis zu seiner ersten Psychose war Anton ein unauffälliger junger Mann mit wenigen bis gar keinen Freunden. Er war ein Einzelkind und seine Eltern hatten oft zu viel zu tun, um sich intensiv um ihn zu kümmern. Beide Eltern arbeiteten viel, um die hohe Hypothek auf ihrem Haus ablösen zu können. Sie ärgerten sich stets über Antons passives Verhalten, waren aber nicht in der Lage, eine Veränderung herbeizuführen. Anton lag zu Hause viel im Bett und verbrachte seine Zeit vor dem Fernseher, mit Kreuzworträtseln und Science-Fiction-Romanen.

Situation bei Aufnahme in der Tagesklinik: In der Tagesklinik ließ man Anton an diversen Betätigungen aus dem Bereich der Arbeitsvorbereitung teilnehmen, um ein Bild von seinen Fähigkeiten und Interessen zu bekommen. Bei den Beobachtungen zeigte sich, dass Anton über keine ausreichenden Fähigkeiten verfügte, um ein Arbeitsverhältnis einzugehen. Er hatte Mühe, mit mehreren Menschen zusammenzuarbeiten und Führung zu akzeptieren. Außerdem zeigte er ein permanentes Fluchtverhalten, sobald jemand an ihn appellierte oder ihn auf seine Verantwortung hinwies. Seit einem Monat hat Anton eine Freundin, die ebenfalls einen betreuten Wohnplatz hat und wegen einer schweren Abhängigkeitsproblematik behandelt wird. Die Eltern wehrten sich heftig gegen diese Freundschaft, weil sie Angst hatten, dass sie sich schlecht auf Anton auswirken würde und auch er die Lösung seiner Probleme in Drogen suchen würde. Anton wurde zur Ergotherapie in die Tagesklinik überwiesen, wo sowohl individuell als auch in der Gruppe entwicklungsorientiert gearbeitet wird.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ergotherapeutische Evaluation: Anton (mit bekannter schizophrener Psychose) hat einen betreuten Wohnplatz und besucht seit Kurzem die psychiatrische Tagesklinik. Seine persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens kann Anton selbst erledigen, allerdings wendet er hier wenig Sorgfalt auf. Er sieht vernachlässigt aus, trägt alte und kaputte Kleidung, riecht und vermittelt den Eindruck, dass ihm das ganz egal ist. Er ist in der Lage, sein Zimmer in Ordnung zu halten, Stubendienst zu leisten, und tut ansonsten nur das Allernotwendigste in der betreuten Wohnung. Anton würde gerne wieder arbeiten, doch fehlen ihm derzeit noch die Fähigkeiten, um ein Arbeitsverhältnis einzugehen und mit mehreren Menschen zusammenzuarbeiten. Bei Situationen mit anderen Menschen läuft er weg oder zieht sich zurück. Er hat Schwierigkeiten, sich länger auf eine Beschäftigung zu konzentrieren, und wird dann unruhig und gereizt. Anton gibt an, aktuell wenig Zeit für Hobbys oder andere Formen der Freizeitbeschäftigung aufzuwenden und auch nicht zu wissen, was er machen soll. Sein größtes Ziel ist es, wieder eine Stelle als Arbeitnehmer in einem Betrieb anzutreten und mit anderen zusammenarbeiten zu können. Daneben möchte er gerne mit seiner Freundin ein neues Leben ohne die Hilfe anderer anfangen.

Für einen entwicklungsorientierten Veränderungsprozess ist es für Anton wichtig, mit ihm zusammen festzustellen, wo er sich in der Entwicklung befindet und welchen Entwicklungsstand normalerweise von einem 21-jährigen Mann zu erwarten ist. In welcher Phase befindet sich Anton und welche Rollen gehören zu diesem Lebensabschnitt? Was will Anton dazu erlernen und was (weiter-)entwickeln?

Um die Funktionen und eventuelle Dysfunktionen zu beurteilen, ist es erforderlich, das erreichte und haltbare Niveau, auf dem Anton „funktioniert", zu ermitteln und zu beobachten, welches Niveau er nicht oder nur teilweise durchlaufen hat. Außerdem soll die Ergotherapeutin zusammen mit Anton die für ihn förderlichste Umgebung ermitteln, damit er sich sicher genug fühlt, zu experimentieren und zu üben, und sich somit die gewählten Fähigkeiten aneignen kann.

Antons Schwierigkeiten liegen besonders auf dem Gebiet der psychologischen und sozialen Handlungskompetenzen. Mit Blick auf die Betätigungsbereiche ist die Arbeit Antons Priorität. Mit ihm gemeinsam wird im Team überlegt, ihn einer entwicklungsorientierten Projektgruppe zuzuteilen. Dort hat er die Möglichkeit, die gewünschten (Teil-)Fertigkeiten entwickeln zu lernen. Man geht davon aus, dass die Gruppeninteraktionsfertigkeit am stärksten angeregt werden sollte, da Anton sich hier am wenigsten entwickelt hat. Die Anforderungen in dieser Gruppe liegen gerade etwas über Antons aktuellem Entwicklungsniveau für Gruppeninteraktionsfertigkeiten. Er sollte dort angeregt und gefordert werden, ohne zu starke Belastung.

In **Tab. 2.3** sind die (auch kombiniert) infrage kommenden Gruppen für den entwicklungsorientierten Bezugsrahmen mit ihren spezifischen Kennzeichen aufgeführt. Kennzeichnend für die Parallelgruppe ist das Funktionieren auf gleichem Niveau, sodass der Klient mit den im gleichen Raum befindlichen Personen zurechtkommt. Bei der Projektgruppe ist es typisch, dass für kurze Zeit mit anderen Menschen einer Beschäftigung nachgegangen werden kann. In der egozentrisch kooperativen Gruppe sollen Basisfertigkeiten im Umgang mit anderen erlernt und bewusst gemacht werden. In der kooperativen Gruppe wird gelernt, längere Zeit mit anderen an einem Produkt zu arbeiten, bei dem Anforderungen an die Qualität gestellt werden. In der reifen Gruppe werden sowohl zielgerichtete als auch sozialemotionale Fertigkeiten erworben und gelernt, mit verschiedenen Rollen zu experimentieren.

Ergotherapeutische Intervention: Anton kommt zweimal in der Woche zur Ergotherapie und wird zusammen mit fünf anderen Klienten einer Projektgruppe zugeteilt. Die Beschäftigung, die sie gemeinsam ausgesucht haben, ist die paarweise Herstellung von Fliegern für die Kinderabteilung. Die Ergotherapeutin hatte Anton und die anderen Gruppenmitglieder angeregt, eine kurz dauernde Beschäftigung auszuwählen, die von zwei Personen durchgeführt wird. Sie sollte außerdem die Situation möglichst überschaubar halten und den Klienten die Gelegenheit bieten, das Arbeiten miteinander zu lernen. Die Betätigung verlangt eine gewisse Interaktion, Zusammenarbeit und auch etwas Wettbewerb, weil in drei Zweiergruppen gearbeitet wird, die je einen Flieger herstellt. Durch die Beobachtung von Antons Zusammenarbeit mit den anderen kann die Ergotherapeutin schrittweise Hinweise geben, wie er seine Fertigkeiten weiterentwickeln und in seinen Alltag integrieren kann. Anton entwickelt die Fertigkeit, andere um Hilfe zu bitten und einander zu helfen. Er lernt, dass er, um Hilfe zu erhalten, auch in der Lage sein muss, seinerseits anderen zu helfen. Am liebsten würde er allein arbeiten, alle Kontakte meiden und die Betätigung allein durchführen. Nach und nach bekommt Anton aber Gefallen daran, mit anderen zusammen einer Betätigung nachzugehen. Er wird immer geübter in der Zusammenarbeit, wenngleich es noch sehr vom jeweiligen Partner abhängt. Die Ergotherapeutin bespricht im Anschluss in einfacher Weise die Betätigung und versucht die positiven Seiten der Zusammenarbeit deutlich zu machen. Indem sie die Gruppenmitglieder in einer sicheren Umgebung experimentieren und Fehler machen lässt, gelingt es Anton, seine Fähigkeiten in der Gruppe weiterzuentwickeln.

Es folgen verschiedene andere kurz dauernde Betätigungen, die für Anton und die anderen Gruppenmitglie-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.3** Übersicht zur Gruppeninteraktionsfertigkeit (Group-Interaction Skill Survey) (Mosey 1986, S. 325)

Gruppentyp	Definition
Parallelgruppe	■ Beteiligt sich an einigen Aktivitäten, aber handelt – im Gegensatz zu einer Gruppenaktivität –, als sei es eine individuelle Aufgabe ■ Nimmt andere in der Gruppe wahr ■ Ansatzweise verbaler und nicht verbaler Austausch mit anderen ■ Scheint sich in der Situation relativ wohlzufühlen
Projektgruppe	■ Beteiligt sich gelegentlich an der Gruppenaktivität, kommt hinzu und geht weg, je nach seiner/ihrer Stimmung ■ Sucht vereinzelt Unterstützung von anderen ■ Leistet vereinzelt Hilfestellung bei direkter Nachfrage
Egozentrisch-kooperative Gruppe	■ Nimmt das Gruppenziel bezüglich der Aufgabe wahr ■ Nimmt die Normen der Gruppe wahr ■ Handelt, als ob er/sie zur Gruppe gehört ■ Ist bereit teilzunehmen ■ Achtet bzw. wertschätzt die anderen ■ Vermittelt anderen sein/ihr Bedürfnis nach Achtung ■ Berücksichtigt die Rechte anderer ■ Konkurriert nicht zu stark mit den anderen
Kooperative Gruppe	■ Äußert eigene Wünsche, Vorstellungen und bekannte Bedürfnisse ■ Nimmt an der Gruppenaktivität teil, scheint aber überwiegend mit seinen/ihren eigenen und den Bedürfnissen der anderen beschäftigt zu sein ■ Geht neben dem Bedürfnis nach Achtung auch auf andere Bedürfnisse der Gruppenmitglieder ein ■ Reagiert besonders auf Gruppenmitglieder die ihm/ihr in gewisser Hinsicht ähneln
Reife Gruppe	■ Reagiert auf alle Gruppenmitglieder ■ Übernimmt eine Reihe instrumenteller Rollen ■ Übernimmt eine Reihe gefühlsbetonter/ausdrucksstarker Rollen ■ Ist fähig, an der Leitung teilzunehmen ■ Fördert eine gute Balance zwischen der Erfüllung einer Aufgabe und den Bedürfnissen der anderen

der interessant sind und an denen sie weiter reifen können. Die Ergotherapeutin gibt positive Rückmeldungen, bestätigt richtiges Verhalten und passt die Betätigung und die zu erwerbenden Fertigkeiten kontinuierlich den Möglichkeiten der Gruppenmitglieder an. Die Betätigung muss nicht innerhalb einer bestimmten Zeit abgeschlossen sein und es werden auch keine hohen Anforderungen gestellt, sodass Anton und die übrigen Gruppenmitglieder sich nicht allein auf die Betätigung konzentrieren müssen, sondern auch Gelegenheit haben, an ihrem Verhalten zu arbeiten, ohne allzu konfrontierenden Situationen ausgesetzt zu sein.

Nach drei Monaten in der Projektgruppe kann Anton schon gut mit einem oder mehreren Gruppenmitgliedern kommunizieren, gemeinsame Beschlüsse im Hinblick auf die Betätigung fassen und auftretende Probleme gemeinschaftlich lösen. Auch die Anwendung des Erlernten auf die Situation am betreuten Wohnplatz trägt bereits Früchte. Anton fühlt sich dort mehr zu Hause. Er zieht sich nicht mehr jeden Abend auf sein Zimmer zurück, sondern bleibt noch etwas länger im gemeinsamen Wohnraum und nimmt auch zunehmend an gemeinschaftlichen Aktivitäten teil.

Nach drei Monaten wird zusammen mit Anton und dem Team beschlossen, ihn und zwei weitere Gruppenmitglieder in einer egozentrisch-kooperativen Gruppe unterzubringen, um ihn in seiner Entwicklung wieder ein Stück weiterzubringen. In der Zwischenzeit hat Anton auch einen Platz in einem Arbeitsvorbereitungsprojekt bekommen. Es wird nach einem geeigneten Probearbeitsplatz für ihn gesucht, wo er sich weiter mit therapeutischer Begleitung auf seine zukünftige Rolle als Arbeitnehmer, ggf. auch in einer betreuten Wohn-/Arbeitsumgebung, vorbereiten kann.

Lerntheoretischer Bezugsrahmen

Der lerntheoretische Ansatz beruht auf einer kognitiven Verhaltensbasis und beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Erwerb interpersoneller Fertigkeiten und Rollen, die der Klient benötigt, um in adäquater und zufriedenstellender Weise mit seiner Umwelt zu

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

interagieren. Er verbindet Lerntheorien, zielgerichtete Aktivitäten und den Prozess vom Erwerben und Erlernen spezifischer Fertigkeiten miteinander. Mosey stützt sich auf die Lerntheorien u. a. von Bandura, Wolpe und Lazarus, Dollard und Miller, Sieg, Diasio und die Persönlichkeitstheorien von Sullivan.

Die *theoretische Basis* kann aus einer oder mehreren kombinierten Lerntheorien bestehen. Das Individuum soll in die Lage versetzt werden, Aufgaben erfolgreich zu bewältigen und soziale Interaktionen einzugehen, sodass es nach eigenen Wünschen handeln kann.

Ausgehend von den Lerntheorien erfolgt eine Konzentration auf folgende Punkte:

- Charakter des Individuums: Das Individuum hat das Bedürfnis, die Umwelt zu erkunden und einige als interessant empfundene Aspekte aus ihr kompetent zu meistern.
- Lerninhalte: Meistens hängen die Lerninhalte von der Gemeinschaft und der kulturellen Gruppe ab, zu der das Individuum gehört. Es muss einige Rollen so beherrschen, dass die eigenen Erwartungen und die der Mitmenschen erfüllt werden. Diese Rollen ergeben sich aus der familiären Interaktion, den ADL, der Erholung, Freizeitbeschäftigung und Arbeit (Tab. 2.**2**). Die Ausübung dieser Rollen erfordert vom Individuum die Fertigkeit, seine Zeit zu organisieren (situative Anpassung an die Zeit).
- Art des Lernens: Aus soziologischer und psychologischer Sicht soll darauf geachtet werden, was in welcher Situation erlernt werden soll.
- Lernsituation: Die Situation kann das Lernen fördern oder behindern.

Das *Kontinuum von Funktion und Dysfunktion* ist im lerntheoretischen Ansatz sehr breit. Es umfasst ein ganzes Spektrum wichtiger Verhaltensweisen für eine zufriedenstellende Interaktion mit der Umwelt. Die Therapeutin beobachtet das aktuelle Verhalten und bespricht zusammen mit dem Klienten, ob die Fertigkeit ausreichend beherrscht wird.

Bei indikativem Verhalten ist der lerntheoretisch orientierte Bezugsrahmen besonders für Klienten geeignet, die Schwierigkeiten haben, neue Rollen anzunehmen (z. B. die Elternrolle oder die Rolle des Rentners), oder infolge veränderter (Lebens-)Umstände ihre Rollen auf eine andere Weise ausüben müssen.

Es gibt drei Grundannahmen:

- Das Verhalten wird primär durch die Interaktion mit der aktuellen äußeren Umgebung beeinflusst. Verhalten wird nicht wie im analytischen Bezugsrahmen als Ergebnis des inneren Erlebens angesehen. Das innerpsychische Erleben gilt als Nebenprodukt des Verhaltens, obschon man davon ausgeht, dass eine Verhaltensänderung immer das Intrapsychische beeinflusst. Der Schwerpunkt liegt stärker auf der Gegenwart und der Zukunft und viel weniger auf der Vergangenheit wie im analytischen Bezugsrahmen.
- Die Betätigungsbereiche werden quantitativ betrachtet und gelten nicht als altersspezifisch wie im entwicklungsorientierten Bezugsrahmen. Man geht hier davon aus, dass es für ein bestimmtes Funktionsgebiet keine identifizierbaren Entwicklungsphasen gibt. Wenn jemand z. B. auf der interpersonellen Ebene Probleme hat, bedeutet das noch nicht, dass er sich nicht in seiner Umgebung behaupten kann. Der Mensch lernt durch Übung und Erfahrung.
- Fertigkeiten lassen sich erwerben, ohne in der Entwicklung zurückgehen und frühere Schritte zuvor nachholen zu müssen. Defiziten in früheren Lebensphasen wird im Gegensatz zum entwicklungsorientierten Ansatz keine Bedeutung beigemessen. Adaptives Verhalten wird durch direkte Interaktion mit der Umwelt erworben, die Möglichkeiten zum Erwerb von Fertigkeiten bietet.

Im Hinblick auf die *Zielgruppe* eignet sich der lerntheoretische Bezugsrahmen für große Klientengruppen: für jeden, der kein adäquates Verhaltensrepertoire entwickelt hat oder der neue Fertigkeiten als Antwort auf veränderte Lebensumstände entwickeln muss. Dieser Ansatz erfordert kein spezielles kognitives und/oder verbales Niveau. Es geht nur um das Erlernen eines besser adaptierten Verhaltens in einer bestimmten Umgebung. Dieser Ansatz eignet sich nicht, wenn komplexe sensomotorische Probleme zu Beginn der Interventionsphase vorliegen.

Zielgerichtete Betätigungen bleiben realitätsnah und werden als komplette, erlernbare Fertigkeiten betrachtet. Sie dienen nicht als Hilfsmittel zum Erwerb anderer Fertigkeiten. Symbole und das Alter (wichtig im analytischen Bezugsrahmen) spielen praktisch keine Rolle. Will ein Klient etwa kochen lernen, werden die Aktivitäten mit dem Klienten auch so ausgesucht, dass er nach und nach in die Lage versetzt wird, sich eine einfache Mahlzeit zuzubereiten. Dass der Klient dabei auch lernt, zu planen und Probleme zu lösen, wird gerne gesehen, spielt aber in diesem Beispiel nicht die Hauptrolle. Die Hauptsache ist, kochen zu lernen.

Im lerntheoretischen Bezugsrahmen wird häufig Gruppenarbeit eingesetzt. Die Zusammensetzung der Gruppe ist abhängig vom Thema und von den Fertigkeiten der Teilnehmer.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Mosey geht in ihrem lerntheoretischen Ansatz von folgenden Annahmen über das Erlernen von Basisfertigkeiten und sozialen Rollen aus:

- Das Lernen hängt von den individuellen Fertigkeiten des Menschen, von seinen aktuellen Möglichkeiten und Beschränkungen, von seinem Alter, Geschlecht, seinen Interessen und von seinem kulturellen Hintergrund ab.
- Lernen wird durch Aufmerksamkeit und Wahrnehmung beeinflusst.
- Eine große Rolle spielt die Motivation zum Lernen.
- Der Mensch lernt besser, wenn er sich seine eigenen Ziele setzt.
- Der Lernerfolg wird größer, wenn für den Menschen ersichtlich ist, warum und mit welchem Ziel er lernt.
- Der Lernerfolg wird auch größer, wenn die zu erlernenden Fertigkeiten an dem aktuellen Niveau des Menschen ansetzen und auf eine Weise weitergeführt werden, die zu dem Menschen passt.
- Das Lernen fällt bei aktiver Teilnahme leichter.
- Positive Verstärkungen und Rückmeldungen sind wichtig, wenn Lernerfahrungen gesammelt werden.
- Versuch und Irrtum sowie menschliche Vorbilder erleichtern das Lernen.
- Regelmäßige Wiederholungen intensivieren den Lernerfolg.
- Der Aufbau von einfachen zu komplexen Handlungen führt zu einer besseren Integration des Erlernten.
- Das Erlernen von geschickten Problemlösungen ist anregend.
- Der Ort, an dem gelernt wird, spielt eine wichtige Rolle.
- Der Einfluss von Angst auf das Lernen ist individuell verschieden, was es zu berücksichtigen gilt.
- Konflikte und Frustrationen sollten erkannt werden, damit der Mensch den richtigen Umgang damit bzw. Lösungsstrategien erlernt.
- Das Lernen und Erfahrungensammeln sollten kontinuierlich erfolgen.

Der in Gang gesetzte Veränderungsprozess befasst sich im lerntheoretischen Ansatz nicht allein mit dem Erlernen neuer Fertigkeiten, sondern auch mit dem Erlernen ihres Einsatzes, um nicht zuletzt Erfahrungen zu sammeln. Gleichzeitig zielt der Veränderungsprozess auf die Reduktion unerwünschten Verhaltens. Die Rolle der Umwelt und ihre Erwartungen an den Klienten sind maßgeblich für die Zielauswahl und die Richtung des Veränderungsprozesses. Diese Umgebung (kulturell, sozial und physisch), in der der Klient lebt und interagiert, kann einerseits die Möglichkeiten des Klienten zur Ausführung seiner sozialen Rollen vergrößern, aber andererseits auch behindern und/oder einschränken. Die Ergotherapeutin unterstützt den Klienten darin, die Rollen zu erlernen, die von der Umwelt des Klienten erwartet werden. Die Entwicklung dieser sozialen Rollen währt das ganze Leben lang, die Intensität der Rollen und das dazugehörige Verhalten hängen vom Alter des Menschen, seinem kulturellen Hintergrund, seinen Möglichkeiten, Interessen und Zielen ab. Wichtig für die Entwicklung, Teilnahme und Durchführung sozialer Rollen sind einerseits zielgerichtete und andererseits interpersonelle Fertigkeiten. Der lerntheoretische Ansatz richtet sich dann auch besonders auf die folgenden Handlungskomponenten des Gegenstandsbereichs (Abb. 2.**2**): motorische, kognitive und soziale Interaktion. Diese Komponenten sind meistens erforderlich, um einige zielgerichtete und interpersonelle Fertigkeiten in den diversen Betätigungsbereichen des Gegenstandsbereichs ausführen zu können.

Es kann ein breites Spektrum an Mitteln eingesetzt werden, um dem Klienten die Möglichkeit zum Lernen zu geben. Mosey betont hierzu Folgendes:

- Das Tun: Der Klient lernt durch aktive Teilnahme, Fertigkeiten zu entwickeln.
- Die Bedeutung des bewussten Lernens: Wenn sich der Klient seines Lernens bewusst ist, kann er Kompetenzen erwerben und muss sich weniger auf seine Umwelt und die Auswirkungen seines Verhaltens auf diese konzentrieren.
- Die Bedeutung der Realität: Es wird von einer simulierten zu einer natürlichen Umgebung mit natürlichen Aktivitäten gewechselt.
- Die Rolle der Gruppen: z. B. Gruppen zu einem bestimmten Thema, das der Klient erlernen will.

Der Klient soll also in die Lage versetzt werden, zielgerichtete und interpersonelle Fertigkeiten zu erwerben.

Beispiele für Aspekte erlernbarer zielgerichteter Fertigkeiten sind:

- Wunsch zur Teilnahme an zielgerichteten Fertigkeiten
- körperliche Kraft und Ausdauer
- Grob- und Feinmotorik
- Interesse an der Durchführung von Fertigkeiten
- Tempo, in dem Arbeiten durchgeführt werden
- Fähigkeit, verbalen und geschriebenen Instruktionen zu folgen
- Einsatz von Instrumenten und Materialien
- sauberes und schönes Arbeiten
- Liebe zum Detail

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Fähigkeit, Probleme zu lösen, die während der Durchführung der Betätigung entstehen
- Fähigkeit, die Durchführung einer Aktivität auf logische Art zu organisieren
- mit Frustrationen umgehen können
- autonom arbeiten können.

Als Beispiele für das Erlernen interpersoneller Fertigkeiten nennt Mosey die folgenden:

- Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen, zu antworten und in Gang zu halten
- Ideen und Gefühle ausdrücken können
- Vorstellung von den Bedürfnissen und Gefühlen anderer haben
- Teilnahme an Situationen, die durch Zusammenarbeit und Konkurrenz gekennzeichnet sind
- mit Kompromissen umgehen und verhandeln können
- sich abgrenzen und selbst behaupten können
- aktives Mitglied einer Gruppe sein.

Die Ergotherapeutin soll sich durch Gespräche und praktische zielgerichtete Aufgaben individuell oder in einer Gruppe ein Bild von den zielgerichteten und interpersonellen Fertigkeiten des Klienten machen, damit dieser lernen kann, diese Fertigkeiten in den verschiedenen Betätigungsbereichen anzuwenden.

Um das Umsetzen des lerntheoretischen Ansatzes in die Praxis darzustellen, folgt auch hier eine Fallgeschichte.

Fallbeispiel: Solim

Bereits seit gut drei Jahren lebt der Afghane Solim mit seiner Frau und zwei Töchtern (6 und 9 Jahre) in einem kleinen Zimmer in einem Asylbewerberheim. Es hat immer noch keine Anhörung zu seinem Bleiberecht stattgefunden. Er war mit seiner Familie aus Afghanistan geflohen, nachdem er aus der Gefangenschaft entkommen konnte, in die er wegen seines Glaubens geraten war. Im Gefängnis war er schwer misshandelt worden.

Einige Monate später gab es Streit zwischen den verschiedenen Gruppierungen innerhalb des Asylbewerberheims, wobei seine Töchter bedrängt und seine Frau geschlagen worden war. Solim wurde dadurch psychotisch und gelangte in eine psychiatrische Klinik. Es wurde die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung gestellt. Die Sprachprobleme machten den Kontakt zu ihm sehr schwierig, was das Gefühl seiner Entwurzelung verstärkte. Man beschloss, ihn mit angstdämpfenden Medikamenten und unter psychiatrischer Behandlung zurück ins Asylbewerberheim zu schicken.

Seine Frau versuchte, so gut es ging, mit der Situation zurechtzukommen, und sorgte für die Kinder und ihren Mann. Solim kam manchmal den ganzen Tag lang nicht aus dem Bett, wurde inkontinent und lief nachts unruhig herum. Er war meist in sich zurückgezogen, hatte Halluzinationen und hörte Stimmen. Ohne seine Frau wäre er völlig verwahrlost. Sie war jedoch zunehmend überfordert. Der Psychiater schaltete die Ergotherapie ein, um nach Möglichkeiten zur Aktivierung Solims im Asylbewerberheim zu suchen, sodass er seinem Leben eine neue Struktur geben und seine Rollen wieder weitestmöglich selbst ausfüllen konnte.

Ergotherapeutische Evaluation: Der 38-jährige Solim lebt mit seiner Frau und zwei Töchtern in der eingeschränkten Lebensumgebung eines Asylbewerberheimes ohne wirkliche Aussicht auf eigenen Wohnraum und das Bleiberecht. Infolge einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Dissoziation sowie akustischen und optischen Halluzinationen wurde er sehr ängstlich und zog sich zurück.

Er funktioniert auf allen Gebieten deutlich unter dem Niveau vor seiner Erkrankung. Der körperliche Zustand ist schlecht. Er kann sich nicht konzentrieren und hat eine sehr niedrige Stresstoleranz. Er versorgt sich selbst nicht mehr, kommuniziert kaum mit anderen und hat keinerlei Antrieb. Seine Rolle als Vater und Partner kann er nicht so wahrnehmen, wie es seine Kultur von ihm erwartet. Er muss diese Aufgaben gezwungenermaßen seiner Frau überlassen. Solim leidet darunter sehr und erwartet nur noch von Außenstehenden Hilfe.

Aus lerntheoretischer Sicht ist es wichtig, dass Solim wieder zu zielgerichteten Aktivitäten stimuliert und motiviert wird, die für ihn sinnvoll, realistisch und durchführbar sind. Daneben sollte er interpersonelle Kompetenzen erwerben, sodass er wieder in der Lage ist, die sozialen Rollen auszufüllen, die er selbst wünscht (Vater, Partner, Familienoberhaupt, Arbeiter).

Die Ergotherapeutin muss in diesem Fall Folgendes berücksichtigen:

- Solims Persönlichkeit
- was er lernen will
- die Erwartungen seines kulturellen Hintergrundes an ihm
- seine eigenen Erwartungen
- die geeignetste Umgebung.

Man kann davon ausgehen, dass Solim wegen seiner veränderten Lebensumstände (Asylbewerberheim, Einzimmerwohnung) neue Fertigkeiten erwerben muss, ebenso wegen seiner neuen Rollen (Asylbewerber, Psychiatrieklient) und seiner Krankheit. Er verfügt jetzt über kein adäquates Verhaltensrepertoire und muss ein besser adaptiertes Verhalten für seine aktuelle und zukünftige Umgebung erlernen. Die Ergotherapeutin entscheidet sich zunächst für einen individuellen Ansatz mit der Option, Solim später in einer Gruppe mitarbeiten zu lassen. Ziel ist es, dass Solim für ihn wichtige Fertigkeiten erwirbt und zusätzlich seine vorhandenen in den ver-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

schiedenen Betätigungsbereichen einsetzt (u. a. familiäre Interaktionen, Arbeit, Freizeit, ADL, Umgang mit Zeit) und gleichzeitig das schlecht adaptierte Verhalten reduziert.

Ergotherapeutische Intervention: Während der ersten Kontakte versucht die Ergotherapeutin, einen möglichst guten Eindruck vom Alltag, von der Familie und von den Möglichkeiten in einem Asylbewerberheim zu bekommen. Solim kann etwas Französisch. Seine Kinder bekommen Sprachunterricht und die Ergotherapeutin versucht, ihr Verständnis der Umgebung zu fördern. Durch Zeichnung von Objekten aus dem Alltag wie Lebensmittel, Kleidung, Gebrauchsgegenstände und Alltagsbeschäftigungen bekommt die Ergotherapeutin wieder Kontakt zu Solim. Weitere Informationen der Mitarbeiter aus dem Asylbewerberheim komplettieren das Bild von Solims Fertigkeiten. Er hat technisches Verständnis und am Fahrradarbeitsplatz mitgearbeitet. Außerdem half er dem technischen Dienst bei verschiedenen Arbeiten. Er gibt an, in Afghanistan als technischer Ingenieur gearbeitet zu haben.

Er kann sich etwa zehn Minuten lang konzentrieren. Wenn mehrere Menschen im Raum sind oder wenn der Fernseher läuft, ist er schnell abgelenkt. Bei lauten Außengeräuschen oder wenn ein Kind schreit, sondert er sich sogleich ab und läuft weg. Spazieren kann er etwa 30 Minuten lang, dann wird er müde. Wegen seiner Medikamente hat er einen Tremor in beiden Händen. Er kann nicht ausdrücken, was er gerne tun möchte. Am liebsten liegt er auf dem Bett, aber auch damit ist er nicht zufrieden. Er ist bereit, in der Ergotherapie mitzuarbeiten, wenn es ihm hilft, seine Rollen in der Familie wieder auszufüllen.

Die Ergotherapeutin stellt zusammen mit dem Psychiater angesichts der eingeschränkten Möglichkeiten im Asylbewerberheim folgende langfristigen Ziele auf (drei Monate): Solim soll an häuslichen Betätigungen teilnehmen und wenn möglich an kurzfristigen Betätigungen im Asylbewerberheim. Kurzfristig ist es erforderlich, dass Solim sich mehr auf die Wirklichkeit einlässt und dem von ihm selbst gewünschten Handeln wieder eine einfache Form geben kann. Die Ergotherapeutin beschließt zusammen mit Solim, seinen kulturellen Hintergrund zu berücksichtigen und eine Betätigung auszuwählen, die an seinen aktuellen Möglichkeiten, seinen Interessen und an seiner Rolle als Familienoberhaupt anknüpft.

Konzentration, Belastung und Tempo des Fortgangs können dabei variieren. Die Betätigung besteht in der Reparatur eines kaputten Schemels aus dem dürftigen Familienbesitz.

Mithilfe des lerntheoretischen Ansatzes kann die Ergotherapeutin seine Arbeitsweise einrichten. Sie trinkt gemeinsam mit der Familie Tee und macht sich dann allein mit Solim an die Arbeit. Sie leitet die Aktivität, spricht ruhig und gibt möglichst konkrete Anweisungen. Sie konzentriert sich auf das Hier und Jetzt, auf eventuelle Halluzinationen geht sie nicht ein. Sie versucht, Solim zu beruhigen und beobachtet ihn in der Zwischenzeit. Sie knüpft an Solims Kommunikationsniveau an und lässt ihn sich mit den Materialien und der Arbeitsumgebung vertraut machen. Dann teilt sie die Aktivität in mehrere Abschnitte ein, sodass es für Solim überschaubar bleibt. Die Ergotherapeutin lässt Solim selbst auswählen, wie er die Arbeit beginnen möchte, und bekräftigt auf positive Weise jeden Schritt von Solim, der in die richtige Richtung geht. Unter Berücksichtigung von Solims eingeschränkten Möglichkeiten (Ausdauer, Konzentration, Einfluss der Medikamente) wird der Hocker unter Einsatz der dafür erforderlichen Fertigkeiten repariert.

Wo nötig, unterstützt die Therapeutin ihn, gibt logisch aufeinanderfolgende Anweisungen (verbal, nonverbal oder anhand von Beispielen) und macht Vorschläge in Frageform, damit Solim sich einbezogen fühlt, zum Mitdenken angeregt wird und selbst lernt, Probleme zu lösen. Sie lässt ihn Dinge ausprobieren und verhindert, dass Solim wieder scheitert. Sie beobachtet auch, wie er mit Angst und Frustrationen umgeht, und sorgt dafür, dass die Umgebung für Solim stets sicher bleibt.

Zum Ende der Betätigung regt sie Solim an, mit ihm zusammen aufzuräumen, und macht eine kurze Nachbesprechung. Sie beschreibt, wie Solim vorgegangen ist, und rückt dabei das Werkstück in den Mittelpunkt. Die Situation bleibt sicher und überschaubar. Sie fragt Solim auch, ob die Arbeit seinen Erwartungen entspricht. Abschließend macht die Ergotherapeutin einen neuen Termin mit Solim und versucht ihn anzuregen, seine Wünsche über die Lerninhalte zu äußern.

Alle drei beschriebenen Bezugsrahmen können innerhalb der Psychiatrie und überall, wo es Probleme im Hinblick auf psychologische und soziale Handlungskomponenten gibt, Anwendung finden. Mosey versuchte, die verschiedenen Theorien, die den Bezugsrahmen zugrunde liegen, für die ergotherapeutische Praxis auszuarbeiten, um Ergotherapeuten eine Auswahlmöglichkeit zu geben. Welcher Bezugsrahmen gewählt wird, hängt davon ab, welche Problematik der Klient hat, vom therapeutischen Setting und von den Erfahrungen und Schwerpunkten der Ergotherapeutin. Die Bezugsrahmen bieten der Ergotherapeutin drei Möglichkeiten (analytisch, entwicklungsorientiert und lerntheoretisch), einen Veränderungsprozess einzuleiten. Durch Aktivitätsanalyse und Synthese wählen Klient und Ergotherapeutin die geeignete Betätigung, Evaluation und Intervention

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

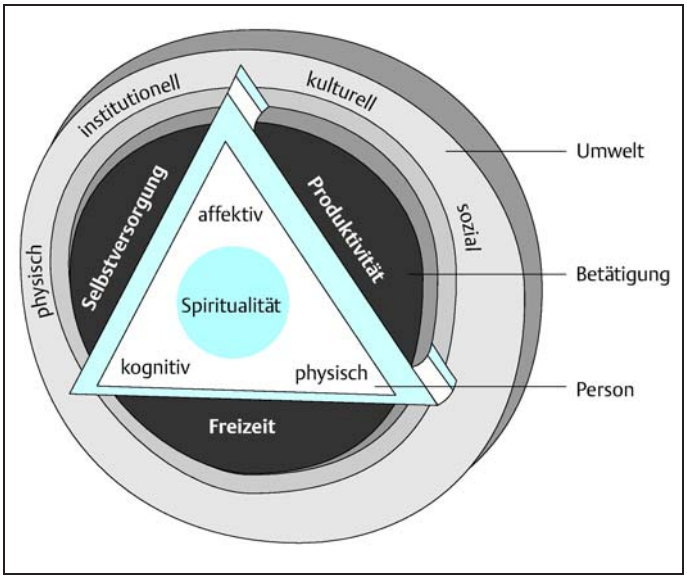

Abb. 2.5 *Canadian Model of Occupational Performance* (CMOP) (mit freundlicher Genehmigung der CAOT 1997, S. 32).

für den Klienten, seine Umgebung und seine Problematik aus.

Die Ergotherapeutin kann die verschiedenen Bezugsrahmen auch mit anderen Bezugsrahmen, Modellen, Methoden und Techniken kombinieren bzw. an sie anpassen. Die vorliegenden Bezugsrahmen werden auch in Zukunft weiter differenziert werden und neue Erkenntnisse, die einen Beitrag zur Profilschärfung der Ergotherapie leisten, werden zur Entwicklung weiterer Bezugsrahmen im Sinne Moseys führen.

Mit besonderem Dank an B. Nugteren für die Überlassung der Kasuistiken zum analytischen und zum lerntheoretischen Bezugsrahmen, die von der Hogeschool Zuyd Heerlen, Niederlande, stammen.

2.1.3 CMOP und COPM

Wiebke Flotho

Grundlagen

Das *Canadian Model of Occupational Performance* (CMOP) entwickelte sich seit 1980 in Kanada stetig fort. Die Arbeit wurde anfänglich von Projektgruppen des Department of National Health and Welfare (DNHW, Ministerium für nationale Gesundheit und Wohlfahrt) und der Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT, kanadischer Ergotherapieverband) geleistet. 1996 und 1997 sind Publikationen erschienen, die sich an den Veränderungen des kanadischen Gesundheitssystems orientierten. Das CMOP ist daraus hervorgegangen. Es beschreibt die Person mit ihren individuellen Fertigkeiten als in Beziehung stehend zu ihren Betätigungen und ihrer Umwelt. Das ständige Zusammenspiel dieser Interaktion ist die Handlungsdurchführung/Betätigung.

Das theoretische Bezugssystem des CMOP ist die humanistische Psychologie, die sich mit der Einzigartigkeit des Individuums, dessen subjektiven Erfahrungen und Wertvorstellungen befasst.

Modelldarstellung

Im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Betrachtungsweise steht das Individuum mit seinen täglichen Handlungsdurchführungen **(Abb. 2.5)**. Der Begriff *Betätigung* (Occupation) wird folgendermaßen definiert:

> *Occupation:* Alles, was Menschen tun, um sich zu betätigen; dazu gehört die Selbstversorgung, die Freude am Leben (Freizeit) und das Beitragen zum sozialen und ökonomischen Gefüge der Gemeinschaften, in denen sie leben (Produktivität) (Townsend et al. 1997, S. 34).

Das Modell betont den wichtigen Zusammenhang zwischen sinngebender Betätigung und persönlicher Gesundheit (Abb. 2.**5**).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Person

Die *Spiritualität* der Person bildet den Kern des Modells. Sie wird als treibende Kraft des individuellen Handelns beschrieben. Von Townsend et al. (1997) wird sie in *Enabling Occupation* u. a. definiert als

- Ausdruck des Willens, des Triebes und der Motivation
- Quelle der Selbstbestimmung und der persönlichen Kontrolle.

Es ist eine Aufgabe von Ergotherapeuten, die Spiritualität ihrer Klienten zu verstehen. Die Performanzkomponenten *affektiv, kognitiv* und *physisch* stellen die aktuellen Grundfertigkeiten dar, die jeder Mensch in individueller Ausprägung erworben und ausgebildet hat.

Betätigung

Das CMOP benennt drei Lebensbereiche, innerhalb derer jeder Mensch handelt:

- Selbstversorgung
- Produktivität
- Freizeit.

Umwelt und Kontext

Die Umwelt beeinflusst das Handeln und Letzteres wiederum die Umgebung. Die Umwelt bildet den Kontext einer Person und wird hier als aus vier Komponenten bestehend definiert:

Kulturelle Umwelt: Kulturspezifische Praktiken, Wertesysteme eines Volkes.
Institutionelle Umwelt: gesellschaftliche Institutionen (z. B. Regierung, Behörden).
Physische Umgebung: Landschaft, Gebäude, Technologien, Wetter.
Soziale Umwelt: soziale Beziehungen, Gemeinde, gemeinsame Werte.

Wenn Ergotherapeuten die Umwelt ihrer Klienten analysieren, werden sie herausfinden, welche Faktoren die Betätigungen des Individuums im Sinne einer Förderung oder Behinderung beeinflussen.

Therapeutischer Ansatz

Durch die Nutzung des CMOP und unter Einsatz des COPM wird deutlich, dass Ergotherapie als Dienstleistung zu verstehen ist, mit deren Hilfe der Klient die Ausführung seiner Betätigungen verbessern kann (George 2002). Die *klientenzentrierte Praxis bezieht sich immer individuell auf die Person des Klienten, deren Betätigungen und Umweltbedingungen (Flotho 2007).* Die subjektive Klientenzufriedenheit gilt innerhalb des Gesundheitssystems, das sich zunehmend mit Maßnahmen des Qualitätsmanagements auseinandersetzen muss, als wichtiger therapeutischer Faktor für die Ergebnisdimension der Qualität von Dienstleistungen (Harth u. Meyer 2002).

Messinstrument COPM

Aus dem konzeptionellen Modell CMOP entwickelte sich das halbstrukturierte Interview *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM). Es wird in klientenzentrierter Praxis durchgeführt und basiert auf der Selbsteinschätzung des Befragten. Der Interviewbogen erfasst die Betätigungsperformanzanliegen (Veränderungswünsche) des Klienten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit.

! Der Klient bewertet die Stufe der Wichtigkeit der eigenen Betätigungsperformanzanliegen mit einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 10 (besonders wichtig).

Nachdem alle Bereiche besprochen sind, wählt er bis zu 5 der wichtigsten Betätigungsanliegen aus, die er mit der gleichen Skala von 1 bis 10 einschätzt. Er beurteilt so seine momentane *Betätigungsperformanz* und seine damit verbundene *Zufriedenheit* (s. Fallbeispiel).

! Betätigungsperformanz: Skala von 1 (sehr schlechte/ineffektive Betätigungsperformanz) bis 10 (sehr gute/sehr effektive Betätigungsperformanz).
Zufriedenheit: Skala von 1 (gar nicht zufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden).

Jedes Betätigungsanliegen sollte nur im Einzelvergleich überprüft und evaluiert werden. Das Summieren und Dividieren aller Betätigungsperformanzpunkte sowie der Zufriedenheitspunkte durch die Summe der Betätigungsanliegen wird nicht empfohlen. Diese alle Domänen (Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit) einbeziehende Mittelwerterrechnung kann statistisch gesehen keine exakten Ergebnisse liefern, da nicht deutlich wird, was genau gemessen wurde.

Der Klient bewertet seine Betätigungsanliegen nach einem je nach therapeutischen Setting sinnvoll erscheinenden Zeitraum erneut in Bezug auf die momentane Performanz und die damit verbundene Zufriedenheit. Die bisherigen Einzelwerte werden bei der Wiederholung des Interviews mit den neuen Einzelwerten verglichen. Die Endwerte geben Aufschluss über die selbst eingeschätzte Veränderung

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.4** Klienten mit psychosozialen Funktionsstörungen (Hagedorn 2000)

Ergotherapie	Psychologie
Aktivitätsgruppen	Verhaltensmodifikation
Personenzentriert	Kognitiv perzeptiv
Aktivitäten des täglichen Lebens	Kognitiv verhaltensbezogen
Sensorische Integration	Objektbeziehungstheorien
Sensorische Stimulation	Interaktive Gruppen

des Klienten. Dieses standardisierte Interview bietet Ergotherapeuten ein wissenschaftlich evaluiertes Instrument, mit dem die Ergebnisqualität der Therapie gemessen werden kann (Carswell et al. 2004, McColl et al. 2006). Auf Seite ►ff. wird dies beispielhaft erklärt.

Occupational-Performance-Prozess (OPP)

Dieser Betätigungsperformanzprozess zeigt in sieben Schritten den Weg auf, den Klient und Ergotherapeutin mit dem COPM während der Behandlung gemeinsam gehen.

1. *Durchführen des COPM* mit Auswahl der Prioritäten und Bewertung der Betätigungsanliegen in der Durchführung (Performanz) und der Zufriedenheit. Werden keine Veränderungswünsche vom Klienten benannt, besteht keine Indikation für Ergotherapie. Zu welchem Zeitpunkt das Interview am besten geführt werden kann, hängt vom Kontext der Arbeitsbedingungen ab. Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung ist der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Es empfiehlt sich, erst anamnestische Daten zu erheben und eventuell mit einer allgemeineren Befragung zur persönlichen Teilhabe an Alltagsaktivitäten zu beginnen (Flotho 2007). Bei psychisch erkrankten Menschen unterliegt die Behandlung den aktuellen Schwankungen der Gesamtkonstitution des Betroffenen. Sich verändernde Kontextbedingungen führen schnell zu Einbrüchen und Verunsicherungen in der Selbstwahrnehmung. Dies erschwert möglicherweise die kontinuierliche Arbeit an konkreten Betätigungsfeldern.

2. *Auswahl der theoretischen Ansätze* und der *Behandlungsverfahren* durch die Ergotherapeutin. Häufig gewählte Ansätze im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich sind psychosoziale und arbeitsrehabilitative. Manchmal sind diese auch mit neurophysiologischen und -psychologischen Ansätzen gekoppelt (Harth 2002). **Tab. 2.4** zeigt theoretische Ansätze, die aus dem psychologischen Bezugssystem abgeleitet sind und von Ergotherapeuten u. a. bei Klienten mit psychosozialen Funktionsstörungen gewählt werden können (Hagedorn 2000). Weitere theoretische Ansätze finden sich bei McColl (2000).

3. *Identifizieren der Performanzkomponenten* (affektiv, kognitiv, physisch) sowie der Umweltbedingungen des Klienten. Im Fachbereich der Psychiatrie liegen die beeinträchtigenden Performanzkomponenten der Patienten in der Regel im affektiven und kognitiven Bereich sowie in der sozialen Interaktion. Sie werden bei gegebener Belastbarkeit des Klienten mit der Ergotherapeutin gemeinsam analysiert.

4. *Ressourcen (umweltbezogen) und Stärken (personbezogen) des Klienten* werden von Therapeutin und Klient gemeinsam festgestellt. Sie werden dahin gehend überprüft, inwieweit sie den Klienten bei der Verbesserung seiner Betätigungsanliegen bzw. Veränderungswünsche unterstützen können. Dieser Bereich sollte immer besondere Beachtung finden. Die Stärkung der Ressourcen kann oftmals erst einen Weg zu kleinsten Veränderungen ermöglichen. Der Klient erfährt einen Zuwachs an Selbstkontrolle.

5. *Festlegen der gewünschten Therapieergebnisse* und *-ziele* sowie Erarbeitung eines *Aktionsplanes*. Hier ist es wichtig, konkrete und überprüfbare Ziele zu formulieren.

6. *Umsetzen des Aktionsplanes durch Betätigung*. Dabei ist eine fortlaufende Überprüfung und Anpassung der Behandlungspläne notwendig, um zu gewährleisten, dass weiterhin an den Zielen gearbeitet wird. Es ist von Bedeutung, dass für den Klienten sinngebende Betätigungen genutzt werden. Hilfreich kann hier z. B. ein Wochenplan sein.

7. *Nach einem je nach therapeutischem Setting sinnvoll erscheinenden Zeitraum werden die Betätigungsanliegen in einer Zweiterhebung erneut bewertet*. Dies dient der Überprüfung der Betätigungsanliegen. Wurden die gewünschten Therapieergebnisse erreicht, ist die Ergotherapie abgeschlossen. Wurden die Ziele nur teilweise erreicht, kann der OPP in angepasster Form erneut durchlaufen werden.

Fallbeispiel

Die Anwendung des COPM verdeutlicht das folgende Fallbeispiel eines chronisch psychisch kranken Mannes. Die Ergotherapeutin arbeitet entsprechend dem Setting einer Tagesstätte. Anschließend wird der Occupational-Performance-Prozess in seinen sieben Schritten am Beispiel von Herrn M. dargestellt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel: Herr M.

Person: Herr M. ist 35 Jahre alt, wohnt seit zwei Jahren in einer 2-Zimmer-Wohnung im Zentrum einer Großstadt. Er hat zwei Brüder sowie Eltern, die in einem benachbarten Stadtteil leben.

Medizinische Anamnese: Herr M. leidet seit 15 Jahren unter einer Psychose. In für ihn schwierigen Situationen hört er Stimmen. Er wird medikamentös mit Neuroleptika behandelt, neigt jedoch immer wieder dazu, die Mittel eigenmächtig abzusetzen. Er hat wiederkehrende psychosomatische Beschwerden, wie z. B. Tinnitus, Durchfall und häufige Erkältungen und leidet unter einem deutlichen Übergewicht.

Soziale Anamnese: Aufgewachsen ist er in einer Familie, in der wenig Geld vorhanden war. Der Vater war Hilfsarbeiter in einer Fabrik, die Mutter überwiegend Hausfrau. Bei Gelegenheit ging sie putzen. Die Familie lebte in beengten Verhältnissen. Herr M. wohnte bis zu seinem 32. Lebensjahr mit einem Bruder in einem Zimmer. Der Bildungsstatus der Familie ist als gering einzustufen. Die Mutter scheint mit der Versorgung ihrer Kinder überfordert gewesen zu sein. Herr M. hat einen Hauptschulabschluss und jobbte in verschiedenen Firmen als Hilfsarbeiter. In seiner Freizeit spielte er als Jugendlicher gerne Fußball. Auch heute geht er gerne in Stadien, um ein Spiel anzuschauen. Mit seinen Brüdern unternimmt er am Wochenende häufig etwas, meist machen sie Ausflüge in die nähere Umgebung. Herr M. verreist sehr gerne und interessiert sich für andere Länder. Er lebt von der Grundsicherung. Im häuslichen Umfeld bekommt er Unterstützung von einem seiner Brüder. Herr M. besucht seit Kurzem eine Tagesstätte zur sozialen Wiedereingliederung.

1. Durchführung des Interviews COPM

Nach der üblichen Aufnahme anamnestischer Daten und anderer Formalitäten bietet es sich an, das COPM gleich zu Beginn der Aufnahme in die Tagesstätte durchzuführen. Da Herr M. jeden Tag in die Tagesstätte kommt, ergeben sich zahlreiche Kontaktmöglichkeiten, die den Beziehungsaufbau erleichtern. Die Ergotherapeutin betreut ihn innerhalb des institutionellen Bezugssystems. Sie kann regelmäßig Einzelgespräche durchführen.

Bei der Durchführung des halbstrukturierten Interviews werden folgende Betätigungsanliegen von Herrn M. angegeben. Die Tabelle bildet darüber hinaus seine persönlichen Bewertungen der Wichtigkeit dieser Anliegen ab **(Tab. 2.5).**

Wie aus der Erfassung hervorgeht, sind die Veränderungswünsche von Herrn M. nicht immer Betätigungsanliegen. Das Anliegen „eigene Belastbarkeit erhöhen“ betrifft z. B. die physische und affektive Ebene der Performanzkomponenten. Die Ziele sind oftmals eher grob formuliert und nicht überprüfbar. Dies kann in der Ersterhebung gesteuert werden, indem die Ergotherapeutin den Klienten bittet, die Betätigung zu benennen, für die er sich eine höhere Belastbarkeit oder Ähnliches wünscht. Herr M. hat sich bei der Auswahl seiner Prioritäten nicht immer an den vorher benannten Grad der Wichtigkeit gehalten. Trotzdem ist dies seine persönliche Auswahl, die es zu respektieren gilt. Es empfiehlt sich, den Klienten den Interviewbogen selbst ausfüllen zu lassen. Dies stärkt den Prozess der Selbstbestimmung. Herr M. formuliert seine Betätigungsanliegen recht global. Es fällt ihm schwer, seine Wünsche genauer zu beschreiben. Dies ist im psychosozialen Behandlungsfeld ein häufiges Phänomen. Während der folgenden Schritte des Occupational-Performance-Prozesses ist die Erarbeitung eines Vorgehens in kleinen Schritten deshalb von besonderer Bedeutung.

2. Auswahl der theoretischen Ansätze und der Behandlungsverfahren

Bei der Auswahl der theoretischen Ansätze sowie der Behandlungsverfahren stehen die Betätigungsanliegen im Mittelpunkt, die innerhalb des Arbeitssettings behandelt werden können.

- Eine Arbeit finden.
- Eigene Belastbarkeit erhöhen.
- Zu Hause ein Gericht kochen.

Herr M. wählt die ersten drei Anliegen aus, um innerhalb der Tagesstätte einen neuen Umgang damit zu entwickeln. Die theoretischen Ansätze der Verhaltensmodifikation und Aktivitäten des täglichen Lebens erscheinen der Ergotherapeutin als hilfreich. Dabei nutzt sie arbeitsdiagnostische Verfahren. Einzelne Teile des Programmes ZERA (Plößl et al. 2000) werden eingesetzt, um mögliche Betätigungsfelder mit den Fertigkeiten von Herrn M. abgleichen zu können. Es werden von Klient und Therapeutin Aktivitäten aus dem Tagesstättenalltag gesucht, die den Ressourcen des Betroffenen und Anforderungen der Arbeit entsprechen.

3. Identifikation der Performanzkomponenten

Innerhalb des Alltags in der Tagesstätte lassen sich die Performanzkomponenten gut beobachten. Daraus können erste Schlüsse gezogen werden. Der affektive Zustand von Herrn M. wirkt schwankend und sprunghaft. Oft erscheint er ausgeglichen, dann wieder macht er sich große Sorgen um Einzelheiten seines Lebens. Impulsiv möchte er alles sofort in den Griff bekommen, am liebsten gleich morgen eine Arbeitsstelle antreten. Er neigt dann zur Selbstüber-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.5** Interviewbogen Herr M.

Betätigungsperformanzanliegen	Einstufung der Wichtigkeit
Selbstständigkeit	
Selbstversorgung	
▪ Weniger fett essen	4
Mobilität	
▪ Wieder Fahrrad fahren	5
▪ Längere Strecken laufen können	7
Regelung persönlicher Angelegenheiten	
▪ Das eigene Konto selbst führen können	9
▪ Überblick über notwendige Lebensmittel erhalten	6
Produktivität	
Bezahlte/unbezahlte Arbeit	
▪ Eine Arbeit finden, z. B. im Gartenbereich	10
▪ Eigene Belastbarkeit erhöhen	9
Haushaltsführung	
▪ Regelmäßig sauber machen, selbst daran denken	6
▪ Umgang mit der Waschmaschine lernen	5
▪ Zu Hause mal ein kleines Gericht kochen	7
Spiel/Schule	
▪ Ausbildung machen	9
Freizeitverhalten	
Ruhige Erholung	
▪ Länger in Geschichtsbüchern lesen können	5
▪ Entspannende Dinge finden	5
Aktive Freizeit	
▪ Mal wieder Fußball spielen	3
▪ Walking ausprobieren	4
▪ Öfter Reisen machen	6
Soziales Leben	
▪ Keine Veränderungswünsche	

Ersterfassung der Occupational-Performance-Probleme		
	Performanz	**Zufriedenheit**
1. Eine Arbeit finden	1	1
2. Eigene Belastbarkeit erhöhen	2	3
3. Zu Hause ein Gericht kochen	3	4
4. Eigenes Konto selbst führen	1	1
5. Länger laufen können	2	1

schätzung. Seine kognitiven Fähigkeiten sind aufgrund der psychotischen Problematik eingeschränkt, oft wirkt er abwesend, kann sich nicht länger als eine halbe Stunde auf etwas konzentrieren. Physisch erscheint Herr M. eher wenig belastbar, da seine psychosomatischen Beschwerden in regelmäßigen Abständen zu Arztbesuchen führen. Auffällig ist seine Begrenzung bei feinmotorischen Tätigkeiten. Das Schneiden einer Tomate scheint ihm eine große Anstrengung abzuverlangen, so wie die meisten haushaltspraktischen Aktivitäten. Hinzu kommt eine starke Verunsicherung, was andere von ihm halten. Die soziale Umwelt ist geprägt durch Kontakte innerhalb der Familie, aus der er sich wenig herausbewegt. Innerhalb der Tagesstätte wird deutlich, dass er sich nicht verbindlich auf Beziehungen zu anderen Klienten einlässt.

4. Ressourcen und Stärken des Klienten

Grundsätzlich ist Herr M. ein sehr kontaktfreudiger Mensch, der durch seine freundliche, oft auch zuvorkommende Art auffällt. Dies kommt seinem Bedürf-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.6** Zweite Erhebung der Occupational-Performance-Probleme

	Performanz	Zufriedenheit
1. Eine Arbeit finden	3	1
2. Eigene Belastbarkeit erhöhen	5	5
3. Zu Hause ein Gericht kochen	5	6

nis entgegen, sich beruhigen zu können, indem er anderen spontan von seinen Sorgen berichtet. Seine Hauptmotivation liegt in dem Wunsch, wieder zu arbeiten, um für sich selbst sorgen zu können. Innerhalb der therapeutischen Beziehung entwickelt er eine überwiegend gute Compliance. Auch Versäumnisse oder eigenwilliges Absetzen der Medikamente kann er ansprechen, um sich Hilfe zu holen.

Die institutionelle Umwelt der Tagesstätte (Ressource) bietet ihm einen offenen Rahmen, den er zunehmend nutzt, um an seinen Zielen zu arbeiten. Dabei erscheinen die Rückzugsmöglichkeiten ohne Strafandrohung eine erhebliche Rolle in der Aufrechterhaltung seiner Motivation zu spielen.

5. Festlegung der gewünschten Therapieergebnisse und -ziele, Aktionsplan erstellen

Im Mittelpunkt stehen die Produktivität und die Selbstversorgung. Als gewünschte Therapieergebnisse werden festgelegt:

- regelmäßige Übernahme bestimmter Ämter im Tagestättenablauf, die eine körperliche Beanspruchung erfordern (z. B. Küchendienst, Saugen etc.)
- selbstständiges Ausführen der Aktivitäten
- regelmäßige Teilnahme an allen Gruppenangeboten der Tagesstätte
- Übernahme von mehr Aufgaben im Küchenbereich (Kochen, Küchendienst).

Klient und Therapeutin erstellen gemeinsam einen Aktionsplan**.** Herr M. erarbeitet mit der Ergotherapeutin am Computer eine tabellarische Monatsübersicht. Diese enthält alle geplanten Betätigungen, die Herr M. nach Absolvierung der Arbeit ankreuzen wird.

6. Umsetzung des Aktionsplans durch Betätigung

Herr M. möchte folgende Betätigungen regelmäßig durchführen:

- Saugen des Flurbereichs (Montagnachmittag)
- Versorgung der gelben Säcke (täglich in den Geräteraum, alle zwei Wochen mittwochs vor die Haustür stellen)
- Gießen der Blumen (je nach Jahreszeit festgelegt)
- jeden Tag 15 Minuten Zeitung lesen (morgens zwischen 09:00 und 10:00 Uhr)
- zweimal wöchentlich in der Kochgruppe Essen zubereiten (Montag und Mittwoch)
- einmal in der Woche den Küchendienst übernehmen (donnerstags).

Einmal in der Woche führt die Ergotherapeutin ein Gespräch mit Herrn M., um die Umsetzung des Aktionsplans zu besprechen. Der schriftliche Plan (Monatsübersicht) dient beiden Seiten zur Prüfung der Anforderungen, die ggf. neu angepasst werden müssen. Bei Herrn M. zeigt sich schon im Verlauf des ersten Monats, dass er die Anforderungen nicht selbstständig durchführen kann. Er benötigt viel Ansprache und Erinnerung vonseiten der Ergotherapeutin, kann aber einzelne Aufgaben zunehmend eigenständiger in seinen Alltag integrieren.

7. Zweite Erhebung des COPM

Nach einem halben Jahr findet die Zweitbewertung der Occupational-Performance-Probleme statt. Dabei verdeckt die Therapeutin die Erstbewertung, damit der Klient nicht beeinflusst wird. Die Selbsteinschätzung von Herrn M. hat sich verändert **(Tab. 2.6).**

Die Werte zeigen, dass sich nach einem halben Jahr jeweils eine signifikante Veränderung in der Betätigungsperformanz seiner drei Hauptanliegen entwickelt hat. Die Zufriedenheit von Herrn M. hat sich bezüglich der Arbeit und der Belastbarkeit ebenfalls gesteigert. Dem Kostenträger der Maßnahme kann von einer Stabilisierung des Klienten berichtet werden.

An dieser Stelle wird der OPP erneut an die Möglichkeiten des Klienten angepasst. Die Betätigungsfelder können erweitert und neue Anforderungsbereiche erarbeitet werden, wie z. B. die Teilnahme an einer externen Arbeitstherapie. Im Bereich der Arbeit mit chronisch psychisch Erkrankten kann auch eine Aufrechterhaltung der sozialen Integration durch die Teilnahme an einer Tagesstätte ein wichtiges Therapieziel sein.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Anwendungsbereiche des COPM

Die Anwendung des COPM im psychosozialen Bereich ist in nahezu jedem Arbeitssetting denkbar. Die praktische Nutzung in diesem Feld ist derzeit in Deutschland jedoch noch sehr verbreitet. Ergotherapeuten arbeiten innerhalb der Psychiatrie und der Psychosomatik meist in hierarchisch organisierten Institutionen, innerhalb derer ihnen ein fester Platz zugewiesen wurde. Gerade im klinischen Bereich der Psychiatrie ist der klientenzentrierte Ansatz noch keine Realität. Das Hilfsangebot zeigt sich als wenig flexibel, den individuellen Bedürfnissen wird kaum Rechnung getragen. Eine Verhaftung im biomedizinischen Modell ist vielerorts weiterhin zu beobachten. Der überwiegende Anteil der ergotherapeutischen Behandlung findet in Gruppenbehandlungen statt. Einzeltherapeutische Arbeit, die zur Durchführung und Überprüfung des COPM mit dem Occupational-Performance-Prozess notwendig ist, sollte von Ergotherapeuten als Grundvoraussetzung institutionell durchgesetzt werden, um eigene berufsspezifische Qualitätsstandards vorweisen und festigen zu können. Eine interdisziplinäre Nutzung des COPM würde den Stellenwert der Ergotherapie erhöhen und das ergotherapeutische Berufsbild transparenter werden lassen.

Im ambulanten soziopsychiatrischen Arbeitsfeld gibt es eine rege Diskussion über Anwendungsbereitschaft bzw. sogar -pflicht, den klientenzentrierten Ansatz in die Realität umzusetzen. Von Ergotherapeuten erfordert dies einen besonderen Einsatz. Die klientenzentrierte Gesprächsführung kann über Fort- und Weiterbildung erworben werden.

In den psychotherapeutischen Kontext passt das COPM besonders gut. Gerade verhaltenstherapeutische Ansätze beziehen die Betätigungen des Menschen in hohem Maße in den Behandlungsprozess mit ein. Zudem ist die Klientenzentrierung hier schon gut umgesetzt.

Ergotherapeutische Praxen, die sich an der psychiatrischen und psychosomatischen ambulanten Versorgung beteiligen, können das COPM als Instrument schon zu Beginn der Behandlung sehr gut einsetzen. Die ambulante Klientel ist meist stabil genug, um eigenständig Betätigungsanliegen benennen zu können. Das COPM bietet hier Orientierung für Patient und Therapeutin und stärkt die therapeutische Beziehung. Der verordnende Arzt erhält klare Informationen über die Effizienz der ergotherapeutischen Behandlung. Ein weiterer Vorteil des ambulanten Arbeitssettings ist seine hohe Anpassungsfähigkeit an die Bedürfnisse der Patienten, verlangt aber ein hohes Maß an Erfahrung und Kompetenz der Ergotherapeutin.

In **Tab. 2.7** werden Hinweise zu den Bedingungen und Voraussetzungen der Anwendbarkeit des COPM in einigen ausgewählten ergotherapeutischen Arbeitsfeldern gegeben.

„Grenzen" des COPM

Eine Grenze des COPM im psychosozialen Arbeitsfeld wird von Therapeuten oftmals im reinen Erfassen der Betätigungsebene des Menschen gesehen. Dies scheint der Gesamtproblematik vieler psychisch erkrankter Menschen nicht gerecht zu werden, da gerade Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen sowie in der sozialen Interaktion (Performanzebene) die Betätigungsfelder stark beeinflussen und Veränderungen zeitweise unmöglich machen. Hierbei gilt jedoch zu beachten, dass die Erfassung der Betätigungsebene als gemeinsame Denkrichtung von Klient und Ergotherapeutin zu verstehen ist, die es erst ermöglicht, die Umwelt des Klienten, in der für ihn sinnvolle Betätigungen stattfinden, zu erfassen. Die zur Erreichung der Betätigungsebene notwendigen Performanzkomponenten (affektiv, kognitiv, physisch) dienen dann in der gemeinsamen therapeutischen Arbeit dazu, den Weg zur erwünschten Betätigung in Stufen zu bewältigen. Für den Bereich der sozialen Interaktion kann ACIS (Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten, Forsyth et al. 1995) zusätzlich zur Anwendung kommen. Auch die Interessencheckliste (Matsutsuyu 1969) und die Rollencheckliste (Barris et al. 1998) können als vertiefende Interviewbögen neben dem COPM eingesetzt werden. Ein weiteres Selbsteinschätzungs-Assessment ist das *Occupational Self Assessment* (OSA, Baron et al. 2000). Es erfasst, ähnlich wie das COPM, die Kompetenzen des Befragten in Bezug auf seine Betätigungen, die damit verbundene Zufriedenheit und die umgebenden Umwelteinflüsse. Sowohl das OSA als auch ACIS sowie die oben genannten Checklisten basieren auf dem MOHO (Kielhofner 2002). Im Vergleich mit diesen Erfassungsinstrumenten fällt auf, dass das COPM die Betätigungsanliegen eher grob erfasst. Innerhalb des Occupational-Performance-Prozesses müssen Ergotherapeutin und Patient die konkrete Ebene der Veränderungswünsche meist noch differenziert erarbeiten und zu überprüfbaren Zielen machen.

Eine weitere Grenze stellt die Belastbarkeit des Patienten dar. Chronisch psychisch Kranke erleben immer wieder Phasen der Instabilität, die sie daran

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.7** Anwendbarkeit des COPM in ausgewählten ergotherapeutischen Arbeitsfeldern

Arbeitsfelder	Rahmenbedingungen und Anwendungsvoraussetzungen
Klinische Psychiatrie Akutbereich	■ Patienten sind durch vermehrte Medikamenteneinnahme sediert, brauchen daher ein sehr kleinschrittiges Vorgehen ■ Hoffnung auf Veränderung kann entstehen ■ Konzentration auf *ein* umsetzbares Ziel reicht aus ■ Weiterführung des OPP auf offenen Stationen ist wünschenswert ■ Enge Zusammenarbeit der ergotherapeutischen Abteilungen ist wünschenswert, um einen kontinuierlichen Behandlungsverlauf zu ermöglichen ■ Weitergabe des COPM an nachfolgend Behandelnde
Tagesklinik	■ Patienten können persönliche Perspektiven entwickeln ■ Eine enge Zusammenarbeit mit der stationären Ergotherapie ist wünschenswert und hilfreich ■ Gute interdisziplinäre Teamarbeit ist notwendig
Tagesstätte	■ Klienten leben im persönlichen Kontext ■ Klienten können aus einem stabilen Umfeld heraus Veränderungen ausprobieren ■ Lange Zeiträume sind nutzbar
Psychosomatische Rehabilitationsklinik	■ Klientenzentrierter Ansatz gut umsetzbar ■ Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann gestärkt werden ■ Erfolge werden transparent ■ Nachteil: Aufenthaltsdauer oft zu kurz
Ergotherapeutische Ambulanzen	■ Einzelarbeit und Klientenzentrierung sind gut umsetzbar ■ Behandlungszeiträume sind variabel ■ Qualitätssicherung wird mit dem COPM praktiziert
Ergotherapeutische Praxen	■ Hohe Flexibilität in der Anpassung an Bedürfnisse des Patienten ■ Variabler Einsatz therapeutischer Methoden möglich ■ Klientenzentrierung gut umsetzbar ■ Längerer Behandlungszeitraum

hindern, sich für sich selbst einsetzen zu können. Diese Phasen müssen bei der Anwendung des COPM berücksichtigt und mit in die Behandlung einbezogen werden. Es kann bei dieser Klientel wichtig sein, zeitweise nur ein einziges Ziel zu verfolgen und die Ressourcenorientierung nicht aus dem Auge zu verlieren.

Weiterentwicklung des CMOP

An dieser Stelle sei auf die aktuellen Entwicklungen des CMOP in Kanada hingewiesen. Townsend und Polatajko (2007) haben in ihrem Buch „Enabling occupation II“ ein neues „Tripel-Bezugssystem“ vorgestellt, das aus drei Modellen besteht. Das *CMOP-E* wurde um den Begriff „engagement“ erweitert. Das *Canadian Model of Client-Centered Enablement* (CMCE) beschreibt ergotherapeutische Kernkompetenzen anhand von zehn Schlüsselqualifikationen und bietet eine Systematik der klientenzentrierten Beziehung. Das dritte Modell ist das *Canadian Practice Process Framework* (CPPF), das als Weiterentwicklung des Occupational Performance Process Model (OPPM) gesehen werden kann. Das CPPF umfasst acht „Handlungsschritte“ (action points), die den therapeutischen Prozess in vollem Umfang aufzeigen (Townsend u. Polatajko 2007).

Da diese Neuerungen erst kürzlich veröffentlicht wurden, gibt es bislang weder eine deutsche Übersetzung noch Erfahrungen aus der Anwendungspraxis. Welchen Einfluss „enabling occupation II“ auf die weitere Umsetzung des seit 1998 in Deutschland bisher angewendeten CMOP/COPM und OPPM haben wird, wird sich erst in den kommenden Jahren zeigen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Anhang: Umsetzung des CMOP am Beispiel einer Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen

Annekatrin Scholz, Ines Schöpplein, Marie Hofmann

Institutionelle Rahmenbedingungen

Im Folgenden wird beschrieben, wie das CMOP (Canadian Model of Occupational Performance) in einer Rehabilitationsklinik mit dem Schwerpunkt Sucht (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) umgesetzt wurde. In der Rehabilitationsklinik mit 166 Betten werden die Rehabilitanden durchschnittlich 16 Wochen behandelt. Neben der Hauptdiagnose leiden die Klienten häufig unter verschiedenen Begleiterkrankungen, z. B. Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Zwangserkrankungen.

In der Ergotherapie arbeiten drei Ergotherapeutinnen als Vollzeitkräfte. Vor der Umsetzung des CMOP in der Rehabilitationseinrichtung gab es zwischen den Ergotherapeuten und den behandelnden Ärzten keinen Austausch, mit den Psychotherapeuten wurden vereinzelt Absprachen getroffen.

Ausgangssituation in der Ergotherapie

Vor Einführung des CMOP gab es folgende Rahmenbedingungen in der Ergotherapie: Bevor die Klienten in die Ergotherapie kamen, wurde der Behandlungsablauf vom zuständigen Psychotherapeuten festgelegt. Dieser erstellte die Verordnung für die Bewegungstherapie und Ergotherapie. In der Ergotherapie wurde keine eigenständige Befunderhebung mehr durchgeführt, auch Zielvereinbarungen wurden mit den Klienten nicht abgeschlossen. Die Klienten wurden in verschiedene Gruppen eingeteilt, dies erfolgte symptombezogen und ohne weitere Klärung mit den Klienten. So wurden z. B. Klienten, für die das Ziel „Verbesserung der Entspannungsfähigkeit“ benannt wurde, immer dem Angebot „Meditatives Malen“ zugeordnet. In der Ergotherapie wurden mit den Klienten keine Zwischengespräche zum Verlauf geführt. Zum Abschluss der Ergotherapie wurde der Therapieverlauf zusammengefasst dokumentiert.

Das Angebot der Ergotherapie definierte keine methodischen Schwerpunkte. Folgende Gruppenangebote wurden vorgehalten, die entsprechend der Indikation der Klienten den Gruppen zugewiesen wurden:

- Materialgruppen (Ton, Speckstein, Korb, Papier, Seide, Holz)
- Meditatives Malen
- Gestaltungstherapie
- Projektgruppen (Hauszeitung, Interaktionsgruppe)
- kognitives Training.

Aus Sicht der Ergotherapeutinnen war das Angebot der Ergotherapie nicht ausreichend transparent für Klienten und andere Berufsgruppen. Zudem bestand der Wunsch, die Klienten stärker als bisher in ergotherapeutische Entscheidungen (z. B. Zielsetzungen, Gruppenzuweisungen) einzubeziehen. Die Vertiefung der Kenntnisse im Bereich der klientenzentrierten Ergotherapie wurde als notwendig angesehen, um diesen Ansatz in der Abteilung umzusetzen. Die Ergotherapeutinnen hatten zudem den Wunsch, die Kommunikation im interdisziplinären Team zu verbessern.

Einführung des CMOP – ein Prozess

Die ersten konzeptuellen Veränderungen in der Ergotherapie wurden im Anschluss an eine Einführungsfortbildung in das CMOP vollzogen. Es wurden Wochenpläne verändert sowie Erstgespräche mit Klienten eingeführt. Es fanden erstmals Zielabsprachen mit den Klienten statt, die auch bei der Auswahl der ergotherapeutischen Therapiegruppen hinzugezogen wurden. Das Assessment bzw. das Messinstrument des CMOP, der Canadian Occupational Performance Measure (COPM), wurde sporadisch eingesetzt.

Um eine systematische und grundlegende Umstellung des Konzeptes der ergotherapeutischen Abteilung im Sinne des CMOP in die Wege zu leiten, nahmen die drei Ergotherapeutinnen der Klinik gemeinsam an einem CMOP-Zertifikatskurs (s. auch www-copm-zertifikat.de) teil. Die konzeptionelle Weiterentwicklung der Ergotherapie wurden von der Betriebsleitung als Maßnahme zur Qualitätsentwicklung der Gesamteinrichtung anerkannt und unterstützt.

Die Erkenntnisse aus dem einjährigen CMOP-Zertifikatskurs wurden kontinuierlich in das ergotherapeutische Konzept aufgenommen. Die Ergotherapie folgte zunehmend dem klientenzentrierten Ansatz, gleichzeitig wurden die Therapiegruppen erstmals nach den kompetenzzentrierten, ausdruckszentrierten und interaktionellen Behandlungsmethoden der Ergotherapie definiert.

Für die Klienten führte die konzeptionelle Umgestaltung zu folgenden Veränderungen:

- Der klientenzentrierte Ansatz der Ergotherapie wird den Klienten zu Therapiebeginn vorgestellt.
- Eine Befunderhebung wird unter Einsatz von verschiedenen Manualen durchgeführt, z. B. Tagesprofile, Aktionspläne, Interessencheckliste (Matsutsuyu 1967), durchgeführt.
- Bei Bedarf wird das Assessement/COPM eingesetzt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Die ergotherapeutische Behandlung wird mit einem Abschlussgespräch beendet.
- Die Klienten haben die Möglichkeit, in offenen Werkgruppen nach Zielabsprachen tätig zu werden.

Das ergotherapeutische Team widmete sich zudem einmal wöchentlich der weiteren Konzeptentwicklung. Die konzeptionellen Veränderungen in der Ergotherapie wurden im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen den anderen Berufsgruppen in der Rehabilitationseinrichtung vorgestellt und mit diesen diskutiert.

Klientenzentrierte Ergotherapie – das Konzept im Überblick

Zusammenfassend werden im Folgenden die konzeptionellen Veränderungen und Neuerungen dargestellt, die durch die Umsetzung des CMOP in einer Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen verwirklicht wurden.

- Alle Klienten erhalten zunächst eine Einführung in das ergotherapeutische Angebot im Rahmen einer Einführungsveranstaltung. Hier werden Informationen zur Ergotherapie vermittelt. Den Klienten wird verdeutlicht, wie bedeutsam sinnvolle Betätigungen für den Einzelnen sind. Auch auf die Wechselwirkungen zwischen einer Person und ihren Kontextfaktoren wird eingegangen.
- Jeder Klient erhält ein persönliches Erstgespräch in der Ergotherapie. In diesem Gespräch werden anamnestische Daten erhoben und individuelle Veränderungswünsche erfragt. Das Gespräch wird in Anlehnung an das Assessment des COPM geführt. Diese Modifizierung im Vorgehen ist notwendig, da die zeitlichen Ressourcen zur Durchführung des COPM-Verfahrens in seiner Originalversion im Regelfall nicht vorhanden sind.
- Die Teilnahme an der Ergotherapie wird zunächst zeitlich begrenzt. Hierdurch soll ermöglicht werden, eine Verlaufsevaluation durchzuführen und ggf. das therapeutische Vorgehen zu modifizieren.
- Für manche Klienten erweist es sich erst im Therapieverlauf als sinnvoll, das COPM-Interview durchzuführen. Es scheint so, als ob vor allem Klienten, die den konventionellen Medien und Materialien der Ergotherapie kritisch gegenüberstehen, mithilfe des COPM-Interviews einen eigenen Fokus herausarbeiten können und so ein Behandlungsauftrag an die Ergotherapie erst möglich wird. Diesen Klienten gelingt es im Rahmen des Interviews, einen Bezug zwischen den ergotherapeutischen Angeboten und ihren Anliegen zur Bewältigung ihres Alltags herzustellen und so eine Therapiemotivation zu entwickeln.
- Häufig wird mittlerweile das ergotherapeutische Angebot durch Aktionspläne und Tagesprofile ergänzt. Mithilfe dieser Materialen gelingt es den Klienten leichter, ihre Schwierigkeiten und Ressourcen bei der Alltagsbewältigung zu erkennen. Diese werden dann in Einzelgesprächen ausgewertet.
- Grundsätzlich wird die ergotherapeutische Behandlung mit einer Abschlussrunde beendet, in der die Klienten die Möglichkeit haben, ihre Erfahrungen und Erkenntnisse zu reflektieren und auszutauschen.

Ingesamt ist der Prozess zur Umsetzung des CMOP in der Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen erfolgreich verlaufen. Die Veränderungen ließen sich nicht von einem Tag auf den anderen realisieren, sondern sind über einen längeren Zeitraum kontinuierlich entwickelt und umgesetzt worden. Voraussetzung für die Umsetzung in der beschriebenen ergotherapeutischen Abteilung war die intensive Schulung aller Mitarbeiterinnen der Ergotherapie im CMOP.

Die Erfahrungen in dieser Rehabilitationsklinik zeigen, dass klientenzentrierte Ergotherapie im Sinne des CMOP mit einer tief gehenden Auseinandersetzung und ggf. Modifizierung der therapeutischen Grundhaltung verbunden ist. Für die Klienten bietet die klientenzentrierte Ergotherapie die Möglichkeit, verstärkt Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Dies wirkt sich positiv auf ihre Therapiemotivation und die therapeutische Beziehung aus.

Die intensive Auseinandersetzung der ergotherapeutischen Mitarbeiterinnen mit konzeptionellen Fragen hat zudem positive Auswirklungen auf ihre berufliche Identität und Selbstdarstellung gehabt. Die Erfahrungen zeigen, dass hierdurch die Kommunikation im interdisziplinären Kontext zu den Inhalten und Zielsetzungen der Ergotherapie leichter wird und erfolgreicher verläuft.

Fallbeispiel: Herr M.

Herr M., 39 Jahre alt, alleinstehend und von Beruf Hausmeister in Teilzeitanstellung, nimmt vor dem Hintergrund der Diagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom an einer 16-wöchigen Rehabilitationsmaßnahme teil. Herr M. leidet seit seiner Geburt unter einer *Zerebralparese*, die sich hauptsächlich durch eine Parese der linken Hand äußert. Er nimmt zum zweiten Mal an einer Langzeittherapie teil. Angestoßen wurde diese Maßnahme sowie die vorangehende Entgiftung durch den Arbeitgeber.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Im Erstgespräch stellt der Klient in einer trotzigen und kindlichen Art dar, dass er mit Ergotherapie nichts zu tun haben will. Er meint, man müsse in der Ergotherapie Körbe flechten.

Vor Einführung des CMOP wäre aufgrund der ablehnenden Grundhaltung des Klienten kein Behandlungsauftrag in der Ergotherapie möglich gewesen, da es keine Alternativen zu den herkömmlichen ergotherapeutischen Angeboten gab. Nach Einführung des CMOP hat die Ergotherapeutin nun die Möglichkeit, dem Klienten die Rahmenbedingungen der Ergotherapie darzustellen und ihn darüber zu informieren, dass ein wesentlicher Ansatz der klientenzentrierten Ergotherapie darin besteht, ihn in seiner Selbstbestimmung zu stärken.

Der Klient kann sich nach dieser Einführung darauf einlassen, dass Assessment COPM durchzuführen. Mithilfe des COPM beschreibt er seine Situation wie folgt:

- Er habe Konflikte am Arbeitsplatz.
- Er empfinde eine Überforderung bei der Haushaltsführung. Vor allem das Einkaufen von Lebensmitteln, das Kochen und Essen beschreibt er als problematisch.
- Er habe Schwierigkeiten beim Umgang mit seinen finanziellen Mitteln.
- Er leide unter einer zunehmenden sozialen Isolation.
- Seine Freizeit- und Kontaktgestaltung begrenze sich zunehmend auf ein trinkendes Umfeld.
- Es fehle ihm an Selbstvertrauen, um „trockene" Kontakte aufzubauen.

Herr M. kann in diesen Bereichen Betätigungsanliegen benennen.

Es entsteht ein Vertrauensverhältnis zwischen Ergotherapeutin und Klient. Für ihn ist es eine neue Erfahrung, dass er aktiv und gestaltend auf den Therapieverlauf Einfluss nehmen kann. Im Rahmen der Ergotherapie bekommt er die Aufgabe, ein Tagesprofil zu erstellen und die Interessencheckliste (Matsutsuyu 1967) auszufüllen. Er steht diesen Maßnahmen zunächst noch sehr misstrauisch gegenüber, da er vermutet, sie könnten dazu führen, dass er doch Körbe flechten müsse.

Als er feststellt, dass er durch die Ergotherapeutin über jeden weiteren Schritt in der Ergotherapie zunächst informiert wird und er selbst entscheiden kann, ob er diesen dann geht, entwickelt sich der Therapieverlauf dynamisch und positiv.

Herr M. kümmert sich selbstständig um weitere Termine in der Ergotherapie, die er zuverlässig einhält. Seine Therapieziele beziehen sich auf für ihn wichtige Veränderungen und er entwickelt eine stabile intrinsische Therapiemotivation, diese umzusetzen.

In den Reflexionsgesprächen im Rahmen der Ergotherapie berichtet er darüber, dass sich seine Freizeitgestaltung innerhalb des Klinikrahmens verbessert habe. Er organisiert Kegelabende und Kochevents mit Gruppenmitgliedern. Zudem kümmert er sich um einen Platz im ambulant betreuten Wohnen.

Im Bereich der Ergotherapie beginnt er, sich gestalterisch mit seinem Selbstbild auseinanderzusetzen. Er erhält die Möglichkeit, seine Erfahrungen in Einzelgesprächen einmal wöchentlich, max. 30 Minuten, zu reflektieren.

Herr M. nimmt wahr, dass er sich in einem persönlichen Entwicklungsprozess befindet, und beginnt, die weiteren anstehenden Schritte zu planen. Er wird durch die Ergotherapeutin unterstützt, wie er seine weiteren Ziele praktisch umsetzen kann.

Für ihn ist es eine neue und erstaunliche Erfahrung zu erleben, dass er selbst Einfluss hat und Wirksamkeit auf sein Leben entwickelt. Diese Erkenntnis gibt ihm neues Vertrauen in seine (Handlungs-)Kompetenzen. Er entdeckt, dass er Fähigkeiten und Fertigkeiten hat, die ihm in Zukunft helfen können, seinen Alltag selbst zu bewältigen und zu bestimmen.

2.1.4 Kawa-(Fluss-)Modell: klienten- und kontextzentrierte Ergotherapie

Michael K. Iwama und Imke Winkelmann

Einleitung

Ergotherapie ist im Grunde beides: einfach und hochgradig komplex. Sie will Menschen in allen Lebensbereichen zur Teilhabe an Prozessen befähigen, die einen individuellen und gesellschaftlichen Wert haben (Iwama 2007). Bisher haben Ergotherapeuten in vielen Teilen der Welt die Komplexität, Klienten zu Handlungen ihres täglichen Lebens zu befähigen, quasi „verleugnet". Dies geschah zugunsten von Vorgehensweisen, die besser den engeren Bahnen der Biomedizin entsprachen. Eine biomedizinisch beeinflusste Ergotherapie legt den Schwerpunkt mehr auf die Krankheiten und Symptome, die Klienten zeigen, und weniger auf die *Konsequenzen* der Erkrankung für das alltägliche Leben (Iwama 2006).

Damit Ergotherapeuten weiterhin ihre Kernanliegen einbringen können – und zwar sowohl in Europa als auch in anderen Teilen der Welt –, muss ihre berufliche Praxis unbedingt für die Vielschichtigkeit der alltäglichen Realitäten ihrer Klienten relevant sein: zu Hause, bei der Arbeit und in ihren Gemeinden (Iwama 2003). Um dies zu erreichen, brauchen Ergotherapeuten bedeutsame, verständliche Bezugsrahmen und konzeptionelle Modelle, die ihre Überlegungen und Interventionsstrategien leiten.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ursprünge des Kawa-Modells

Das Kawa-Modell wurde in den 90er-Jahren von praktizierenden Ergotherapeuten in Asien entwickelt, die einen neuen Bezugsrahmen suchten, der ihnen helfen sollte, die Kernanliegen der Ergotherapie auf die komplexen und unterschiedlichen Alltagssituationen ihrer Klienten anzuwenden. Sie wollten einen Bezugsrahmen, der von beiden Beteiligten, Ergotherapeuten und Klienten, einfach verstanden werden kann – einen Bezugsrahmen (Krefting 1985), der für eine klare Sicht auf die Komplexitäten des Lebenskontextes eines Klienten sorgen und als Landkarte dienen kann, welche das Gebiet der ergotherapeutischen Möglichkeiten beschreibt.

Die bis dahin bekannten westlichen Theorien und Modelle der Ergotherapie, wie das Model of Human Occupation (MOHO) oder das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP), waren nicht einfach übertragbar auf eine Gesellschaft, deren Struktur auf von Kollektivismus und Hierarchie geprägten Wertemustern und sozialen Normen basiert. Sie hatten daher keine universelle Gültigkeit. Es bestanden zu gravierende Unterschiede in den sozialen und kulturellen Kontexten, auf die sich die Bedeutungen der mit den Modellen und den an der westlichen Welt orientierten Theorien verbundenen Konzepte und Prinzipen stützten. Für japanische Ergotherapeuten und ihre Klienten war es schwierig, die westlichen Vorstellungen in Einklang mit ihren Erfahrungen zu bringen. Schwierig waren für sie insbesondere die Begriffe *Selbst*, *Wohlergehen* und *Gesundheit* sowie der in die importierten nordamerikanischen Modelle (z. B. MOHO und CMOP) eingebettete unilaterale Zweck von Selbstbestimmung und -verwirklichung.

Im Osten, wo das *Selbst* oft nicht in einer zentralen privilegierten Position erfahren wird, tendiert die eigene temporäre Orientierung dazu, gleichbedeutend zu sein mit der Wahrnehmung des *Hier und Jetzt.* Ein Zustand des Wohlbefindens wird erreicht, wenn alle Elemente in einem Rahmen oder Kontext, darunter auch das Selbst, in Harmonie koexistieren. Eine Störung dieser Harmonie behindert die kollektive Synergie oder den Lebensfluss bzw. die Lebensenergie. „Verstärkung oder Wiederherstellung der Harmonie" ersetzt Selbstbestimmung und unilaterale Kontrolle als primären Zweck der Ergotherapie in vielen nichtwestlichen Kontexten.

In den Wörterbüchern der meisten östlichen Gesellschaften existierte beispielsweise der Ausdruck „Betätigung" mit all seinen (für unseren Kulturkreis) speziellen und vielschichtigen Bedeutungen nicht. Auch heute noch verwenden Japaner, die die Ergotherapie vor mehr als 40 Jahren importierten, für „Betätigung" im Sinne der Ergotherapie der englischsprachigen Welt nach wie vor den Begriff „sagyou". Dieser lässt sich nur unzureichend mit „langwierige Arbeit der mühsamen Art" übersetzen; weit entfernt von den tiefgründigen Bedeutungen, mit denen westliche Ergotherapeuten ihr Kernkonzept stets beschrieben haben.

Es galt also, theoretische Grundlagen und eine verständliche sowie kulturell bedeutungsvolle Theorie der Ergotherapie zu entwickeln, die für die Welt eines „durchschnittlichen" Japaners, für seine Alltagserfahrungen und Überzeugungen einen Sinn ergeben.

Die Forschungsgruppe untersuchte die Grundlagen ihrer Praxis und entwickelte ein alternatives Modell der Ergotherapie, das Kawa(Fluss-)Modell. Das Kawa-Modell ist die erste substanzielle theoretische Arbeit über Betätigung und Ergotherapie, die außerhalb des Westens entstanden ist. Es entwickelte sich aus einem Prozess der qualitativen Forschung, die hauptsächlich von praktisch tätigen Ergotherapeuten durchgeführt wurde und ihre Impulse somit unmittelbar aus dem Praxiskontext erhielt.

Um die östliche Auffassung von Leben, Erfüllung, Wohlergehen und einer am Kollektiv orientierten Ethik, die Auffassung von Natur, vom Selbst und seiner Relation zur Umwelt, von Interdependenz (gegenseitiger Abhängigkeit) und der Untrennbarkeit aller Elemente der Umwelt sowie das Verständnis von Krankheit und Gesundheit adäquat darstellen zu können, entschied man sich im Laufe des Entwicklungsprozesses dafür, eine Naturmetapher zu verwenden: den Fluss (jap. *Kawa*). Diese Metapher ermöglichte, die dynamische und fließende Natur des Modells zu erklären, Betätigung neu zu definieren und den Zweck der Ergotherapie mit dem, was für das Leben und die Weltsicht der japanischen Bevölkerung von Bedeutung ist, in Einklang bringen zu können.

Das Kawa-Modell, welches im Folgenden kurz dargestellt wird, wurde somit von Praktizierenden für Praktizierende entwickelt. Für deutschsprachige Ergotherapeuten kann es interessant sein, das Modell zu adaptieren und in ihrem eigenen Kontext weiterzuentwickeln.

Leben und Betätigung – wie ein Fluss

Die komplexe Dynamik, die die östliche Sichtweise der Lebensharmonie von Selbst und Kontext auszeichnet, lässt sich am besten anhand einer vertrauten Naturmetapher beschreiben (Lakoff u. Johnson

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

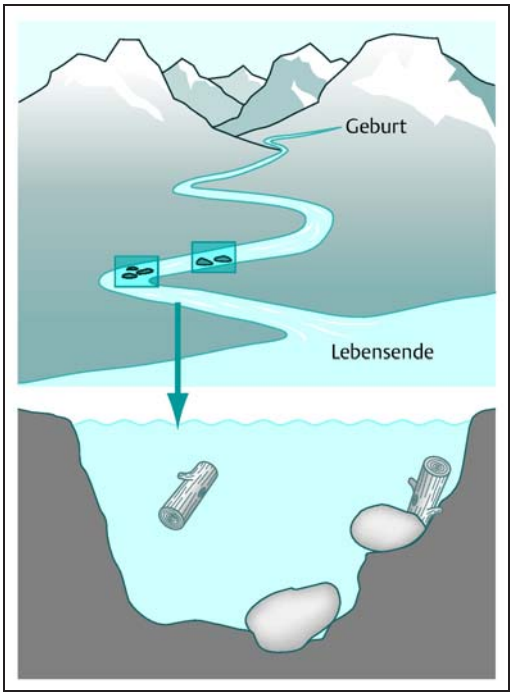

Abb. 2.6 Das Leben ist eine tief gehende und komplexe Reise, die durch Zeit und Raum führt, wie ein Fluss. Die Strömung dieses Flusses ist ruhig und stetig.

1980). Das Leben ist eine komplexe Reise, die durch Zeit und Raum fließt, so *wie ein Fluss.* Was als kleiner Bach in den Bergen beginnt, kann in der Weite, Tiefe und Geschwindigkeit wachsen, sich auf seinem Kurs schlängeln und verändern, bis es schließlich in einem entfernten See oder Meer endet **(Abb. 2.6)**.

Die Qualität des Fließens wird hauptsächlich beeinflusst und geformt durch die Flussbegrenzungen (Boden und Seitenwände), die die soziale und physikalische Umwelt eines Individuums repräsentieren. Steine (Lebensumstände), die in Größe, Form und Anzahl variieren können, verkörpern die Probleme und Herausforderungen des täglichen Lebens. In Kombination mit den Wänden und dem Boden des Flusses (Umweltfaktoren) können *Lebensfluss, Wohlergehen und Betätigung* ermöglicht oder verhindert werden. Treibholz (Ressourcen und Barrieren) kann gegen feste Strukturen (Felsen und Wände) stoßen oder sich daran reiben und so ein größeres Flussbett formen, es kann auch von denselben Strukturen abgefangen werden und so größere Hindernisse im Fluss bilden.

Sinn und Zweck der Ergotherapie in dieser metaphorischen Repräsentation des Menschen besteht daher darin, den *Lebensfluss* unserer Klienten zu ermöglichen und zu verstärken.

Wo Wasser fließt, fließt auch Handlung. Eine gute Ergotherapeutin erfasst die Komplexität von Handlungen im eigentlichen Kontext, sie sucht nach jedem möglichen Weg (in Kooperation mit dem gesamten Team), um die gewünschte und erforderliche Teilhabe zu ermöglichen – das Leben fließt wieder.

Komponenten des Kawa-Modells

Mizu (Wasser)

Mizu, das japanische Wort für „Wasser", repräsentiert metaphorisch die *Lebensenergie* oder den *Lebensfluss* eines Menschen. Flüssig, rein, belebend, sättigend, reinigend und erneuernd sind nur einige der Bedeutungen und Funktionen, die gemeinhin mit diesem Naturelement assoziiert werden. Genauso wie das Leben eines Menschen von seinem Umfeld, d. h. von seinen Lebensumständen und von anderen Menschen, bestimmt und geformt wird, berührt das gleich einem Fluss fließende Wasser die Steine, das Ufer und alle anderen Elemente, die seinen Kontext bilden. Das Wasser umhüllt, definiert und beeinflusst diese anderen Elemente des Flusses, die ihrerseits Tiefe, Gestalt und Geschwindigkeit des Wassers beeinflussen.

Ein Ergotherapieklient – als Individuum wie auch als Teil der Gesellschaft –, dessen Lebensenergie oder Lebensfluss schwächer wird, kann beschrieben werden als jemand, der sich unwohl fühlt, der sich in einem Zustand der Disharmonie befindet. Wenn die Lebensenergie ganz versiegt, vergleichbar mit einem Fluss, der austrocknet oder sich in einen Ozean ergießt, ist das Ende des Lebens erreicht.

Genauso wie das Strömen des Wassers durch seine Umgebung bestimmt wird, interpretieren Menschen in vielen am Kollektivgedanken orientierten Gesellschaften das Soziale als das, was dem individuellen Selbst seine Gestalt verleiht. Menschen in kollektiv strukturierten Gesellschaften, die durch eine von allen geteilte Sichtweise des Kosmos verbunden sind, die die rationalistische Aufspaltung der sie umgebenden Welt in einzelne Teile ablehnt, neigen dazu, dem in ein Beziehungsgeflecht eingebetteten *Selbst* einen sehr hohen Wert zuzuschreiben. Der „Zugehörigkeit und der Interdependenz" kommt ein höherer Wert zu als der „unilateralen und individuellen Selbstverwirklichung und -bestimmung" (Lebra 1976, Doi 1973, Nakane 1970). Das interdependente Selbst wird zutiefst beeinflusst oder sogar bestimmt durch die Vielfalt der sozialen Kontexte, die das Leben mit sich bringt, vergleichbar mit dem Wasser

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

eines Flusses, das überall und immer hinsichtlich seiner Form, Fließrichtung und -geschwindigkeit, Tiefe und Klarheit variiert. Die „Antriebskraft" im Leben eines Menschen ist wechselseitig verbunden mit anderen Menschen, die im selben sozialen Rahmen oder *ba* (Nakane 1970) leben, so wie das Wasser alle Elemente eines Flusses, die seine Form und sein Fließen beeinflussen, berührt, verbindet und in Beziehung zueinander setzt.

Aus dem Blickwinkel des Kawa-Modells fällt der Zustand des Wohlbefindens eines Menschen mit dem Lebensfluss zusammen. In diesem Kontext besteht der ganze Sinn und Zweck der Ergotherapie darin, den Lebensfluss zu verstärken, unabhängig davon, ob er auf der Ebene des Individuums, der Institutionen und Organisationen, der Gemeinschaft oder Gesellschaft interpretiert wird. Genauso wie es in einem Fluss Konstellationen aufeinander bezogener Faktoren/Strukturen gibt, die sein Fließen beeinflussen, bestimmt eine reichhaltige Kombination aus internen und externen Umständen und Strukturen im Lebenskontext eines Klienten unentwirrbar seinen *Lebensfluss*.

Ein Klient, der sich gut fühlt, mag die Umstände, unter denen er der Therapeutin begegnet, als einen kraftvoll fließenden Fluss empfinden – tief und weit, mit wenig Steinen, Treibholz oder anderen Objekten, die das Fließen behindern. Umgekehrt mag ein Klient, der sich von den Umständen überwältigt fühlt, was vielleicht noch von einem Gefühl der Depression verschlimmert werden kann, seinen Fluss als wenig Wasser führend empfinden; weniger Wasser, das zahlreiche Hindernisse umströmt, bestehend aus einem Gewirr aus Steinen unterschiedlicher Größen und Formen, Treibholz und anderen Objekten.

Torimaki: Kawa no Soko-Heki (Seitenwände) und *Kawa no Zoko* (Boden eines Flusses)

Die Seitenwände und der Boden eines Flusses, die im Japanischen als *kawa no soku-heki* und *kawa no zoko* bezeichnet werden, sind die Komponenten bzw. Strukturen der Flussmetapher, die für die Umwelt des Klienten stehen. Zusammen werden sie als *Torimaki* bezeichnet (also als Flussbegrenzung). Aufgrund der Vorrangstellung, die dem Umweltkontext bei der Bestimmung der Konstruktion des Selbst, der Erfahrung des Seins und den daraus folgenden Bedeutungen des persönlichen Handelns eingeräumt wird, sind die Flussbegrenzungen vielleicht die wichtigsten Determinanten für den Lebensfluss eines Menschen in einem gesellschaftlich-sozialen Kontext. Im Kawa-Modell repräsentieren die Seitenwände und Ränder des Flusses den sozialen und physikalischen Kontext eines Menschen. Der soziale Kontext umfasst vor allem diejenigen, die in einer unmittelbaren Beziehung zu diesem Menschen stehen. Abhängig davon, welcher soziale Rahmen als der zu einem gegebenen Zeitpunkt und Ort wichtigste wahrgenommen wird, können Flusswände und -boden Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde, Klassenkameraden etc. repräsentieren. In manchen nichtwestlichen Gesellschaften wie der Japans werden soziale Beziehungen als die zentrale Determinante des individuellen und kollektiven Lebensflusses betrachtet (Nakane 1970).

Aspekte des einen Menschen umgebenden sozialen Umfelds können das gesamte Fließen des *Lebensflusses* beeinflussen. Harmonische Beziehungen können den Lebensfluss ermöglichen und ergänzen. Ein verstärktes Fließen kann einen wirkungsvollen Effekt auf schwierige Umstände und Probleme haben, so wie die Kraft des Wassers Steine im Flussbett verschieben und sogar neue Flussläufe schaffen kann. Umgekehrt kann eine Verminderung des Flussvolumens einen verschlimmernden, negativen Einfluss auf die anderen Elemente ausüben, die Raum im Flussbett einnehmen. Wenn sich dem Lauf des Wassers Hindernisse (Steine und Treibholz) entgegenstellen, wenn Flusswände und -boden dick und einengend sind, ist das Fließen des Flusses in besonders hohem Maß gefährdet. Flusswände und -seiten bestimmen den grundlegenden Wasserlauf, durch den das Leben des Klienten fließt. Aus dem Weg geräumte Hindernisse führen hier metaphorisch zu einer Weitung und Vertiefung des Verlaufes, den das Wasser (das Leben) nimmt.

Die Flussmetapher unterstützt die Kawa-Sichtweise des kollektiven Wohlbefindens, in dem das Selbst untrennbar in die soziale und physische Umgebung des Menschen integriert ist. Es kann nicht isoliert von der Konstellation der Umstände und den Umweltfaktoren, die für das gesamte Problem eine Rolle spielen, betrachtet werden. Wenn man die Pathologie innerhalb eines Individuums „richtet", kann man nur in den seltensten Fällen davon ausgehen, dass auch das bisherige Leben eines Menschen und sein früheres Wohlbefinden automatisch zurückkehren. Wie alle anderen Elemente des Flusses werden diese Konzepte immer in Relation zum Ganzen interpretiert, wobei alle anderen Elemente und ihre Interrelationen und Interdependenzen berücksichtigt werden (Iwama 2004a). Unter dem Blickwinkel der Flussmetapher betrachtet die Ergotherapie das Individuum in Zusammenhang mit allen sich aufeinander beziehenden Faktoren. In japani-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

schen Ergotherapiekontexten, die diesen Rahmen verwenden, wird davon ausgegangen, dass der Klient ihm nahestehende Menschen (z. B. seine Familie) einbezieht und es der Ergotherapie erlaubt, genauso viel Anteilnahme und Nachdruck darauf zu verwenden, sowohl Umweltfaktoren als auch individuelle Faktoren anzupassen.

Iwa (Steine)

Iwa (japanisch für große Steine oder Felsen) repräsentieren separate Umstände, die als Hindernisse für den *Lebensfluss* eines Menschen betrachtet werden. Es sind Lebensumstände, die der Klient als problematisch und schwer zu überwinden wahrnimmt. In den meisten Flüssen, ebenso wie im Leben eines Menschen, finden sich solche Steine oder Hindernisse, die in ihrer Größe, Form und Anzahl variieren können. Große Steine, allein oder zusammen mit anderen Steinen, an den Wänden oder auf dem Boden des Flusses (Umwelt), können das Fließen direkt oder indirekt auf tief greifende Weise beeinflussen oder behindern. Die Steine des Klienten können von Anfang an da sein, wie z. B. Erbkrankheiten. Sie können aber auch von einem Augenblick zum nächsten auftauchen, wie beispielsweise eine plötzliche Erkrankung oder Verletzung, oder nur eine vorübergehende Erscheinung sein.

Die behindernde Wirkung der Steine kann sogar noch zunehmen, wenn sie fest mit Flusswänden und -boden (Umwelt) verbunden sind. Die körperlichen Störungen eines Menschen können zu einer Invalidität führen, wenn sie über eine Schnittstelle mit der Umwelt verbunden sind. Eine (physisch) barrierefreie Umwelt kann die Invalidität abmildern, wie es auch ein soziales und/oder politisches/organisatorisches Umfeld kann, das Menschen mit Erkrankungen/Behinderungen genauso akzeptiert wie Menschen ohne Handicap. Sobald die Steine, wie sie vom Klienten wahrgenommen werden, bekannt sind (auch hinsichtlich ihrer relativen Größe und Lage), kann die Ergotherapeutin helfen, potenzielle Interventionsbereiche und Strategien zur Verstärkung des Lebensflusses zu identifizieren. Die umfassendere kontextuelle Definition von Umständen, welche die Lebensführung einschränken, bringt notwendigerweise die den Klienten umgebende Umwelt ins Spiel. Ergotherapeutische Interventionen können daher Strategien umfassen, die über den „traditionellen Klientenkontakt“ hinausgehen und bis in sein soziales Netzwerk – sogar bis in die politischen und sozialen Strukturen – hineinreichen. Denn das Verständnis für die Kontextfaktoren ist unerlässlich, um die Einbettung des Teilhabeproblems zu verstehen.

Die Konzepte und kontextuellen Anwendungen des Kawa-Modells sind ihrer Natur nach flexibel und anpassungsfähig. Der für jeden Klienten einzigartige Fluss bezieht seine wichtigen Konzepte und Konfigurationen aus der Situation des Klienten, zu gegebener Zeit und an einem gegebenen Ort. Die Definition der Probleme und Umstände ist weit gefasst – so weit und vielfältig wie die Bedeutungswelten unserer Klienten. Umgekehrt lässt diese besondere Konzeptualisierung von Menschen und ihren Lebensumständen die weit gefassten Zukunftsaussichten und Spielräume der ergotherapeutischen Interventionen erahnen, wenn sie in einem bestimmten kulturellen Kontext stattfinden.

Der Klient, sei es ein Individuum oder eine Gruppe, bestimmt im Idealfall spezifische Steine, ihre Anzahl, Größe, Form und ihre Lage im Fluss. Wie bei allen anderen Elementen des Modells können Familienmitglieder oder andere Menschen, die den Klienten und seine Lebenssituation kennen, zur Problemklärung beitragen, falls der Klient selbst nicht in der Lage ist, den eigenen (Lebens-)Fluss darzustellen.

Japanische Ergotherapeuten, die das Kawa-Modell anwenden, haben festgestellt, dass ihre Klienten von Steinen berichten, die sich sehr stark von denjenigen unterscheiden, über deren Existenz die Praktizierenden der Gesundheitsberufe möglicherweise spekuliert haben. Eine Ergotherapeutin kann eine standardisierte Checkliste mit festgelegten Konzepten zur Beobachtung und Messung auf alle individuellen Klienten anwenden und zu einem Ergebnis kommen, das lediglich eine Liste von Problemen und Betätigungsumständen umfasst, die aber in der Lebenswelt des Klienten keinen bedeutungsvollen Nachhall finden. Ein Psychiatriepatient mit diagnostizierter paranoider Schizophrenie muss nicht unbedingt seine auditiven Halluzinationen als seinen „großen Stein“ identifizieren. Er (und oft auch seine Familie) identifizieren möglicherweise andere Faktoren und Umstände als Steine, die in der ursprünglichen Beurteilung der Situation des Klienten durch die Therapeutin überhaupt nicht auftauchten. Relevante und bedeutungsvolle Interventionsstrategien beginnen mit Untersuchungsstrategien, die wirklich auf den Klienten zentriert sind, die Lebenswelt des Klienten reflektieren und im Idealfall im „Wörterbuch“ des Klienten enthalten sind.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ryuboku (Treibholz)

Ryuboku ist das japanische Wort für „Treibholz“ und repräsentiert die persönlichen Eigenschaften und Ressourcen des Klienten, beispielsweise

- Werte, z. B. Ehrlichkeit, Sparsamkeit
- Charakter und Persönlichkeit, z. B. Optimismus, Hartnäckigkeit, Empathie, Kontaktfreudigkeit, auch Zwänge, Zurückhaltung
- erworbene Fertigkeiten, z. B. Tischlern, Sprechen in der Öffentlichkeit
- immaterielles Werte, z. B. Freunde, Geschwister
- materielles Werte, z. B. Reichtum, über spezielle Mittel verfügen
- Neigungen, z. B. Abhängigkeiten, Tugenden etc.

Wie Treibholz sind diese Eigenschaften und Ressourcen vielleicht von vorübergehender Natur oder auch von prägender Bedeutung für das gesamte Leben. Treibholz kann sich somit positiv oder negativ auf die Lebensumstände und den Lebensfluss des Klienten auswirken. In manchen Fällen kann es sich als irrelevant erweisen, in anderen als ausgesprochen hinderlich – insbesondere dann, wenn es sich zwischen den Steinen und den Flussrändern und -wänden festsetzt. Andererseits kann Treibholz mit diesen Strukturen auf eine Weise kollidieren, dass Hindernisse aus dem Weg geräumt werden. Beispielsweise können die religiösen Überzeugungen eines Klienten und sein Sinn für Bestimmung positive Faktoren für seine fortgesetzten Bemühungen sein, Steine abzutragen oder aus dem Weg zu räumen. Das Erhalten einer finanziellen Zuwendung, um eine spezialisierte unterstützende Ausrüstung zu erwerben, kann das Stück Treibholz sein, das mit den existierenden Flussbehinderungen kollidiert und damit ein breiteres Flussbett öffnet, durch das das Leben eines Menschen mit größerer Kraft fließen kann.

Treibholz ist Bestandteil im Fluss eines jeden Menschen und oft vergleichbar mit den häufig nicht auf den ersten Blick offensichtlichen oder greifbaren Eigenschaften und Ressourcen, die jeder einzelne Klient hat. Deren tatsächliche oder potenzielle Auswirkung auf die Situation des Klienten verdient besondere Aufmerksamkeit. Jedes Stück Treibholz, das sinnvoll genutzt wird, kann den Lebensfluss kräftigen.

Japanische Ergotherapeuten machen sich oft die Mentalität ihrer Klienten als starke, verborgene Kräfte zunutze, die auf unterschiedliche Weise verwendet werden können, um den Lebensfluss zu verstärken. Sie nutzen z. B. die Zielgerichtetheit und Hartnäckigkeit sowie das Bestreben der Klienten, den Anforderungen der sozialen Gruppen, denen sie angehören, gerecht zu werden. In anderen Fällen kann die Therapeutin eine bestimmte Fertigkeit oder die Affinität des Klienten, z. B. zu Holzarbeiten, als Potenzial nutzen, um das Fließen seines Flusses zu erhöhen.

Sukima (Räume zwischen Hindernissen) – das Versprechen der Ergotherapie

Wenn die Flussmetapher, die den Lebensfluss des Klienten beschreibt, deutlicher wird, richtet sich die Aufmerksamkeit auf die *sukima* (Räume zwischen Steinen, Treibholz, Flusswänden und -boden). Es ist wichtig, diese Räume eines Klienten genauso gut zu verstehen wie die anderen Elemente des Flusses, wenn man festlegt, wie die ergotherapeutische Intervention gestaltet werden und welche Richtung sie nehmen soll. Im Kawa-Modell sind *sukima* die Stellen, durch die die Lebensenergie (Wasser) des Klienten sichtlich fließt, und diese Räume repräsentieren „Betätigung“ in einer ostasiatischen Perspektive.

Das auf natürliche Weise durch diese Räume strömende Wasser kann Steine, Flusswände und -boden abtragen und mit der Zeit in größere Leitungsbahnen für den Lebensfluss umwandeln. Dieser Effekt reflektiert das unterschwellige Genesungspotenzial, das jeder Klient in sich selbst und dem nicht von ihm zu trennenden Kontext trägt. Aus dieser Sichtweise bezieht Ergotherapie ihre Qualität aus der Arbeit mit den Fähigkeiten, Eigenschaften und Ressourcen des Klienten und lenkt die ergotherapeutische Intervention in die Richtung aller Elemente dieses Kontextes.

Räume repräsentieren somit wichtige Hauptanliegen für die Ergotherapie. Die Räume finden sich im gesamten Kontext des Selbst und seiner Umgebung; zwischen den Steinen, Wänden und Boden und dem Treibholz. Räume subsumieren die Umgebung als Teil des übergeordneten Kontextes des Problems und erweitern den Spielraum der Intervention, um auf natürliche Weise das zu integrieren, was nach westlicher Auffassung durch den Dualismus von intern (Bezug nehmend auf das *Selbst* und persönliche Attribute) und extern (Bezug nehmend auf eine Umwelt, die separat und als außerhalb des Selbst befindlich konstruiert ist) einzeln behandelt worden wäre. Räume sind potenzielle Wege für den Fluss des Klienten; sie erlauben es dem Klienten und der Therapeutin, viele Ansatzpunkte und Ebenen der Intervention festzulegen. Auf diese Weise ist jedes Problem oder jede befähigende Möglichkeit an einen umfassenderen Kontext gebunden und wird durch ihn bestimmt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Statt den Versuch zu unternehmen, die Probleme eines Menschen auf einzelne Aspekte zu reduzieren (z. B. indem man sich nur auf die Steine konzentriert), unterstützt das Kawa-Modell die Ergotherapeutin, die Probleme innerhalb eines holistischen Rahmens zu betrachten, zu behandeln und sie innerhalb der nicht von ihnen zu trennenden Kontexte zu begreifen. Betätigung wird daher als etwas Ganzheitliches betrachtet, in dem auch die Bedeutung der Aktivität für das Selbst und die Gemeinschaft, zu der das Individuum untrennbar gehört, enthalten ist, und nicht nur hinsichtlich seiner biomechanischen Komponenten oder seiner individuellen Pathologie und Funktion. Es gibt viele tatsächliche und potenzielle Räume in einem Fluss.

Phänomene und Lebensumstände treten nur selten isoliert auf. Indem man einen Aspekt der Welt des Klienten verändert, verändert man auch alle anderen Aspekte seines Flusses. Die Räume des Flusses repräsentieren Möglichkeiten, wie das Problem gelöst oder der Fokus der Intervention auf optimierende Bedingungen gelenkt werden kann. Dabei muss nicht notwendigerweise ein unmittelbarer Bezug zum medizinisch definierten Zustand des Klienten bestehen. Das folgende Fallbeispiel veranschaulicht die Anwendung des Kawa-Modells in der Praxis.

Fallbeispiel: Herr N.

Herr N. ist 25 Jahre alt und der jüngste von drei Söhnen. Nach der Wiedervereinigung war Familie N. von Dessau in Sachsen-Anhalt nach Köln umgezogen, hier hatten seine Eltern neue Arbeitsplätze gefunden. Nach dem Abitur und dem sich anschließenden Zivildienst begann Herr N. ein Informatikstudium in Dortmund. Da er Schwierigkeiten hatte, den Anforderungen der Universität gerecht zu werden, brach er das Studium jedoch im dritten Jahr ab.

Im 5. Semester seines Studiums entwickelten sich bei Herrn N. zunehmend auffallende Stimmungsschwankungen. Manchmal fühlte er sich ängstlich und war paranoid. Zu anderen Zeiten fühlte er sich euphorisch, voller Energie und grenzenlos optimistisch. Anderen fielen Veränderungen in seinem Verhalten auf. Seine Eltern bemerkten, dass er seine Kreditkarte bis aufs Äußerste überzogen hatte. Studienkollegen und Dozenten fiel auf, dass er plötzlich ohne Erklärungen für mehrere Tage „verschwand". An manchen Tagen beschwerte er sich, dass er nicht schlafen konnte – er blieb die ganze Nacht wach, hörte Musik und sah während der Vorlesungen sehr müde und ungepflegt aus. Andere Phasen wurden charakterisiert durch ein kontinuierliches Schlafbedürfnis, in denen er stets angab, immer müde zu sein – er blieb tagelang in seinem Zimmer. Herr N. wurde beobachtet, wie er in seinen unruhigen und ängstlichen Phasen exzessiv Alkohol trank und sogar synthetische Drogen, wie Ecstasy, nahm, wahrscheinlich, um sich zu seinen täglichen Aufgaben aufraffen zu können. Seine Freunde, Mitstudenten und Mitbewohner bemerkten dramatische Verhaltensänderungen. Während die meisten Freunde sich abwendeten, suchten andere für ihn nach Hilfe, indem sie mit ihren Dozenten und sogar einer Mitarbeiterin der psychologischen Studienberatung sprachen **(Abb. 2.7)**.

Zu dieser Zeit chattete er regelmäßig in Internetforen, in denen er wiederholt erwähnte, dass er einen Selbstmord plane. Einige Wochen darauf wurde Herr N. im Studentenwohnheim kollabiert auf dem Boden gefunden. Er hatte versucht, sich mit einer Überdosis Tabletten das Leben zu nehmen. Er wurde zunächst vom Notarzt in das örtliche Krankenhaus gebracht und von dort, nachdem er sich körperlich stabilisiert hatte, in die psychiatrische Klinik verlegt. Hier wurde eine bipolare affektive Störung diagnostiziert. Nach kurzer stationärer Behandlung und begonnener Medikation verließ Herr N. die Klinik auf eigenen Wunsch. In den folgenden Monaten hielt er sich ausschließlich bei seinen Eltern auf. Weitere ambulante therapeutische Maßnahmen erfolgten nicht, er nahm die empfohlenen Medikamente nicht ein und begab sich auch nicht in eine weitere ärztliche Behandlung.

Obwohl sich seine Eltern sehr um ihn kümmerten und für ihn sorgten, äußerten sie zunehmend Bedenken wegen seiner Zukunft. Langsam verloren sie die Geduld mit ihm: „Unser Sohn ist Mitte zwanzig; so langsam sollte er sich dazu durchringen, dass er sein Studium beendet oder sich wenigstens einen Job sucht." Es schien offensichtlich, dass sie sich nicht im Klaren darüber waren, wie schwer ihr Sohn erkrankt war. „Er soll wie seine älteren Brüder werden – einer ist Ingenieur und der andere Steuerberater. Sie haben alle schwere und anstrengende Zeiten mitgemacht, haben aber die Ärmel hochgekrempelt, sind in die Universität und in ihre Berufe gegangen." Sie sahen die Tendenz ihres jüngsten Sohnes, zu Hause zu bleiben – ohne Motivation, eine Arbeit zu finden –, nicht als einen Ausdruck seiner affektiven Störung. Die Karriereerwartungen seiner Eltern, ebenso erfolgreich wie seine zwei Brüder zu sein, bedrückten ihn sehr. „Ich bin das schwarze Schaf der Familie. Meine Brüder sind gut, nur ich kann mich nicht zusammenreißen. Manchmal denke ich, es wäre besser gewesen, wenn ich mit meinem Selbstmordversuch erfolgreich gewesen wäre."

Seit seinem Klinikaufenthalt beklagte Herr N. vor allem, dass er sich öfter depressiv als euphorisch und glücklich fühle. In einer zunehmend depressiven Episode mit erneut geäußerten Suizidgedanken wurde er schließlich vom Hausarzt in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Herr N. konnte sich nun auf eine längerfristige sta-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tionäre Behandlung einlassen. Neben einer medikamentösen Einstellung und anderen therapeutischen Maßnahmen wurde von der Ärztin Ergotherapie verordnet.

Anwendung des Kawa-Modells

Die Ergotherapeutin entscheidet sich, das Kawa-Modell anzuwenden, um einen weiten, holistischen Blick auf die Situation und das tägliche Leben von Herrn N. zu erhalten. Zunächst ermutigt sie ihn, über sein Leben zu sprechen und dabei die Metapher des Flusses zu verwenden, der sein Leben beschreibt. Die Ergotherapeutin merkt, wie zugewandt Herr N. war – bereitwillig im Beantworten der Fragen und einverstanden mit allen Vorgehensweisen. Zu seinen Erzählungen über sein früheres und sein heutiges Leben malt die Ergotherapeutin das Bild eines Flusses, das sie für weitere Fragen und Diskussionen zum nächsten Treffen mit Herrn N. mitnehmen will. Dieses wird das Befragen zu den Bedeutungen und Prozessen im Fluss ihres Klienten beinhalten sowie die Beziehung zwischen den einzelnen Komponenten.

Der Fluss des Herrn N.

Beim nächsten Treffen mit Herrn N. beginnt die Ergotherapeutin das Gespräch mit ihm anhand des Bildes.

Ergotherapeutin: „Da wir nun etwas mehr darüber wissen, wie Ihr Fluss in der Gegenwart aussieht, können Sie etwas darüber sagen, wie Ihr Fluss aussah, bevor Sie Probleme mit Ihren Stimmungen bekamen?“

Herr N.: „Das Leben war viel einfacher damals – frei und leicht – und so voll von Hoffnung. Ich hatte eine Freundin, Freunde, meine Eltern waren glücklich mit mir. Ich habe zweimal pro Woche in einer unteren Liga Fußball gespielt und ich war gut in der Schule und zunächst auch in der Uni.“

Ergotherapeutin: „Damals, als noch alles gut verlief in Ihrem Leben, wie erschien Ihnen Ihr zukünftiger Lebensfluss?“

Herr N.: „Eigentlich genauso, wirklich – ich meine, ich habe mich gesehen, wie ich glücklich einen Job finde – ich würde Geld verdienen als ITler und ich hätte eine nette Freundin, die ich wahrscheinlich heiraten würde. Ich würde am Wochenende Fußball spielen und mit meinen Freunden Partys feiern. Ich weiß nicht genau, aber das stellte ich mir vor. Es war komplett anders als jetzt.“

Ergotherapeutin: „Wie sieht Ihr zukünftiger Lebensfluss jetzt aus?“

Herr N: „Eigentlich sieht er ganz mies aus. Meine Eltern sind enttäuscht von mir, ich bin depressiv und werde es wohl immer sein. Ich werde nicht in der Lage sein, zu studieren oder zu arbeiten. Ich habe keine wahren Freunde, ich habe kein Interesse an Frauen – sie haben auch kein Interesse an einem Mann mit einer psychischen Störung und ohne Aussicht auf eine Karriere. Genauer gesagt habe ich auch kein Interesse daran, mit einer Frau zusammen zu sein.“

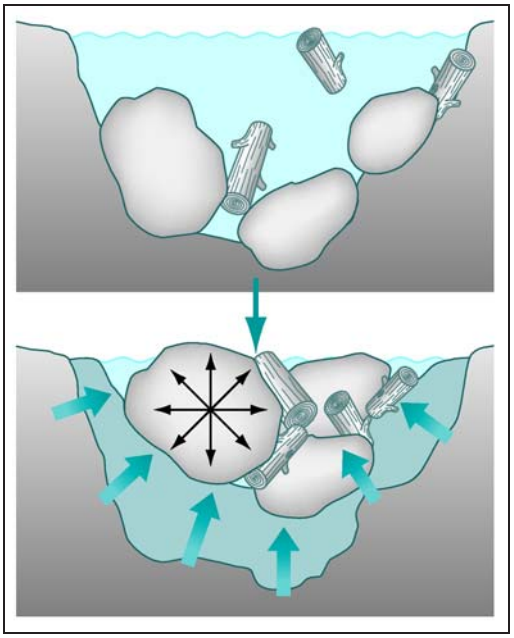

Abb. 2.7 Als Herr N. in sein 3. Studienjahr kam, hat sich der Strom seines Flusses dramatisch geändert. Es schien, als ob plötzlich eine Menge an großen Steinen und Treibholz in seinem Fluss aufgetaucht sei, was den früheren, gewohnten, stetigen Fluss katastrophal veränderte. Zu allem Unheil kam hinzu, dass Flusswände – die Umweltfaktoren einschließlich der physischen und sozialen Umgebung – mit Steinen und Treibholz kollidierten, sodass der Lebensfluss behindert wurde. So wie Treibholz den Fluss hinuntertreibt und Wände und Felsen abtragen oder aushöhlen kann, so schienen seine starke Leistungsbereitschaft, seine Liebe für den Sport (speziell Fußball) und auch seine Hilfsbereitschaft, sich zwischen all den starken Strukturen zu verfangen und seinem Lebensfluss Frustration und Hindernisse hinzuzufügen.

Ergotherapeutin: „Können wir nun die Zukunft beiseite lassen und über das Hier und Jetzt reden? Können wir Ihren aktuellen Fluss, Ihren Lebensfluss, betrachten – oder besser gesagt: die Strömungshindernisse?“

Es ist ungewiss, ob Herr N. der Ergotherapeutin den Blick auf seinen aktuellen Lebensfluss erlaubt, weil er es wirklich will oder weil er einfach dem Wunsch der

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

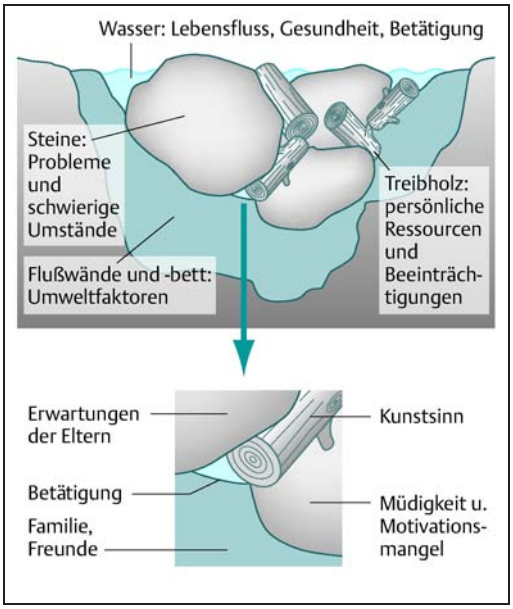

Abb. 2.8 Herrn N.s aktueller Fluss. Er zeigt die 4 Kawa-Komponenten und einen genaueren Blick auf einen der Wege, die das Wasser momentan nimmt.

Ergotherapeutin nachgibt (aus Antriebsmangel oder mangelndem Willen, sich zu widersetzen), jedenfalls diskutieren sie, wie es Herrn N. in der jetzigen Situation geht. Eigentlich ist er überrascht zu erfahren, dass jemand Interesse an seiner miserablen Lage zeigt. Es hört ihm sogar jemand zu. Er ist einverstanden, sich an die „Spielregeln" der Ergotherapeutin zu halten.

Die Ergotherapeutin und Herr N. fahren fort, über seinen derzeitigen Lebensfluss und seine Lebensumstände zu sprechen. Hierbei überrascht Herr N. seine Ergotherapeutin, indem er sich Schreibwerkzeug nimmt und einen Fluss zeichnet.

Herr N.: „Eigentlich liebe ich es zu zeichnen; darin bin ich gut. Ich habe in meiner Kindheit und meiner Jugend viel gezeichnet und gemalt, aber ich habe damit aufgehört, als ich mit dem Informatikstudium an der Universität angefangen habe. Dann gab es nur das Studium und keinen Spaß oder angenehme Kunst für mich."

Als Herr N. seinen Fluss gemalt hat, befragt ihn die Ergotherapeutin zu allen möglichen Strukturen seiner Zeichnung.

Ergotherapeutin: „Was ist das hier für ein Stein? Warum ist er so groß? Ist dieser Stein hier wirklich so klein? Sollte dies hier denn Treibholz sein oder ein Stein?"

Sie hinterfragt, wie sich die Erkrankung auf Herrn N.s Betätigungsperformanz auswirkt und welche Aktivitäten für sein tägliches Leben eine besondere Bedeutung haben. Schließlich ist eine Zeichnung davon entstanden, wie Herr N. sein tägliches Leben aus seiner Perspektive wahrnimmt.

Abb. 2.8 zeigt, wie Herr N. seinen aktuellen Fluss sieht. Da der Fluss im Kawa-Modell stets Lebensgeschichte mit sich bringt, verändert sich die jeweilige Ansicht von Querschnitten durch den Fluss von einem Moment zum anderen. Die jetzige Zeichnung wird als Bezugspunkt benötigt, aber die Ergotherapeutin ermutigt ihre Klienten, dass sie darin Änderungen und Korrekturen vornehmen, wenn sie es für richtig halten.

Einige Beispiele aus Herr N.s aktuellen Erklärungen und Beschreibungen werden hier aufgeführt.

Flusswände und -seiten: Herr N. nennt drei Hauptkomponenten in seinem Umfeld (sozial und physisch).

Seine Freunde: Die wenigen, die sich intensiv um ihn gekümmert haben, sodass er sich Hilfe suchte, als er immer kränker wurde, listet er als einen ganz wichtigen Teil seines Lebens auf. „Sie sind wichtig, weil sie ein Teil meiner früheren Identität sind – als eine Person der Gesellschaft, die zur Schule und zur Uni gegangen ist, sich auf ein gutes Leben und eine Karriere vorbereitet hat." Seine Freunde rufen ihn von Zeit zu Zeit an, aber Herr N. verrät, dass er immer eine Entschuldigung hat, um sie nicht zu sehen oder zu besuchen.

Das Haus seiner Familie liegt in einem Kölner Vorort. Herr N. bezeichnet es als sein Gefängnis. „Es ist beides: Die Gesellschaft ist vor psychisch kranken Menschen wie mir geschützt und ich bin vor der Gesellschaft geschützt."

Seine Familie: In erster Linie sind hier seine Eltern gemeint. Er beschreibt sie als diejenigen, die sehr hohe Erwartungen an sein Leben und seine Zukunft haben. Für ihn sind sie wahrscheinlich der bedeutendste Teil seiner Existenz. Herr N. erwähnt, dass seine Mutter und sein Vater ihn lieben und unterstützen, aber gleichzeitig bemerkt er auch, dass sie tief enttäuscht sind durch sein Versagen an der Uni und seine Unfähigkeit, sein Leben und seine Karriere in den Griff zu bekommen. „Ich versuche, es ihnen recht zu machen, aber es ist unmöglich – ich bin zu müde und ich werde so ängstlich und scheue mich davor zu tun, was sie verlangen."

Steine: Herrn N.s Steine bestehen, zu diesem frühen Zeitpunkt der Ergotherapie, aus vier eher großen schwierigen Gegebenheiten. Diese sind: „unangemessen hohe Erwartungen der Eltern", „keine Energie (Müdigkeit und Motivationsmangel)", „Lange-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

weile“ und der „Abbruch seines Studiums“. Diese Steine sitzen bedrohlich in der Mitte von Herrn N.s Lebensfluss und in Kombination mit der Umwelt und internen Faktoren werden sie Hindernisse und Verengungen in seinem Lebensfluss bewirken. Das Entfernen, Zerstören und Abtragen der Steine durch die Kraft des Wassers oder das Kollidieren mit dem Treibholz kann zu einem Durchbrechen oder Erweitern der Wasserläufe führen, durch die Herrn N.s Leben wieder neu fließen wird.

Treibholz: Wie wir wissen, bedeutet Treibholz glückliche Faktoren oder persönliche Eigenschaften, die Teil des Lebens und der Erfahrung eines jeden sind. Sie kommen und gehen. Herr N. identifiziert und benennt mehrere Hölzer in seinem Fluss, wie z. B. *die Kunst, seine ehemalige Freude am Sport, aber auch z. B. seinen Umgang mit Drogen oder sein mangelndes Selbstwertgefühl.*

Räume: Räume stehen symbolisch für Lebensenergie oder Lebensfluss im Kawa-Modell. Räume werden auch von vielen dahin gehend interpretiert, Betätigung und Ergotherapie zu repräsentieren. Gleichbedeutend mit Lebensfluss sind dies Wasserläufe von Kreativität, Hoffnung und Optimismus. Sie sind auch das Medium, durch das der Klient und die Therapeutin ihren Bemühungen Ausdruck verleihen können – wie Wasser, das durch einen Wasserlauf drängt und dem Leben so einen größeren Raum zum Fließen verschafft. Herr N. kann keine Räume erkennen, durch die das Wasser fließen kann. „Mein Fluss ist komplett und permanent blockiert; es hat keinen Sinn, sehen Sie? Es ist hoffnungslos.“ Die Ergotherapeutin: „Eigentlich ist Ihre Situation nicht hoffnungslos. Sehen Sie diese blauen Bereiche zwischen den Steinen und dem Flussufer? – Ich sehe Wasserläufe, in denen das Wasser noch fließt. Sicherlich, es ist nicht viel, aber wo Wasser fließt, da fließt auch Leben … und aus diesem Grund bin ich recht optimistisch, was Sie betrifft. Sehen Sie dieses Treibholz? Es hängt fest, aber ich denke, wir sollten versuchen, wenigstens ein Stück Holz zu entfernen, um etwas Wasser zwischen den Steinen und Wänden fließen zu lassen.“

Die leitende Natur des Flusses

Ein Fluss voller relevanter Handlungsmöglichkeiten

Mithilfe des Kawa-Modells kann Herr N. seine Situation umfassend aus seiner persönlichen Perspektive und mit seinen Worten beschreiben. Im Gegensatz zu anderen ergotherapeutischen Modellen benennt der Klient alle Bausteine selbst. Alle Wasserverläufe im Fluss repräsentieren seine persönlichen Betätigungen. Unterschiedliche Strukturen wie beispielsweise Steine, Treibholz oder Flusswände schränken die Betätigungen ein. Sobald sich die Größe oder auch die Anzahl der Begrenzungen wie Steine oder Treibholz verändern, können sie jede Betätigung abschwächen oder verstärken.

Tab. 2.8 , S. **104f** und **Abb. 2.9**, S.**106** fassen Herrn N.s Kawa-Komponenten zusammen, die der Ergotherapeutin eine Vielzahl an potenziellen Behandlungszielen bieten.

Im Verlauf von Herrn N.s stationärem Aufenthalt entwickelt die Ergotherapeutin in Zusammenarbeit mit dem gesamten Team und Herrn N. einen umfassenden ergotherapeutischen Behandlungsplan. Die Informationen aus dem Kawa-Modell helfen ihr bei der Konkretisierung. Es gilt, viele Aspekte der Steine, des Treibholzes und der Flussbegrenzungen näher zu untersuchen und zu verstehen. Für die ergotherapeutische Diagnostik wird die Anwendung von standardisierten oder nichtstandardisierten Assessments eine Hilfe sein. Alle geplanten Interventionen zielen darauf ab, den denkbar besten Weg zu finden, Herrn N.s Betätigungen ein besseres Fließen zu ermöglichen. Die Prioritäten setzen Klient und Therapeutin gemeinsam. Auch wenn die aufgelisteten Optionen anfänglich zu zahlreich sind: Die Liste hilft der Therapeutin und dem Klienten festzulegen, welche Ziele realistisch sind und welche sie auf einen späteren Zeitpunkt verschieben sollten. Im Verlauf der Therapiesitzungen wird Herr N. das Fließen seines Flusses mit früheren Stellen seines Flussverlaufs vergleichen, d. h., er wird z. B. sein gegenwärtiges Befinden mit der Situation vor dem Klinikaufenthalt vergleichen. Die Therapeutin kann ihn auch fragen, wie er sich seinen Fluss in Zukunft vorstellt. Gemeinsam können sie eine Strategie zurechtlegen, um dorthin zu gelangen.

Im optimalen Fall behindern bei Abschluss der Therapie nur noch wenige Steine Herrn N.s Fluss. Eine zeitlich begrenzte, ambulante Ergotherapie kann im Anschluss an den stationären Aufenthalt stützend für Herrn N. sein. Sollte sein Fluss besser fließen, befähigt durch den Beitrag der Ergotherapie, könnte er letzten Endes vielleicht so aussehen wie in **Abb. 2.9**, S. **106.**

Diskussion

Um die ergotherapeutische Praxis zu gestalten und ihren spezifischen Beitrag zu veranschaulichen, benötigt man Modelle und Ansätze, die den unterschiedlichen, individuellen Kontexten jedes einzelnen Klienten anzupassen sind. Ergotherapie sollte über die medizinische Diagnose und Symptome hinausgehen. Um Klienten aus allen Gesellschaftsschichten zu befähigen, an für sie bedeutungsvollen Aktivitäten und Prozessen beteiligt zu sein, müssen

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.8** Kawa-Inventarisierung von Herrn N.s Betätigungsproblemen und den Möglichkeiten der Ergotherapie

Kawa-Konzept	**Herrn N.s Kawa-Strukturen**	**Beispiele für weitere Erhebungen, mögliche Interventionen und Möglichkeiten der Teamarbeit** **1) Sind mehr quantitative und qualitative Informationen gewünscht?** **2) Wie kann man diese Strukturen ändern, um einen größeren Lebensfluss zu bewirken?**
Wasser und (Zwischen-) Räume Die Lebensenergie und der Lebensfluss des Klienten Betätigung und Partizipation: der Fokus der Ergotherapie	Herrn N.s Leben fließt noch, in kleinen Mengen zwischen den Strukturen des Flusses. Diese können sein: Kunst – Zeichnen und Malen Sport – Fußball Informatik Leute – Freundschaften	Wasser ist die Lebensenergie des Klienten. Das Vorhandensein von Wasser in der Flusszeichnung von Herrn N. bestätigt die Existenz von Betätigungen in seinem Leben. Diese Betätigungen hat er vor seiner Erkrankung mehr und intensiver ausgeübt. Jeder Wasserlauf in der Flusszeichnung zeigt das Potenzial, dass diese Betätigungen wieder stärker fließen können. Der Auftrag der Ergotherapeutin ist es, dem Klienten einen stärkeren Lebensfluss und für ihn bedeutungsvolle Betätigungen zu ermöglichen. Jeder der Wasserläufe in Herrn N.s Fluss wird begrenzt durch eine oder mehrere der unten aufgeführten Strukturen. Die Zusammenarbeit zwischen Herrn N. und der Ergotherapeutin zielt darauf ab, die Größe der Hindernisse zu reduzieren oder sogar alle Hindernisse zu beseitigen. Im Fall von Herrn N. können Anzahl und Qualität der Räume, die er in seinen regelmäßig im Laufe der Zeit angefertigten Zeichnungen ausdrückt, als ein Indikator von aktuellen Stimmungen dienen: ein Mangel an Raum spiegelt den Stand seiner Depressionen wider, dagegen können mehr Raum und weniger Hindernisse auf eine Verbesserung hinweisen.
Steine Einzelne Umstände, die den Wasser- oder Lebensfluss erschweren Lebensumstände, die der Klient als problematisch und schwer zu beseitigen wahrnimmt	Erwartungen der Eltern Langeweile/Alltagsleben Keine Energie (Müdigkeit und Motivationsmangel) Unbeendetes Studium	Gemeinsam Behandlungsziele formulieren, die realistisch und von persönlicher Bedeutung sind und die dem Fernziel dienen, die Partizipation wiederzuerlangen. In der Zielformulierung alltags- und berufspraktische, aber auch soziale Fähigkeiten berücksichtigen. Aktivitäten auswählen, um Herrn N.s aktuelle Fähigkeiten (die in den Räumen benannt wurden) herauszufinden. Das könnte helfen, das Erfahren von Langeweile zu verringern. Nach Schwierigkeit gestaffelte, weder Unter- noch Überforderung darstellende, Aktivitäten einsetzen, um Herrn N. seine Fortschritte deutlich zu machen. Er könnte seinen Motivationslevel steigern, indem er erfreuliche Betätigungen wiederentdeckt. Seine künstlerischen Arbeiten könnten ihm ermöglichen, seine Gefühle gegenüber seinen Eltern und seine Erfahrungen mit der bipolaren affektiven Störung auszudrücken. Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team: ▪ Diskussion von Wirkung/Nebenwirkung der Medikation ▪ Die Familie zusammenbringen, um eine Diskussion über Herrn N.s Probleme mit den hohen Erwartungen seiner Eltern und deren Auswirkung auf seine Angst, Unzulänglichkeiten, sein Selbstbewusstsein und -vertrauen zu führen. Außerdem können hierbei Herrn N.s weitere (beruflichen) Perspektiven thematisiert werden (z. B. Studium/Job, Wohnsituation nach Entlassung)

Ku
Di
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!

Flusswände und -boden Das Umfeld des Klienten Untrennbar von allen anderen Flussstrukturen wie Wasser und Steinen	Eltern und Familie Klinikpersonal (vor allem Ergotherapie) Freunde Zuhause	Alltags- und lebensweltorientierte Therapieplanung: Hausbesuch, um Herrn N.s häusliche Situation zu beurteilen. Herausfinden, welche Faktoren im familiären Rahmen förderlich und/oder blockierend sind. Herausfinden, wie Herrn N.s Tagesabläufe aussehen, um Einsicht zu bekommen, warum er sich meistens zurückzieht. Abwägen, was Herr N. dort mit familiärer Unterstützung tun könnte, um seinen Lebensfluss zu verbessern. Untersuchen der Umwelt (unter besonderer Berücksichtigung seiner Rollen und Beziehungen zu Familie und Freunden), Empfehlungen für Aktivitäten außerhalb des Zuhauses geben. Außenaktivitäten können eine sehr wichtige Komponente der Intervention darstellen. Kontaktaufnahme zu Freunden/Studienkollegen anregen und unterstützen. Herr N. könnte seine Eltern einladen, sich die Ergotherapie anzuschauen, um sein momentanes Umfeld und seine Aktivitäten kennenzulernen. Austausch im multiprofessionellen Team, was die ganze Familie von der Zusammenarbeit mit dem Team, dem Krankenhaus und der Ergotherapie erwartet. Wege finden, wie die Zusammenarbeit optimiert werden kann.
Treibholz Die persönlichen Eigenschaften und Ressourcen des Klienten, die sich positiv oder negativ auf die Lebenslage oder den Lebensfluss auswirken können	Persönlich, freundlich (+) Künstlerisch (+) Frühere Freude an Sport (+) Drogenmissbrauch/-abhängigkeit (–) Niedriges Selbstbewusstsein (–) Niedriges Selbstvertrauen (–) Rückzugstendenzen/Ausreden den Freunden gegenüber (–)	Evaluieren und Ergründen von Wegen, wie Herr N. sich selbst durch künstlerische Tätigkeiten ausdrücken kann. Herausfinden, ob Kunst eine Art Stressbefreiung sein kann und eine Alternative für ihn, um seine Gefühle auszudrücken, wenn Worte nicht reichen. „Horizonterweiterung“ durch Angebot alternativer Techniken und Materialen als weitere Ausdruckmöglichkeit in Betracht ziehen. Anforderungen/Inhalte der Ergotherapie an Herrn N.s interaktionelle Fähigkeiten anpassen (von der Einzel- über die Partner- zur Gruppen-, Gemeinschafts- und/oder Projektarbeit). Das Erstellen eines Wochenplanes, Ausfüllen eines Reflexionsbogens zu aktuellen Aktivitäten oder Anfertigen einer „Stimmungstabelle“ kann Herrn N.s Eigenverantwortlichkeit, Selbstwahrnehmung und -reflexion fördern. Herausfinden, wie man Herrn N.s Wissen und Interesse bezüglich Netzwerksystemen (PC) nutzen kann. ▪ Nutzung eines PC-Arbeitsplatzes (z. B. Cogpack, Auftragsarbeiten wie Tabellenerstellung in der Ergotherapie), ▪ Freiwillige Arbeitsmöglichkeiten finden, z. B. in der Gemeinde Sein Potenzial für Wiederaufnahme und Abschluss des Studiums oder die Suche nach einem Job in seinem Bereich kann ebenfalls evaluiert werden. Die Zielplanung hinsichtlich berufsorientierter Kompetenzen könnte eine Weitervermittlung in andere therapeutische Bereiche bedeuten (z. B. Belastungserprobung, Praktikum). Morgendliches Bewegungsangebot in der Gruppe. Sein Interesse an Sport evaluieren und klären, welche sportlichen Aktivitäten im Rahmen des Klinikaufenthaltes außerdem möglich sind (z. B. Reittherapie, Bewegungs- und Musiktherapie). Freude und selbst kleine sportliche Erfolge können sein Selbstwertgefühl und sein Vertrauen positiv beeinflussen. Wie bereits (siehe Steine) erwähnt, gilt es im multiprofessionellen Team zu klären, wie die Erwartungen der Familie und Herrn N.s Unfähigkeit, diese zu erfüllen, seine Frustration, sein geringes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl verschlimmern (Angehörigenberatung, Psychoedukation).

Ku
Di
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!

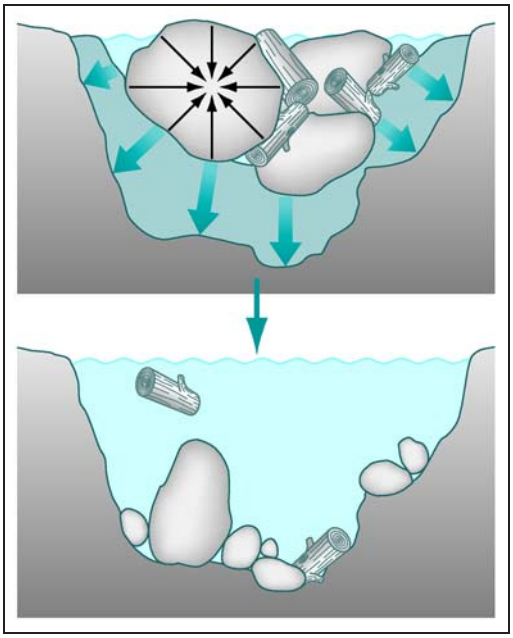

Abb. 2.9 Das Ziel der Ergotherapie ist es, alle realisierbaren Aspekte aus dem alltäglichen Kontext des Klienten zu berücksichtigen und alles zu tun, um einen stärkeren Lebensfluss zu ermöglichen.

sich die ergotherapeutischen Modelle dem einzelnen Klienten anpassen, nicht umgekehrt. Dies bedarf eines natürlichen Bezugsrahmens, den sowohl Ergotherapeuten als auch deren Klienten leicht verstehen können.

In diesem Kapitel wurde eine kurze Fallstudie aus dem Bereich der Psychiatrie verwendet, um das Potenzial des Kawa-Modells zu verdeutlichen und eine sehr handlungsorientierte und klientenzentrierte Ergotherapie zu ermöglichen.

Das Kawa-Modell beschränkt sich nicht auf ein bestimmtes Arbeitsfeld. Es hat sich sowohl für die ergotherapeutische Arbeit in der psychiatrischen als auch in der somatischen Medizin als hilfreich erwiesen. Es kann beispielsweise in der Akutbehandlung, in der Rehabilitation oder in der Sterbebegleitung Anwendung finden, es kann gesundheitsfördernde Aktivitäten unterstützen oder auch ein Schema für präventive Strategien darstellen.

In psychiatrischen Anwendungen kann es hilfreich sein zu verstehen, dass die Philosophie hinter dem Kawa-Modell nicht danach sucht, eine Störung zu *heilen*. Wohlbefinden im täglichen Leben ist mehr als das Nichtvorhandensein einer medizinischen Pathologie.

Für Ergotherapeuten ist das Kawa-Modell ein geeignetes Werkzeug, mit dessen Hilfe sie die komplexen Betätigungswelten ihrer Klienten besser verstehen und würdigen können. Das Modell ist nur so kraftvoll wie die Metapher, die es im eigenen kulturellen Bedeutungskontext des Klienten repräsentiert, und sollte niemals im Sinne eines universellen Rahmens verwendet werden, in dem der Klient nur eine untergeordnete Rolle spielt. Therapeuten, die das Kawa-Modell in ein neues oder unvertrautes Setting einbringen, sind gut beraten, davon abzusehen, ihre eigene Sichtweise der Metapher auf den Klienten zu übertragen.

Verschiedene Wege der Anwendung in Übereinstimmung mit kulturellen Bedingungen

Solange die Flussmetapher für Klient und Therapeutin verständlich und relevant ist, kann das Kawa-Modell kulturübergreifend wirksam sein (Iwama 2004b) und zum gegenseitigen Verständnis dienen. In westlichen ergotherapeutischen Settings werden in den meisten Fällen die Klienten die Flusszeichnungen anfertigen. In anderen Fällen wird die Ergotherapeutin diese Zeichnungen anfertigen. Es kann aber auch vorkommen, dass gar keine Zeichnung angefertigt und das Kawa-Modell lediglich als Gedankengerüst benutzt wird, das die Ergotherapeutin unterstützt, Klienteninformationen einzuordnen, und ihr hilft, komplexe Fälle in einem angemessenen Kontext zu verstehen.

In ostasiatischen Settings wie in Japan hingegen, wo in strengen Hierarchien angeordnete kollektive soziale Strukturen weit verbreitet sind, wird die Ergotherapeutin unweigerlich diejenige sein, die die Betätigungsumstände des Klienten übersetzt und die daraus resultierende Erzählung oder das Bild auf Grundlage der Flussmetapher konstruiert. Was jedoch unabhängig davon von größter Bedeutung zu sein scheint, ist der therapeutische Prozess, der im Anschluss daran gefördert wird. Die Flussmetapher, die das Leben des Klienten beschreibt, wird zu einem gemeinsamen Fokus für den therapeutischen Prozess, eine Dynamik des Vertrauens und ein Dialog des gegenseitigen Verstehens wird etabliert. Wenn beide Seiten sich darüber beraten, was einen Stein oder Treibholz und die relative Größe und Beziehungen zwischen den Flusselementen des Klienten ausmacht, vermittelt dies dem Klienten das sichere Gefühl, dass sich die Therapeutin wirklich dafür interessiert, wie das tägliche Leben und seine Herausforderungen dem Klienten erscheinen.

Außerdem können Verbindungen hergestellt werden zwischen dem Hier und Jetzt, Zeitpunkten in der

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Vergangenheit und der Zukunft des Klienten, um die Kontinuität zu fördern und die Relevanz der ergotherapeutischen Intervention zu unterstreichen. Die zahlreichen Anknüpfungspunkte für die Diskussion des Betätigungsstatus des Klienten in einem Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft umfassenden Kontinuum sorgen dafür, dass diese Form der Ergotherapie ihre Konzentration auf den Klienten nicht verliert.

Ergotherapeuten, die in variierenden kulturellen Kontexten praktizieren, sind aufgefordert, das Modell sowohl auf konzeptioneller als auch auf struktureller Ebene so zu verändern, dass es den spezifischen sozialen und kulturellen Kontexten ihrer diversen Klienten gerecht wird. Alle universellen Mutmaßungen und besitzergreifenden Interpretationen des Modells und seiner Anwendbarkeit sind fehl am Platz. Denn obwohl das Kawa-Modell den Eindruck vermitteln kann, es bevorzuge japanische kulturelle Kontexte, sollte es nicht als etwas betrachtet werden, dass bestimmte Kulturen ausschließt. Die Nützlichkeit und Sicherheit dieses Modells für unterschiedliche Bevölkerungen hängt davon ab, wie vertraut die jeweiligen Klienten mit der Flussmetapher sind und welche Relevanz sie für sie hat.

Das für die westliche Ergotherapie vielleicht recht unkonventionell erscheinende Kawa-Modell mag eine Herausforderung darstellen:

- bestimmte Eigenheiten und Qualitäten zeitgenössischer Ergotherapiemodelle zu beleuchten
- bestehende Auffassungen und den eigenen Standpunkt kritisch zu überdenken
- eine Standortbestimmung des eigenen therapeutischen Handelns vorzunehmen.

Da das Modell hier im deutschsprachigen Ergotherapiekontext vorgestellt wird, sind Ergotherapeuten eingeladen, das Kawa-Modell kritisch zu untersuchen, es zu adaptieren und weiterzuentwickeln, um ein einfaches und dennoch zugleich theoretisch fundiertes, praxisrelevantes und für alle Beteiligten transparentes Handeln zu ermöglichen.

2.2 Ergotherapeutische Behandlung

Heike Lagemann

2.2.1 Rahmenbedingungen und Grundlagen der Qualitätssicherung

Seit einigen Jahren spielt das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. So regelt das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) die Sicherung der Qualität der Leistungserbringer. Die gemeinsamen Rahmenempfehlungen (gemäß § 125 Abs. 1 SGB V) der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene verpflichten den jeweiligen Heilmittelerbringer, so auch die Ergotherapie, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Auch für Krankenhäuser ist die Verpflichtung zur Qualitätssicherung im SGB V explizit geregelt worden (Gans 2004).

Da die Begriffe Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und andere, damit zusammenhängende Begriffe jedoch unterschiedlich verwendet werden, erklären die folgenden Definitionen sie zunächst für dieses Kapitel.

Qualität

Im unten stehenden Auszug aus einem Leitbild eines Krankenhauses (DRK Kliniken Berlin) finden sich dazu eine praktische Erklärung und anschließend eine eher formalistische Definition.

> *Qualität:* „… das Ausmaß, in dem wir die Erwartungen und Wünsche (Anforderungen) unserer verschiedenen Anspruchsgruppen befriedigen" (Färber et al. 2004, S. 9).
> „… der Grad, in dem ein Satz inhärenter (einer Einheit innewohnender) Merkmale Anforderungen erfüllt". Merkmal ist als „kennzeichnende Eigenschaft" definiert und Anforderung als „Erfordernis" oder „Erwartung" (Sens u. Fischer in Färber et al. 2004, S. 9).

Prozess

Um Anforderungen und Wünsche von Klienten zu befriedigen, erbringen die Mitarbeiter im Gesundheitswesen spezifische Leistungen, z. B. ergotherapeutische Leistungen. Diese Leistungen werden in Prozessen erbracht.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Vergangenheit und der Zukunft des Klienten, um die Kontinuität zu fördern und die Relevanz der ergotherapeutischen Intervention zu unterstreichen. Die zahlreichen Anknüpfungspunkte für die Diskussion des Betätigungsstatus des Klienten in einem Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft umfassenden Kontinuum sorgen dafür, dass diese Form der Ergotherapie ihre Konzentration auf den Klienten nicht verliert.

Ergotherapeuten, die in variierenden kulturellen Kontexten praktizieren, sind aufgefordert, das Modell sowohl auf konzeptioneller als auch auf struktureller Ebene so zu verändern, dass es den spezifischen sozialen und kulturellen Kontexten ihrer diversen Klienten gerecht wird. Alle universellen Mutmaßungen und besitzergreifenden Interpretationen des Modells und seiner Anwendbarkeit sind fehl am Platz. Denn obwohl das Kawa-Modell den Eindruck vermitteln kann, es bevorzuge japanische kulturelle Kontexte, sollte es nicht als etwas betrachtet werden, dass bestimmte Kulturen ausschließt. Die Nützlichkeit und Sicherheit dieses Modells für unterschiedliche Bevölkerungen hängt davon ab, wie vertraut die jeweiligen Klienten mit der Flussmetapher sind und welche Relevanz sie für sie hat.

Das für die westliche Ergotherapie vielleicht recht unkonventionell erscheinende Kawa-Modell mag eine Herausforderung darstellen:

- bestimmte Eigenheiten und Qualitäten zeitgenössischer Ergotherapiemodelle zu beleuchten
- bestehende Auffassungen und den eigenen Standpunkt kritisch zu überdenken
- eine Standortbestimmung des eigenen therapeutischen Handelns vorzunehmen.

Da das Modell hier im deutschsprachigen Ergotherapiekontext vorgestellt wird, sind Ergotherapeuten eingeladen, das Kawa-Modell kritisch zu untersuchen, es zu adaptieren und weiterzuentwickeln, um ein einfaches und dennoch zugleich theoretisch fundiertes, praxisrelevantes und für alle Beteiligten transparentes Handeln zu ermöglichen.

2.2 Ergotherapeutische Behandlung

Heike Lagemann

2.2.1 Rahmenbedingungen und Grundlagen der Qualitätssicherung

Seit einigen Jahren spielt das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. So regelt das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) die Sicherung der Qualität der Leistungserbringer. Die gemeinsamen Rahmenempfehlungen (gemäß § 125 Abs. 1 SGB V) der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene verpflichten den jeweiligen Heilmittelerbringer, so auch die Ergotherapie, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Auch für Krankenhäuser ist die Verpflichtung zur Qualitätssicherung im SGB V explizit geregelt worden (Gans 2004).

Da die Begriffe Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und andere, damit zusammenhängende Begriffe jedoch unterschiedlich verwendet werden, erklären die folgenden Definitionen sie zunächst für dieses Kapitel.

Qualität

Im unten stehenden Auszug aus einem Leitbild eines Krankenhauses (DRK Kliniken Berlin) finden sich dazu eine praktische Erklärung und anschließend eine eher formalistische Definition.

> *Qualität:* „… das Ausmaß, in dem wir die Erwartungen und Wünsche (Anforderungen) unserer verschiedenen Anspruchsgruppen befriedigen" (Färber et al. 2004, S. 9).
> „… der Grad, in dem ein Satz inhärenter (einer Einheit innewohnender) Merkmale Anforderungen erfüllt". Merkmal ist als „kennzeichnende Eigenschaft" definiert und Anforderung als „Erfordernis" oder „Erwartung" (Sens u. Fischer in Färber et al. 2004, S. 9).

Prozess

Um Anforderungen und Wünsche von Klienten zu befriedigen, erbringen die Mitarbeiter im Gesundheitswesen spezifische Leistungen, z. B. ergotherapeutische Leistungen. Diese Leistungen werden in Prozessen erbracht.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Prozess: Aus verschiedenen Arbeitsschritten bestehender Arbeitsablauf. In diesen Ablauf können mehrere Abteilungen (z. B. eines Krankenhauses) einbezogen sein, die durch eine komplexe Folge von miteinander verknüpften Arbeitsprozessen ein definiertes Ergebnis erreichen.

Qualitätsmanagement

Aufgabe des Qualitätsmanagements (QM) ist es zu erkennen, welche Anforderungen oder spezifischen Bedürfnisse jede Anspruchsgruppe hat und welche Möglichkeiten denkbar sind, diese in einem angemessenen Verhältnis besser zu befriedigen. Qualitätsmanagement lässt sich untergliedern in:

- Qualitätspolitik: Die Leitung formuliert übergeordnete Absichten und die Ausrichtung des Unternehmens zur Qualität.
- Qualitätsziele: angestrebte oder zu erreichende Ziele bezüglich der Qualität.
- Qualitätsplanung: Festlegen der Qualitätsziele, Prüfschritte, Messgrößen und notwendige Ausführungsprozesse zur Erreichung der Ziele.
- Qualitätslenkung: Erfüllen von Qualitätsanforderungen.
- Qualitätssicherung: Erzeugen von Vertrauen und Feststellen der Erfüllung der verschiedenen Anforderungen.
- Qualitätsverbesserung: Erhöhen der Fähigkeiten zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen (Färber et al. 2004).

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen verfolgt Ziele, die auch auf die Ergotherapie anwendbar sind (Habermann 2001):

- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Ablaufprozesse in den Organisationsbereichen so beherrschen, dass Fehler und damit verbundene Kosten vermieden werden
- Transparenz der Abläufe schaffen, um Vertrauen bei Patienten und deren Angehörigen, Ärzten und Kostenträgern zu schaffen
- Mitarbeiterorientierung und Partizipation.

Qualitätsmanagement: „Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation [z. B. Klinik, ergotherapeutische Praxis] bezüglich Qualität“ (DIN 2000, S. 21).

Anregungen zum Qualitätsmanagement finden Ergotherapeuten im Leitfaden zur internen Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken, der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Aktion Psychisch Kranke (Aktion Psychisch Kranke 1996) entwickelt wurde. Der Leitfaden berücksichtigt durchgängig die Nutzerperspektive (d. h. hier die Perspektive der Patienten) und hat einen personenzentrierten (s. Kap. 1.1) und multiprofessionellen Ansatz. Die Qualitätsbeurteilung wird anhand einer Kontextmatrix durch das multiprofessionelle Team erbracht und beschreibt 20 Qualitätsanforderungen an die klinische psychiatrische Behandlung:

- Verminderung der pathologischen Symptomatik
- Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance
- Förderung der sozialen Integration
- Schutz der Würde der Patienten
- Nutzerzufriedenheit
- Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz
- Rechtssicherheit
- positive Wirkung nach außen
- Orientierung der Behandlung am Individuum
- beziehungsorientierte Behandlung
- Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung
- mehrdimensionales Krankheitskonzept
- methodisch-wissenschaftliche Orientierung
- Integration der verschiedenen Therapieverfahren und Angebote, multiprofessionelle Behandlung
- Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen
- Nachrangigkeit stationärer Hilfen
- angemessene Dokumentation
- Reflexion
- Wirtschaftlichkeit
- Erhaltung und Förderung personeller Ressourcen
- aufgabengerechter Einsatz der Mitarbeiter
- Regelung der fachlichen Zuständigkeit
- ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln.

Anforderungen an das Qualitätsmanagement

Bereits 1999 hat eine Arbeitsgruppe einen Praxisleitfaden zur Entwicklung von Qualitätsstandards in der klinischen psychiatrischen Ergotherapie (Dalhoff et al. 1999) entwickelt. In diesem Leitfaden werden strukturelle und konzeptionelle Anforderungen für die klinische Ergotherapie beschrieben, die an die Bedingungen anderer ergotherapeutischer Arbeits-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

felder (z. B. im komplementären Bereich, in der ergotherapeutischen Praxis) adaptiert werden können.

Strukturelle Anforderungen

Räumlichkeiten und Ausstattung

Angemessene Räumlichkeiten und Ausstattung sind eine Voraussetzung für eine qualitätsorientierte ergotherapeutische Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus. Folgende Aspekte müssen dabei berücksichtigt werden:

- **Standort:** Der Vorteil einer dezentralen Lage der Abteilung ist die räumliche Distanz von der Station. Sie fordert vom Patienten Selbstständigkeit, Orientierung usw. Hingegen sollten für Patienten einer geschlossenen Station die Räume der Ergotherapie nach Möglichkeit zentral liegen, um ggf. eine Weglauftendenz zu vermeiden.
- **Anzahl und Größe der Räume:** Ein Gruppentherapieraum sollte pro Ergotherapeutin (mit mindestens 30 qm) vorhanden sein. Einzeltherapieräume, z. B. ein Computerraum (mit mindestens 9 qm) sind nach Bedarf und Abteilungsgröße einzurichten. Weitere Räume sind vorzusehen für Maschinen, Tonofen, Übungsküche, Warteraum für Patienten, Büro, Lager, Patienten- und Personaltoilette.
- **Ausstattung:** Die jeweiligen Räume sind funktionsgerecht mit ausreichend Grundeinrichtungsgegenständen, Maschinen, Werkzeugen und Materialien unter Beachtung aller Arbeitsschutzvorschriften einzurichten (weitere Details s. Dalhoff et al. 1999).

Personalbedarf und Qualifikation

Der Personalbedarf für den stationären Bereich wird mithilfe der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ermittelt (s. Kap. 1.1.) Voraussetzung für eine fachgerechte Behandlung sind ausgebildete Ergotherapeuten, die sich nach den Erfordernissen entsprechend fort- und weiterbilden.

Funktionsabläufe

Abläufe und Verantwortlichkeiten der Abteilung werden durch Stellenbeschreibungen geregelt. Stellenbeschreibungen benennen unmittelbar und mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten sowie Aufgaben der Abteilungsorganisation. Bei einer größeren Zahl von Mitarbeitern (ab etwa drei Beschäftigten) ist eine ergotherapeutische Leitung erforderlich, die administrative und konzeptionelle Aufgaben übernimmt.

Konzeptionelle Anforderungen

Eine wesentliche Aufgabe des Qualitätsmanagements ist das Optimieren von Prozessen, die der Leistungserstellung dienen. Ergotherapeutische Leistungen werden durch Behandlungskonzepte erzielt. Im Folgenden wird daher der Begriff Konzept anstelle von Prozess verwendet.

Ergotherapeutisches Konzept

Die ergotherapeutische Konzeption ist eingebettet in die jeweiligen institutionellen Bedingungen. Sie berücksichtigt dabei:

- organisatorische Rahmenbedingungen der Einrichtung
- Zielvereinbarungen zwischen Kostenträger und Institution
- inhaltliche Ausrichtung der Institution (z. B. verhaltenstherapeutischer oder tiefenpsychologisch-analytischer Ansatz)
- Therapeuten-Patienten-Schlüssel
- Besonderheiten der Klienten
- Größe der Räumlichkeiten und Ausstattung
- Budget.

Diagnostik

Ergotherapeutische Diagnostik ist eine differenzierte Erhebung der Fähigkeiten sowie der Beeinträchtigungen des Patienten mittels Befragung, teilnehmender Beobachtung und Hintergrundinformationen. Sie ist die Grundlage für die weitere Planung.

Zielbestimmung

Die Festlegung der Ziele ist Grundlage für die Auswahl der Behandlungsmethoden und -maßnahmen. Moderne Ergotherapie arbeitet hierbei klientenzentriert, d. h., die Zielsetzung wird gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und orientiert sich an seiner Lebenswelt. Dies kann im Rahmen eines freien oder halbstrukturierten Interviews (z. B. COPM) geschehen.

Die ergotherapeutischen Ziele, insbesondere das Rehabilitationsziel, werden mit dem multiprofessionellen Team abgestimmt.

Planung und Durchführung der ergotherapeutischen Maßnahmen

Die ergotherapeutischen Methoden und Maßnahmen sowie die Sozialform werden in Absprache mit dem Patienten festgelegt und durchgeführt. Die Behandlung wird regelmäßig gemeinsam mit dem Patienten ausgewertet und der Entwicklung des Patienten angepasst.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Dokumentation

Um den Behandlungsverlauf zu dokumentieren, werden folgende Daten erhoben:

- Protokoll über den Erstkontakt
- Anamnesebogen
- Beobachtungsbogen der Befunderhebung
- Verlaufsdokumentation der Behandlung
- Abschlussbericht
- Fragebogen zur Nutzerzufriedenheit.

Beispiele für Dokumentationsbögen finden sich z. B. bei Dahlhoff et al. (1999), Schirrmacher (2001). Ebenso können die Auswertungsbögen der verschiedenen ergotherapeutischen Assessments wie z. B. MOHO oder COPM zur Dokumentation genutzt werden.

Arbeitsvoraussetzungen und -zufriedenheit

Voraussetzung für Qualität sind zufriedenstellende Arbeitsbedingungen. Diese werden gefördert z. B. durch regelmäßige Teambesprechungen, Supervision.

Zusammenarbeit mit beruflichen Aus- und Weiterbildungseinrichtungen

Der regelmäßige Austausch und die Zusammenarbeit, z. B. mit regionalen Schulen für Ergotherapie und Weiterbildungsinstituten, ist notwendig, um innovativ und zukunftsweisend zu arbeiten.

Vernetzung mit komplementären Versorgungsangeboten

Die Zusammenarbeit der klinisch tätigen Ergotherapeuten mit den komplementären Diensten der Region gewährleistet die kontinuierliche Nachbehandlung und -versorgung der psychisch kranken Menschen und ist damit ein wichtiger Faktor zur Sicherung des Behandlungsergebnisses.

Qualitätsmanagement in einer psychiatrischen Klinik

In beinahe allen psychiatrischen Kliniken wird Ergotherapie als eine Leistung im Rahmen der Gesamtbehandlung angeboten. Ergotherapeutische Abteilungen benötigen somit kein eigenes Qualitätsmanagement-System (QM-System), sondern ihre Abläufe sind im Rahmen einer Prozesseinheit im jeweiligen QM-System der gesamten Klinik dargestellt. Der Gesetzgeber verpflichtet zwar die Krankenhäuser zum Qualitätsmanagement, regelt aber nicht, welches QM-System angewendet werden muss. Folgende Systeme finden zurzeit in Krankenhäusern Anwendung:

- *EFQM-Modell für Excellence der European Foundation of Quality Management* (EFQM)
- Internationale Normenreihe DIN EN ISO 9000ff.
- *Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus* (KTQ) und
- andere QM-Systeme einzelner Trägerverbände, wie z. B. proCum Cert (Gans 2004, S. 238).

Entscheidet sich eine Organisation für ein offizielles QM-System bzw. QM-Modell, hat dies den Vorteil, dass sie sich zertifizieren kann. Externe Vertreter des QM-Modells prüfen dazu einheitliche Qualitätsstandards. Kommen sie zu einem positiven Ergebnis, erhält die Organisation sozusagen ein (meistens) international anerkanntes Gütesiegel.

Exkurs: QM-Modelle

Das **EFQM-Modell** wurde 1998 für Industrie- und Dienstleistungsunternehmen von Firmen (wie z. B. Siemens AG, Volkswagen AG) entwickelt. Mittlerweile wird das Modell in allen Branchen, auch in Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen angewendet.

Das Krankenhaus, das dieses Modell einsetzt, strebt nachhaltig eine führende Marktposition an und möchte sich durch sogenannte Alleinstellungsmerkmale von der Konkurrenz abheben. Das EFQM-Modell basiert auf Grundkonzepten der Excellence:

- Ergebnisorientierung
- Kundenausrichtung
- Führung und Zielkonsequenz
- Management mittels Prozessen und Fakten
- Entwicklung und Beteiligung der Mitarbeiter
- kontinuierliches Lernen
- Aufbau von Partnerschaften
- soziale Verantwortung.

Im Rahmen einer systematischen und umfassenden Selbstbewertung der aufgeführten Aspekte durch die Leitung werden Stärken und Schwächen sowie Verbesserungsmöglichkeiten in der Organisation deutlich.

Das **Modell DIN EN ISO 9000:2000ff** erklärt den Weg von der Einführung, Aufrechterhaltung bis hin zur kontinuierlichen Verbesserung des QM-Systems. Bereits in den 50er-Jahren entwickelten sich branchen- oder produktbezogene Modelle des Qualitätsmanagements, die die Vorläufer der ISO-9000er-Normenreihe sind. 1987 wurden sie international verabschiedet und seitdem ständig weiterentwickelt. Das QM-System der Normreihe greift jeden Bereich im Krankenhaus auf:

- Patientenanforderungen und/oder andere Kundenanforderungen sollen die Qualität der Behandlungsprozesse in der Institution bestimmen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Für die Erbringung der notwendigen Dienstleistungen müssen materielle und personelle Ressourcen organisiert werden.
- Die Geschäftsführung ist für die Bereitstellung und den Einsatz der Ressourcen sowie das Prozessmanagement verantwortlich.
- Durch Messungen und Analysen erhält man die relevanten Informationen zur Qualität und kann anschließend mit notwendigen Verbesserungsprozessen beginnen.

Das 1998 entwickelte **KTQ** wird von den GKV-Spitzenverbänden, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Deutschen Pflegerats getragen. Es ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren bzw. QM-System. Eine Fremdbewertung durch akkreditierte Visitoren erfolgt nach folgenden Kriterien:

- Patientenorientierung
- Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- QM auf Grundlage einer Selbstbewertung.

2003 wurde ein für die Psychiatrie überarbeiteter KTQ-Kriterienkatalog entwickelt.

Das **proCumCert-Modell** existiert ebenfalls seit 1998 und wurde als Zertifizierungsverfahren für kirchliche Krankenhäuser und ihre Einrichtungen entwickelt. Dieses Modell ergänzt das KTQ-Modell um Aspekte, die kirchliche Krankenhäuser prägen:

- Trägerverantwortung
- Spiritualität
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft (Färber et al. 2004).

Qualitätsmanagement in einer ergotherapeutischen Praxis

Das Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung (IQH e. V.) hat das sogenannte IQH-Excellence-Modell für niedergelassene Ergotherapeuten entwickelt. Es orientiert sich an den bereits dargestellten Modellen der DIN EN ISO 9000:2000ff und der EFQM. Das Institut hat sich zur Aufgabe gemacht:

- das Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich weiterzuentwickeln unter Sicherstellung der Einhaltung gesetzlicher Vorgaben.
- funktionelle Rahmenbedingungen zu schaffen.
- die Interessen der selbstständigen Heilmittelerbringer im Hinblick auf das Qualitätsmanagement zu vertreten.

Der Deutsche Verband für Ergotherapeuten (DVE) ist dem eingetragenen Verein IQH beigetreten, um Qualitätsmanagement nicht allein von verbandspolitischen Aufgaben abhängig zu machen (Stenzel 2004). Im Rahmen eines Workshops am Institut erwirbt der Praxisinhaber die Fähigkeiten, ein QM-Handbuch zu erstellen, seine Prozesse in der eigenen Praxis zu reflektieren und zu bewerten. Einen genauen Ablauf der Selbstbewertung und des Zertifizierungsprozesses sind bei Stenzel (2004) dargestellt.

Zusammenfassend kann Qualitätsmanagement als Führungsaufgabe beschrieben werden, die alle Hierarchieebenen in einer Institution unter Einbeziehung der Mitarbeiter mit dem Ziel der Kundenzufriedenheit und der kontinuierlichen Verbesserung umfasst (Harth u. Peper 2007). Die Auseinandersetzung mit Kriterien des Qualitätsmanagements gibt Ergotherapeuten also die Möglichkeit, das eigene berufliche Handeln kritisch zu hinterfragen, Behandlungskonzepte weiterzuentwickeln und zu optimieren. Nach Gans (2004) sollten v. a. leitende Ergotherapeuten grundlegende Kenntnisse im Qualitätsmanagement erwerben und diese Kompetenz in dem jeweiligen Modell vertiefen, das die eigene Institution einführt. In der Einführungs- und Implementierungsphase des QM-Systems kann und sollte sich die ergotherapeutische Abteilung aktiv beteiligen.

2.2.2 Therapeutische Grundhaltung und Gesprächsführung

In der modernen Ergotherapie wird der Mensch als autonomes Wesen gesehen, das ein Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung hat. Dieses Wertesystem (Götsch 2001, S. 226) spiegelt sich in verschiedenen Grundannahmen wider, die das Berufsverständnis der Ergotherapie prägen und neben anderen wissenschaftstheoretischen Bezügen (z. B. Handlungstheorie) auf ihren inneren Bezug zum Menschenbild der humanistischen Psychologie hinweisen:

- Die Fähigkeit, handeln zu können und dieses Handeln zu steuern, ist für den Menschen von grundlegender Bedeutung.
- Fehlen dem Menschen Möglichkeiten des Tätigseins, verhindert dies die Selbstentfaltung des Menschen.
- Handlungen des Menschen sind Ausdruck seiner Selbstbestimmung und Selbstständigkeit.
- Krankheit und Behinderung sind durch Tätigkeit positiv beeinflussbar.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Therapeutische Grundhaltung: Das Wertesystem und die ethischen Grundannahmen der Therapeuten, auf denen die Patient-Therapeut-Beziehung aufgebaut wird und die das Beziehungsklima entscheidend mitgestalten.

Exkurs: Persönlichkeitstheorie und Therapeutenvariablen nach Rogers

In der Persönlichkeitstheorie des amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers (1991, S. 21ff.), ein bedeutender Vertreter der humanistischen Psychologie, sind Begriffe wie Selbst, Selbstkonzept, Selbstverwirklichung und Selbstaktualisierung von zentraler Bedeutung.

Die Begriffe Selbst und Selbstkonzept werden dann verwendet, wenn von der Person oder ihrer Sichtweise gesprochen wird. Mit Selbstaktualisierungstendenz bezeichnet Rogers eine grundlegende Tendenz des Menschen, seine Fähigkeiten im Sinne einer zunehmenden Selbstverwirklichung weiterzuentwickeln. Hierzu gehören wachsende Selbstverantwortlichkeit, Selbstregulierung und Autonomie.

Psychische Gesundheit ist nach Rogers dann gegeben, wenn das Selbstkonzept so gestaltet ist, dass die Erfahrungen, die von einem Menschen gemacht werden, mit seinem Selbstkonzept übereinstimmen. Wenn die erworbenen Erfahrungen nicht mit dem Selbstkonzept übereinstimmen, kommt es zur Inkongruenz. Widersprüche entstehen und der Mensch ist anfällig für Angst, Bedrohung und Desorganisation. Bestimmte Gefühle werden nicht erlebt, Erfahrungen werden abgewehrt oder in verzerrter Weise aufgenommen. Nach Rogers gibt es folglich keine objektive, sondern nur eine subjektive Realität. Diese subjektive Wirklichkeit ist durch das Selbstkonzept strukturiert.

Rogers entwickelte in den 40er-Jahren auf der Grundlage von zahlreichen Untersuchungen sein Konzept der „Client Centered Therapy and Counseling" (klientenzentrierte Therapie und Beratung). Der Hamburger Psychologe Reinhard Tausch führte das Verfahren als Gesprächspsychotherapie in Deutschland ein. Die Gesprächspsychotherapie (auch klientenzentrierte Psychotherapie genannt) zählt mit der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie zu den klassischen psychotherapeutischen Verfahren.

Ausgehend von der Überzeugung, dass jeder Klient die Fähigkeit zur Selbstaktualisierung hat, geht es in dieser Therapie darum, Bedingungen herzustellen, die dieses Entwicklungspotenzial aktivieren. Die Therapeutin stellt zum Klienten eine Beziehung her, die durch drei Basisvariablen gekennzeichnet ist:

- **Echtheit (Kongruenz):** Die Therapeutin tritt dem Klienten als Person gegenüber. Als eine Person, die offen ist für ihr eigenes Erleben und sich nicht hinter einer Rolle, Maske oder Fassade versteckt.
- **Positive Wertschätzung (Akzeptanz):** Die Therapeutin achtet den Klienten als Person und bemüht sich, ihn uneingeschränkt zu akzeptieren.
- **Empathie (einfühlendes Verstehen):** Die Therapeutin versucht, die Erlebnisse und Gefühle des Klienten und deren persönliche Bedeutung präzise und sensibel zu erfassen. Sie versucht, den Klienten von seinem Bezugspunkt her zu verstehen.

Eine so gestaltete Beziehung ermöglicht es dem Klienten, sich selbst besser zu verstehen und zu akzeptieren. Die „Kraft der Beziehung" hat in diesem Prozess zentrale Bedeutung.

Im Mittelpunkt des klientenzentrierten Ansatzes (nach Rogers) steht somit die Person und nicht sein Problem. Ziel klientenzentrierter Psychotherapie und Beratung ist es, dass die Klienten lernen, ihre verborgenen Fähigkeiten zu entwickeln und selbstständig Lösungen für ihre eigenen Probleme zu finden. Das Menschenbild der klientenzentrierten Psychotherapie und Beratung ist Grundlage für die Beziehungsgestaltung in vielen psychosozialen Arbeitsfeldern und bietet auch für die rein zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung Impulse.

Die von Rogers entwickelten Basisvariablen der therapeutischen Beziehungsgestaltung (Echtheit, Akzeptanz und Empathie) eignen sich dazu, die therapeutische Grundhaltung der psychiatrischen Ergotherapie entscheidend zu prägen. Das heißt nicht, dass in der Ergotherapie eine klientenzentrierte Psychotherapie durchgeführt wird. Voraussetzung hierzu wäre eine zusätzliche psychotherapeutische Weiterbildung.

Klientenzentrierte Gesprächsführung

Neben der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie entwickelte Rogers die klientenzentrierte Gesprächsführung, deren Prinzip auf der Grundlage einer offenen, akzeptierenden und einfühlenden Einstellung sich selbst und anderen gegenüber (im Sinne der Basisvariablen) beruht.

Die klientenzentrierte Gesprächsführung lässt eine Strukturierung und thematische Zentrierung des Gesprächs zu. Das Gespräch widmet sich nicht nur der Erlebniswelt des Klienten, sondern auch seiner Handlungsweise und berücksichtigt sein soziales Umfeld (Weinberger 2006).

Somit eignet sich diese Vorgehensweise, um die vielfältigen Gesprächssituationen der psychiatrischen Ergotherapie adäquat zu gestalten:

- *Bezogen auf den Klienten* unterstützt die klientenzentrierte Gesprächsführung die Ergotherapeutin

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

dabei, die therapeutische Beziehung zu stabilisieren und die Motivation des Klienten zu erhöhen. Sie kann eingesetzt werden z. B. bei der Kontaktaufnahme im Erstgespräch, bei der Erarbeitung von Anamnese und Befunderhebung, zur Zielabsprache und Reflexion. Anpassungen der Gesprächstechnik werden dann nötig, wenn Informationen im Rahmen von halbstrukturierten Interviews (z. B. im Rahmen des COPM) eingesetzt werden.

- *Bezogen auf das Teamgespräch* eignen sich die Haltung und Technik der klientenzentrierten Gesprächsführung dazu, der eigenen Gefühle bewusst zu werden, diese verantwortungsbewusst mitzuteilen und einen angemessenen toleranten Umgang mit den Kollegen aufzubauen. Bei Teamkonflikten kann dieses Gesprächsklima zur Klärung beitragen.
- *Bezogen auf die Arbeit mit Angehörigen* trägt die klientenzentrierte Gesprächsführung dazu bei, Verständnis für die Situation der Angehörigen zu entwickeln und sie bei der Bewältigung der Belastungssituation zu unterstützen.

Im Folgenden werden einige Aspekte der klientenzentrierten Gesprächsführung beschrieben, die das ergotherapeutische Gespräch mit dem Klienten unterstützen.

- Geeignete Rahmenbedingungen schaffen:
  - Die Ungestörtheit der Situation sicherstellen, z. B. Gespräche im Büro anstatt im Therapieraum.
  - Die zur Verfügung stehende Zeit festlegen.
  - Dem Klienten Raum geben, Zeit lassen und ihm aktiv zuhören.
  - Durch Blickkontakt, Gestik, Mimik und Körperhaltung mit ihm in Kontakt bleiben.
  - *Störend wirken*: Zeitdruck, zu viel eigene Gesprächsanteile der Therapeutin, unklare Rahmenbedingungen.
- Hinweise zur Echtheit:
  - Die eigene Wahrnehmung und die des Klienten von der Sach- auf die Gefühlsebene lenken.
  - Sich der eigenen Gefühle im Umgang mit dem Klienten klar werden und diese ggf. dem Klienten vermitteln.
  - Für den Klienten und für sich selbst offen, transparent und klar sein bzw. bereit sein, sich um diese Offenheit zu bemühen. Die Sensibilität für das eigene Erleben sollte daher in Supervisionen o. Ä. weiterentwickelt werden.
  - *Störend wirken:* Ratschläge geben, überreden wollen, theoretische Interpretationen geben, Klienten durch eigene Affekte überfordern.
- Hinweise zur positiven Wertschätzung:
  - Den Klienten so wahrnehmen und annehmen, wie er im Moment ist. Er wird in seinem Denken und Handeln nicht bewertet, interpretiert oder gedeutet. Eventuell sich selbst eigene Vorurteile bewusst machen, um sich im Verlauf des Gesprächs zu kontrollieren.
  - Dem Klienten zeigen, dass man ihn versteht. Inhaltlich kann die Therapeutin zwar anderer Meinung sein. Dies darf aber die Beziehung nicht beeinträchtigen.
  - Interesse an seiner Person zeigen und ihn in den Mittelpunkt stellen.
  - Das Gehörte aufgreifen, zusammenfassen und akzeptieren.
  - Eigene Erwartungen an das Gespräch klären, sich selbst nicht unter Leistungsdruck setzen. Die Ergotherapeutin kann nicht die Probleme des Klienten lösen.
  - *Störend wirken:* Das Gehörte mit „richtig“ oder „falsch“ bewerten, Gegenargumente finden.
- Hinweise zur Empathie:
  - Sich in die Gefühlswelt und Lebenssituation des Klienten einfühlen (z. B. was es für einen jungen, an Schizophrenie erkrankten Mann heißt, weder Freundin noch Freunde zu haben, da sich aufgrund seiner akuten Symptomatik nahezu alle Bezugspersonen zurückgezogen haben). Den „inneren Bezugsrahmen“ des Klienten, seine subjektive Welt möglichst exakt wahrnehmen, ohne jedoch die nötige Distanz zu verlieren.
  - Mithilfe des „Spiegelns“ (oder auch als „Paraphrasieren“ bezeichnet) werden gefühlsnahe und gefühlsbetonte Äußerungen des Klienten erfasst und in eigenen Worten wiedergegeben, ohne jedoch den Gesprächsverlauf zu stören. Dabei werden insbesondere solche Aspekte von der Therapeutin aufgegriffen, die der Klient nicht klar äußern konnte, sondern über nonverbale Botschaften deutlich wurden (z. B. Körperhaltung, Gestik, Mimik).
  - Die eigenen Äußerungen werden nie als Feststellung ausgesprochen, sondern als Angebot, den Klienten zu verstehen. Nur so ist es dem Klienten möglich, ggf. die Aussage der Therapeutin zu korrigieren, wenn die Äußerung nicht zutrifft.
  - Unabhängig vom Anlass für das Gespräch wird die jeweilige Befindlichkeit in das Gespräch mit einbezogen (z. B. bei der Erstellung der Anamnese wird die spürbare Trauer des Klienten aufgegriffen, da er am Wochenende die Klinik nicht verlassen darf).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

  - *Störend wirken:* Schnell nach Ursachen und Erklärungen suchen, bohrende Fragen stellen, Fakten ermitteln wollen.
- Hinweise zur Interaktion in der Therapie:
  - Sich selbst zurückhalten, der Klient soll aktiv werden (von sich berichten, sich erforschen, Ziele und Pläne finden).
  - Gemeinsame Zielsetzung erarbeiten.
  - Eventuelle Unterschiede und Gegensätze der Zielsetzung akzeptieren.
  - Sich über die therapeutische Vorgehensweise einigen.
  - Verbindliche Absprachen z. B. für weitere Gespräche treffen.
  - *Störend wirken:* Zusammenarbeit als Selbstverständlichkeit unterstellen, Klienten moralisierend zu verpflichten, einer Aufforderung nachzukommen, auf die Autorität der Therapeutin bestehen.
- Allgemeine Hinweise zur sprachlichen Ausdrucksform:
  - Die sprachliche Ausdrucksform der Therapeutin zeigt sich durch ein flexibles, deutliches und konkretes Aufgreifen der Äußerungen des Klienten (Weinberger 2006).
  - Empfindungen des Klienten werden mithilfe von Synonymen oder Antonymen (Verneinung des Gegenteils) wiedergegeben, um seine Gefühle zu spezifizieren.
    Beispiele für Synonyme: Klient: „Ich habe Hemmungen …"
    Therapeutin: „Sie verspüren Spannungen", „Sie fühlen sich beeinträchtigt", „Sie haben Angst."
    Beispiele für Antonyme: Therapeutin: „Sie fühlen sich nicht frei oder locker", „Sie können nicht zwanglos sein."
  - Das bevorzugte Repräsentationssystem des Klienten erkennen und im Gespräch aufgreifen. Mit Repräsentationssystem ist die jeweilige Sinnesmodalität (visuell, auditiv, kinästhetisch) gemeint, die der Klient hauptsächlich verwendet, um sich sprachlich auszudrücken.
    Beispiel: Klient: „Ich kann das ständige Gejammere nicht mehr hören" (auditiv).
    Therapeutin: „Das klingt in Ihnen nach", „Da schalten sie auf Durchzug", „Da möchten Sie am liebsten losbrüllen."
    Nicht: „Sie wollen es nicht mehr sehen" (visuell), „Sie zucken richtig zusammen" (kinästhetisch).
  - Eher gebräuchliche Wörter und einen einfachen kurzen Satzbau verwenden, da sich im Allgemeinen dadurch die Kommunikation verbessert. Keine Fremdwörter oder Fachtermini gebrauchen, da diese abstrakt sind und nicht die Gefühlsebene ansprechen.
  - Adjektive, Verben und Adverbien sind Substantiven vorzuziehen, da sie gefühlvoller und persönlicher sind.

Grundlagen für die klientenzentrierte Gesprächsführung erlangen Ergotherapeuten im Rahmen ihrer Berufsausbildung. Weiterführende Kompetenzen können durch Fortbildung erworben werden.

> **!** Die klientenzentrierte Gesprächsführung ist eine Basisqualifikation für die Arbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld.

2.2.3 Klientenzentrierte Ergotherapie

Durch den zunehmenden Einfluss konzeptioneller Modelle (z. B. MOHO, CMOP, AOTA-Framework) auf die deutsche Ergotherapie hat sich der Aspekt der Klientenzentrierung in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. Die Klientenzentrierung ist heute ein wesentlicher Eckpfeiler der ergotherapeutischen Behandlung und findet Berücksichtigung in der Klient-Therapeut-Beziehung der psychiatrischen Ergotherapie (Flotho 2007).

> *Klientenzentrierte Praxis:* Ansatz, der durch die Philosophie des Respekts für den Klienten und eine partnerschaftliche Beziehung mit ihm geprägt ist. Die Therapeutin erkennt die Autonomie des Klienten an, die er bezüglich der Entscheidungen seiner Betätigungsbedürfnisse hat, und berücksichtigt die Stärken, die der Klient in die Therapie mit einbringt (Law et al. in Sumsion 2002).

Dabei ist die hier beschriebene klientenzentrierte Praxis keine speziell ergotherapeutische Sichtweise. Dieser Ansatz beruht auf Konzepten, die auch von anderen Disziplinen im Gesundheitswesen genutzt werden.

In **Tab. 2.9** ist der Vergleich von traditionellem und klientenzentriertem Ansatz der Ergotherapie zusammengefasst. Die Gegenüberstellung zeigt den partnerschaftlichen Umgang zwischen der Ergotherapeutin und dem Klienten.

Klientenzentrierte Ergotherapie bedeutet im Kontext der konzeptionellen Modelle, dass die Sichtweisen und Einschätzungen des Klienten systematisch in den ergotherapeutischen Behandlungsprozess einbezogen werden: Wie sieht der Klient seinen Alltag?

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.9** Gegenüberstellung der Ansätze in der Ergotherapie (modifiziert nach Sumsion 2002)

Traditioneller Ansatz	Klientenzentrierter Ansatz
Verordnung	Verordnung
Befunderhebung und Datensammlung	Befunderhebung und Datensammlung: Therapeutin bespricht mit dem Klienten u. a. Probleme, die seiner Meinung nach zur Verordnung geführt haben
Vorstellung der Therapieziele und Maßnahmen durch die Therapeutin	Festlegung der Therapieziele und Maßnahmen durch den Klienten: Voraussetzung ist, dass der Klient dazu alle notwendigen Informationen erhält
Durchführung der Behandlung, ggf. Modifizierung der Ziele oder Maßnahmen	Partnerschaftliche Zusammenarbeit zur Erreichung der Ziele
Evaluation durch die Therapeutin	Evaluation durch die Therapeutin und den Klienten

Welche Zukunftswünsche hat er im Hinblick auf die Lebensbereiche Selbstversorgung, Arbeit/Produktivität und Freizeitgestaltung? Wie schätzt der Klient seine Möglichkeiten ein? Mit Unterstützung der Ergotherapeutin legt der Klient seine Behandlungsschwerpunkte und -ziele fest, überprüft sein Behandlungsergebnis und schätzt seine Zufriedenheit mit der Ergotherapie ein (s. Kap. 2.2.4, S. 115).

Der Klient und seine individuelle Lebenssituation stehen im Zentrum der Behandlung, die konsequent an den Bedürfnissen des Klienten ausgerichtet ist und somit effizient ist. Die Ergotherapie kann so

- ihre Maßnahmen verstärkt auf das Lebensfeld bezogen gestalten
- von einer besseren Compliance aufseiten des Klienten ausgehen.

Denn der Klient

- steht im Mittelpunkt des Behandlungsprozesses
- kann den Behandlungsprozess beeinflussen
- ist in der Lage, die durchgeführten Maßnahmen besser nachzuvollziehen.

Ausgehend von dieser Hypothese stellen sich zahlreiche praxisrelevante Forschungsfragen als Aufgaben an die Zukunft, deren Untersuchung den Professionalisierungsprozess der deutschen Ergotherapie weiter unterstützen wird.

2.2.4 Ergotherapeutischer Prozess und Befunderhebung

Ergotherapeutisches Handeln in der Psychiatrie ist ein vielschichtiger Prozess, in dessen Mittelpunkt immer der Klient steht. Der ergotherapeutische Prozess soll anhand des *Clinical Reasoning* vorgestellt werden, denn nur über die Bewusstmachung der eigenen Denkweise kann das therapeutische Vorgehen im Sinne der Qualitätssicherung verbessert werden.

> *Clinical Reasoning:* Gedanklicher Prozess, der bei Angehörigen medizinischer und therapeutischer Berufe (z. B. Ergotherapeuten, Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten) einsetzt, wenn es gilt, Entscheidungen und Beurteilungen in Bezug auf die Behandlung eines Klienten vorzunehmen (im Deutschen spricht man auch von „klinischer Urteilsbildung").

Nach Feiler (2003, S. 2) lässt sich Clinical Reasoning folgendermaßen erklären: „Klinisches Reasoning ist ein Prozess, der von Ergotherapeuten angewendet wird, wenn sie Therapien planen, durchführen, Patienten anleiten, Angehörige beraten und wenn sie ihre ergotherapeutische Arbeit reflektieren. Es ist ein Prozess, bei dem Therapeuten an vieles denken, über vielerlei nachdenken und unterschiedliche Standpunkte mit einbeziehen."

Dieser Problemlösungsprozess besteht aus verschiedenen Schritten:

Schritt 1: Informationsbeschaffung und Einschätzung der Bedürfnisse des Klienten

Ergotherapeuten im psychiatrischen Arbeitsfeld benötigen eine Vielzahl von Daten und Informationen, um sich ein umfassendes Bild über die Fähigkeiten, Schwierigkeiten und Ressourcen des Klienten machen zu können. Die nachfolgenden Informationen erhält die Ergotherapeutin u. a. aus interdisziplinären Team- und Fallbesprechungen und/oder aus der jeweiligen Dokumentation der verschiedenen Berufs-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter/-pädagogen, Kunst- und Bewegungstherapeuten usw.):

- Daten der medizinischen Anamnese (Ersterkrankung, Krankheitsverlauf, bisherige ambulante und stationäre Behandlungen, evtl. auch Entlassungsgründe).
- Daten der sozialen Anamnese (Ursprungsfamilie, individuelle Entwicklungsgeschichte, schulischer und beruflicher Werdegang, Familien- und Wohnverhältnisse, außerfamiliäre Kontakte, Freizeitgestaltung, Ausübung sozialer Rollen).
- Aktuelle Situation des Klienten (psychopathologischer Befund, aktuelle Lebens- und Wohnsituation, Berufstätigkeit, finanzielle Situation, Einstellung zur jetzigen psychiatrischen Behandlung, Ziele des Klienten, Verhalten des Klienten auf der Station z. B. im Hinblick auf das Schlaf-, Ess- und Trinkverhalten, persönliche Hygienemaßnahmen).
- Informationen über die Medikation sowie deren Einnahme und über die weiteren Therapien, die der Klient erhält

Die ergotherapeutische Befundung erfolgt im Hinblick auf die bereits beschriebenen Klassifikationsebenen der ICF (s. Kap. 1.3.3, S. 22ff.). Die Ebene der Körperfunktionen und -strukturen wird im Rahmen einer sorgfältigen Beobachtung von der Therapeutin befundet. Ausführliche, relevante Beobachtungskriterien bezogen auf die Selbstwahrnehmung/-darstellung, affektiven, emotionalen, kognitiven und soziale Fähigkeiten sowie Fähigkeiten im lebenspraktischen Bereich finden sich bei Schirrmacher (2001). Mit dem *Lübecker Fähigkeitenprofil* (LFP) wurde im Rahmen einer medizinischen Promotionsarbeit erstmals ein standardisierter ergotherapeutischer Beurteilungsbogen zum Therapieverlauf für stationäre psychisch erkrankte Patienten im deutschsprachigen Raum entwickelt. Das LFP hat das Ziel, eine strukturierte Beobachtungshilfe zu bieten, mit deren Unterstützung eine Kontrolle des Behandlungsergebnisses möglich und die Behandlungsplanung unterstützt wird. Das standardisierte Vorgehen des LFP fördert die Objektivierbarkeit von Befunden und ermöglicht wissenschaftliche Untersuchungen zur Qualität und Effektivität ergotherapeutischer Maßnahmen. Erst vor diesem Hintergrund erscheinen Vergleichsstudien in Zukunft möglich. Schirrmacher selbst hat das Instrument mit 51 Patienten, denen aufgrund einer depressiven Symptomatik (nach ICD-10) Ergotherapie verordnet wurde, in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Lübeck getestet und evaluiert. Der Beurteilungsbogen ist unabhängig von der Diagnose anwendbar.

Das Lübecker Fähigkeitenprofil integriert das MELBA-Verfahren (Föhres et al. 1998) und ACIS (Kaplan u. Kielhofner 1989, Forsty et al. 1995). Beide Verfahren gelten als valide, reliabel und auf die Ergotherapie zugeschnitten.

Das *MELBA-Verfahren* entstand Anfang der 90er-Jahre im Rahmen eines umfangreichen Forschungsprojektes, das im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung durchgeführt wurde. Es entstand ein standardisierter Merkmalskatalog, der psychische Arbeitsanforderungen bzw. -fähigkeiten exakt definiert, sodass unterschiedliche Anwender dieses Verfahrens zu möglichst übereinstimmenden Beurteilungen über die Anforderungen eines Arbeitsplatzes bzw. die Fähigkeiten einer Person für diesen Arbeitsplatz kommen. Der Katalog umfasst insgesamt 30 psychische Merkmale, die in fünf verschiedenen Ausprägungsgraden beschrieben sind.

Das ACIS *(Assessment of Communication and Interaction Skills)* ist ein Beobachtungsinstrument, um Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten eines Menschen innerhalb der Durchführung einer Betätigungsform und/oder innerhalb einer Gruppe zu bewerten (s. Kap. 2.1.1). Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten werden hier definiert und drei Bereichen zugeordnet:

- Körper (z. B. Körper-, Blickkontakt, Gestik)
- Beziehungen (z. B. Zusammenarbeit, Anpassungsfähigkeit)
- Informationsaustausch (z. B. Durchsetzungsvermögen, Gefühlsausdruck).

Der Katalog des Lübecker Fähigkeitenprofils umfasst insgesamt 25 Merkmale, die alle eindeutig definiert wurden. Die Merkmale lassen sich fünf Dimensionen zuordnen:

- Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung: Fantasie/Kreativität, Realitätsbezug, Selbstbild, Wahrnehmen und Äußern eigener Gefühle und Bedürfnisse.
- Affektive und emotionale Fähigkeiten: affektive Schwingungsfähigkeit, Aggressivität, Frustrationstoleranz, körperliche Symptome, Stimmung/Gefühlslage.
- Soziale Fähigkeiten: Durchsetzungsvermögen, Kontaktaufnahme, Regeln einhalten, Teamarbeit/Kooperation, Umgang mit Kritik.
- Kognitive Fähigkeiten: Aufmerksamkeit, Ausdauer, Konzentration, Merkfähigkeit, sensorische Wahrnehmung, Selbstständigkeit.
- Fähigkeiten im lebenspraktischen Bereich: Antrieb/Motivation, Entscheidungsfähigkeit, Feinmotorik, kritische Selbstkontrolle, Problemlösungsfähigkeit, Sorgfalt.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Diese Beobachtungskriterien ermöglichen es der Ergotherapeutin, eine funktionsorientierte Befunderhebung durchzuführen (s. Beispiel S. 120). Neben diesem Beobachtungsbefund können auch Testverfahren eingesetzt werden, z. B. zur neuropsychologisch orientierten Befunderhebung.

Die Ebenen der Aktivitäten und der Partizipation können durch Einsatz verschiedener Assessments beurteilt werden. Theoretische Grundlage dieser betätigungsorientierten Befunderhebungsinstrumente sind die bereits dargestellten ergotherapeutischen Praxismodelle. Es handelt sich hierbei um die aufgeführten Selbsteinschätzungs- und Fremdeinschätzungsinstrumente sowie semi-strukturierte Interviews (s. Kap. 2.1).

Da das Hauptinteressengebiet der Ergotherapie die Betätigung des Klienten ist, sollte diese auch zuerst befundet werden. Alle weiteren Bereiche werden nur befundet, wenn die jeweiligen Informationen in Bezug zur ausgewählten Betätigung relevant sind (sogenannter Top-down-Ansatz, **Abb. 2.10**).

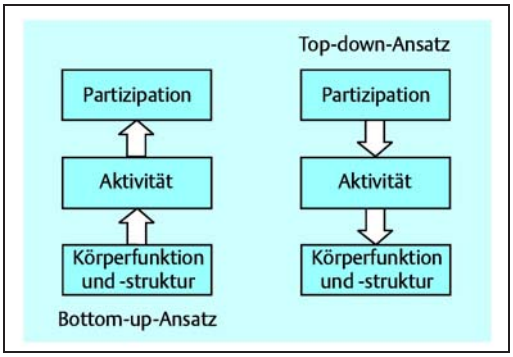

Abb. 2.10 Unterschiede zwischen Bottom-up- und Top-down-Ansatz (modifiziert nach Fischer 2002).

Schritt 2: Informationen auswerten

Die Ergotherapeutin wertet die erhobenen Daten im Hinblick auf die Ressourcen und Probleme gemeinsam mit dem Klienten aus. Sie bespricht mit dem Klienten die gesammelten Informationen und klärt mit ihm seine Bedürfnisse unter Berücksichtigung der individuellen persönlichen, sozialen und beruflichen Bedingungen. Dabei findet die persönliche Einschätzung und Bewertung des Klienten seiner Fähigkeiten und Schwierigkeiten eine besondere Beachtung.

Schritt 3: Entscheidung über Behandlungsziele

Die Ziele werden unter Berücksichtigung der Auswertung gemeinsam mit dem Klienten formuliert. Dabei benötigt der Klient genügend Zeit und Gelegenheit, Fragen zu stellen, um sich so über *seine* Ziele bewusst zu werden. Ein geeignetes Instrument zur Unterstützung ist z. B. das COPM.

Schritt 4: Auswahl angemessener Maßnahmen

Die Therapeutin und der Klient erstellen gemeinsam einen Therapieplan mit Angabe der ergotherapeutischen Mittel, Medien, Methoden, Sozialformen und der Therapiefrequenz. Die ergotherapeutischen Interventionen erfolgen zielorientiert unter Berücksichtigung der jeweiligen Wünsche und Bedürfnisse des Klienten.

Um ein adäquates Therapieprogramm aufzustellen, das die Durchführung einer Betätigung des Klienten verbessern kann, sollte eine Aufgaben- und Aktivitätsanalyse durchgeführt werden. Die Aufgabenanalyse bestimmt die für den Klienten bedeutungsvollen und zweckdienlichen Betätigungen. Die Aktivitätsanalyse bestimmt solche Aktivitäten, die einen therapeutischen Wert haben und wie diese Aktivitäten sinnvoll im Therapieverlauf eingesetzt werden. Zu diesem Zweck wird die jeweilige Aktivität in entsprechende Teilschritte gegliedert.

Schritt 5: Durchführung ausgewählter Maßnahmen

Der Klient und die Therapeutin arbeiten partnerschaftlich zusammen, um die aufgestellten Ziele zu erreichen. Die Ergotherapeutin stellt dabei ihr gesamtes Wissen zur Verfügung, um die Ressourcen des Klienten zu wecken und ggf. auch Hindernisse bei der Zielverfolgung zu beseitigen.

Orientiert an der ICF (s. Kap. 1.1.3) arbeitet die Ergotherapeutin gemeinsam mit dem Klienten an den verschiedenen Dimensionen unter Einbeziehung der individuellen Umweltfaktoren und der personenbezogenen Faktoren:

- Partizipation
- für den Klienten bedeutungsvollen Aktivitäten
- Körperstrukturen und -funktionen.

Für die Durchführung der Therapie ergibt sich meist eine Mischform der ICF-Dimensionen (Dachs-Projekt 2007).

Schritt 6: Überprüfung der Behandlung und ggf. Änderung der Vorgehensweise

Während der Behandlung wird gemeinsam mit dem Klienten überprüft, ob die vereinbarten Maßnahmen im Sinne des Therapieziels greifen. Ist dies nicht der Fall, wird überprüft, wo die Ursachen hierfür zu suchen sind:

- Sind die Therapiemaßnahmen weiterhin sinnvoll?

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.10** Formen des Clinical Reasoning (modifiziert nach Hagedorn 2004, S. 32, in Jerosch-Herold et al.)

Formen des Clinical Reasoning	Erklärungen
Diagnostic Reasoning (Diagnostische Urteilsbildung) (Rogers u. Holm 1991)	Die Therapeutin sammelt Hinweise, entwickelt eine Hypothese über deren Bedeutung und überprüft ihre Hypothese anhand früherer Kenntnisse. Sie diagnostiziert damit das Problem des Klienten.
Predictive Reasoning (Vorhersagende Urteilsbildung) (Hagedorn 1995)	Die Therapeutin bringt ihre bisherigen Erfahrungen ein, um Voraussagen über den aktuellen Fall zu machen.
Procedural Reasoning (Prozedurale Urteilsbildung) (Mattingly u. Fleming 1994)	Erfahrungen und Fähigkeiten zur Problemlösung werden von der Ergotherapeutin eingesetzt, um zu entscheiden, welche Vorgehensweise gewählt wird.
Pragmatic Reasoning (Pragmatische Urteilsbildung) (Rogers u. Holm 1991)	Die Ergotherapeutin überprüft pragmatische Aspekte (z. B. verfügbare Ressourcen, Rahmenbedingungen), die die Therapie unterstützen oder beeinflussen können.
Ethical Reasoning (Ethische Urteilsbildung)	Die Therapeutin beurteilt, ob die Interventionen moralisch (im Hinblick auf die Berufsethik), vorteilhaft und im besten Interesse des Patienten sind.
Interactive Reasoning (Interaktive Urteilsbildung) (Mattingly u. Fleming 1994)	Bewusstes Vorgehen der Therapeutin, um Kontakt aufzunehmen, Vertrauen zu fördern, den Patienten zu motivieren und ihn als Person zu verstehen.
Narrative Reasoning (Narrative Urteilsbildung) (Mattingly u. Fleming 1994)	Die Therapeutin hilft dem Patienten, „seine Geschichte zu erzählen", um sein persönliches Krankheitserleben zu verstehen und gemeinsam mit ihm Zukunftsvisionen zu konstruieren, die ihm ermöglichen, ein möglichst selbstständiges Leben zu realisieren.

- Sind die Therapieziele weiterhin angemessen?
- Hat sich die Situation des Klienten verändert (z. B. durch eine Veränderung der Medikation)?

Die Therapie wird dann entsprechend modifiziert und fortgesetzt.

Schritt 7: Abschluss der Behandlung

Die Therapeutin und der Klient haben sich über einen Zeitpunkt verständigt, wann eine Evaluation der im Therapieplan vereinbarten Ziele erfolgt. Meist werden zur Bewertung des Behandlungsergebnisses die gleichen Verfahren (Tests, Checklisten etc.) wie zur Befunderhebung genutzt. So wird zum Messen der Ergebnisse z. B. erneut das COPM eingesetzt, um die Ausgangssituation des Klienten mit dem erreichten Status zu vergleichen. Sind die Ziele erreicht, wird die Behandlung abgeschlossen.

Dieser beschriebene und in der Abb. 2.24 (S. 181) dargestellte Problemlösungsprozess verläuft nicht linear, sondern zyklisch, da es zu jedem Zeitpunkt der Behandlung nötig werden kann, ihn erneut zu durchlaufen und ggf. Anpassungen vorzunehmen.

Im angloamerikanischen Sprachraum werden verschiedene Vorgehensweisen des Clinical Reasoning beschrieben, die sich auf das therapeutische Vorgehen direkt auswirken **(Tab. 2.10)**. So kann z. B. die interaktive oder narrative Urteilsbildung im klientenzentrierten Ansatz der Therapeutin dazu dienen, die individuelle Bedeutung, die die Erkrankung bzw. Behinderung für den Klienten hat, gemeinsam mit ihm zu erforschen. Die Erkenntnisse darüber sind bedeutungsvoll, da die persönlichen Gefühle, Erwartungen und Ziele des Klienten einen starken Einfluss auf seine Motivation und Beteiligung am Behandlungsprozess sowie auf den Verlauf der Behandlung haben. *Nach Feiler (2003) hängt d*er Erfolg ergotherapeutischer Maßnahmen davon ab, ob die Ergotherapeutin alle aufgeführten Clinical-Reasoning-Formen berücksichtigt, um die Handlungsfähigkeit des Klienten wiederherzustellen.

Clinical Reasoning trägt dazu bei, dass therapeutische Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse gerade im Arbeitsfeld der Psychiatrie das „intuitive" Element verlieren. Diese Prozesse können so systematisch beschrieben und nachvollzogen werden. Therapieentscheidungen werden vermittelbar und erlernbar. Damit leistet Clinical Reasoning einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung und -verbesserung der psychiatrischen Ergotherapie.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2.2.5 Therapieziele

In einer klientenzentrierten Ergotherapie wird die Therapiezielerarbeitung und -festlegung von Klient und Therapeutin gemeinsam vorgenommen. Hierbei ist auf Folgendes zu achten:

- Die Ziele müssen für den Klienten persönliche Relevanz haben und Wünsche bzw. Bedürfnisse des Klienten berücksichtigen.
- Die Therapieziele orientieren sich an seiner individuellen Lebenssituation sowie an den gesellschaftlichen Rollen, die er hier übernimmt. Sie sind betätigungsorientiert und konkret.
- Die Ziele werden verständlich und positiv formuliert.
- Durch eine Gliederung werden übergeordnete Ziele (Richtziele, Grobziele) in konkrete, durch Beobachtung überprüfbare Teilschritte (Feinziele) umgesetzt (Scheiber 1995, Kubny-Lüke 2007).
- Therapeutische Ziele müssen realistisch sein und weder eine Über- noch Unterforderung für den Klienten darstellen.
- Sind die Zielvorstellungen, die der Klient äußert, aus Sicht der Ergotherapeutin nur teilweise realistisch, werden sie danach sortiert, wie sie sich mit größter Wahrscheinlichkeit erreichen lassen.
- Erscheinen die Ziele, die der Klient nennt, insgesamt nicht erreichbar, wird dies im therapeutischen Gespräch thematisiert. Möglichkeiten zur Überprüfung und Verbesserung der Selbstwahrnehmung werden angeboten.
- Alle Ziele, die vereinbart werden, müssen in einer angemessenen Zeit für den Klienten erreichbar sein.

Der Klient benötigt Unterstützung dabei, seine Ziele nach Schwerpunkten zu ordnen, also zu hierarchisieren, und in einen konkreten, zeitlichen Ablauf zu bringen. Die ergotherapeutischen Ziele orientieren sich am Rehabilitationsziel, das die Spitze der Zielhierarchie bildet und im multiprofessionellen Team mit dem Klienten und seinen Angehörigen besprochen wird.

Rehabilitationsziele beziehen sich auf die Ebene der Aktivitäten und der Partizipation (s. Kap. 1.3.3, ICF, S. 22ff) eines Menschen und befassen sich vor allem mit den Lebensbereichen Selbstversorgung, Arbeit/Produktivität und Freizeit.

Beispiele: Rehabilitationsziele

- Selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung (ggf. mit Unterstützung der Angehörigen oder professioneller Hilfe)
- Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit (ggf. mit Reduzierung der Wochenarbeitszeit)
- Beginn einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (z. B. Umschulung)
- Beantragung einer Erwerbsunfähigkeitsrente unter der Berücksichtigung neuer Möglichkeiten der Tagesstruktur und Freizeitgestaltung
- Anbindung an eine sozialpsychiatrische Institution (z. B. Tagesstätte)
- Veränderung der bisherigen Wohnsituation (z. B. Umzug in eine betreute Wohngemeinschaft).

Um den Klienten im Prozess der Zielfindung zu unterstützen, vermittelt ihm die Ergotherapeutin, welche Funktionsbereiche und Alltagsprobleme in der Ergotherapie behandelt werden können:

- Entwicklung und Verbesserung der Realitätsbezogenheit, der realistischen Selbsteinschätzung und der Krankheitsbewältigung
- Verbesserung von Fähigkeiten wie Autonomie und Bindungsfähigkeit
- Stärkung der Eigenverantwortung und der Entscheidungsfähigkeit
- Wiedererlangen von Selbstvertrauen und Handlungskompetenz
- Verbesserung und Erhalt der Belastungsfähigkeit
- Entwicklung und Verbesserung von Kommunikationsfähigkeiten, sozialen Beziehungen und situationsgerechtem Verhalten
- Entwicklung und Verbesserung von kognitiven Fähigkeiten, Problemlösungsstrategien und Handlungsplanung
- Entwicklung und Verbesserung von Grundarbeitsfähigkeiten
- Verbesserung der Tagesstrukturierung und der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung
- Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung, der Produktivität und einer zufriedenstellenden Freizeitgestaltung.

2.2.6 Dokumentation und Evaluation

Die Dokumentation der Befunde und der erbrachten Leistungen in der Ergotherapie und die Evaluation sind wesentliche Bestandteile der Qualitätssicherung.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Dokumentation

Ergotherapeuten dokumentieren sowohl quantitative Leistungen (also Art und Menge der durchgeführten Therapien) als auch qualitative Leistungen. Die qualitative Leistungserfassung im psychiatrischen Arbeitsfeld muss (modifiziert nach Aktion Psychisch Kranke 1996)

- alle erforderlichen Daten der Person und ihrer Vorgeschichte für die Ergotherapiebehandlung und deren Effizienzprüfung erfassen
- alle relevanten Angaben über den ergotherapeutischen Befund und dessen Auswertung enthalten
- Aussagen zur Prognose enthalten
- Aussagen zur Weiterbehandlung und Maßnahmenplanung enthalten, falls diese zur Sicherung der sozialen Integration des Patienten erforderlich sind
- die aktuelle Behandlung weitgehend unterstützen und zu ihrer inhaltlichen Ausrichtung beitragen, d. h. planungs- und zielorientiert sein
- den Behandlungs- und Leistungsverlauf für andere Personen und für eine spätere Beurteilung nachvollziehbar machen (z. B. das interdisziplinäre Team, die weiterbehandelnde Institution, den Kostenträger).

Zur Dokumentation der Körperfunktionsstörungen kann u. a. der Beobachtungsbogen des Lübecker Fähigkeitenprofils (Schirrmacher 2001) verwendet werden. Im Bogen selbst sind die Begriffe der Beobachtungsmerkmale alphabetisch angeordnet worden. Jedes einzelne Merkmal wird mit einem Punktwert von 1 bis 5 beurteilt:

- Profilwert 1: stark eingeschränkte Fähigkeit
- Profilwert 2: eingeschränkte Fähigkeit
- Profilwert 3: leicht eingeschränkte Fähigkeit
- Profilwert 4: durchschnittliche Fähigkeit
- Profilwert 5: ausgeprägte, sehr gute Fähigkeit.

Weiterhin gibt es bei einigen Merkmalen noch eine Feinunterteilung in A und B, um eine weitere differenzierte Beschreibung zu ermöglichen. Beispiel „affektive Schwingungsfähigkeit“: A beschreibt eine in den depressiv gehemmten und B eine in den schizophren manischen Formenkreis gehörende Ausprägung. Zur Veranschaulichung und Handhabung des Beobachtungsbogens soll das folgende Beispiel dienen.

Fallbeispiel: Herr Y.

Herr Y. ist 48 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 15 und 20 Jahren. Er ist gelernter Werkzeugmacher und war 20 Jahre in diesem Beruf tätig. Jetzt ist eine Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt worden. Herr Y. leidet seit mehreren Jahren an einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (nach ICD-10: F32.3) und musste aufgrund dessen mehrmals stationär behandelt werden. Nach dem letzten Klinikaufenthalt schließt eine tagesklinische Behandlung an. Im Rahmen der Ergotherapie nimmt Herr Y. an einem Gruppenangebot teil, in dem schwerpunktmäßig mit der ausdruckszentrierten Methode gearbeitet wird. Die Ergotherapeutin erstellt nach den ersten vier Sitzungen mithilfe des Lübecker Fähigkeitenprofils folgenden Befund, der in **Tab. 2.11** in Auszügen vorgestellt wird. Die Ergotherapeutin füllt den vollständigen Bogen nun jede Woche aus. Im Verlauf der dreimonatigen tagesklinischen Behandlung von Herrn Y. werden anhand der Punktwertveränderungen Fortschritte deutlich. Zur Kontrolle vergleicht die Ergotherapeutin diesen Bogen mit anderen Behandlungsverläufen depressiver Patienten. Bei den zuvor beschriebenen vier Merkmalen haben sich drei Profilwerte verbessert **(Tab. 2.12)**:

- *Affektive Schwingungsfähigkeit*: Profilwert 4 = stabile angemessene Grundstimmung; durch äußere Ereignisse angemessen modulationsfähig.
- *Antrieb/Motivation*: Profilwert 4 = arbeitet zielstrebig, geordnet; ist selten auf äußere Stimulation angewiesen; zeigt Eigeninitiative und Interesse.
- *Aufmerksamkeit*: Profilwert 5 = reagiert adäquat; erfasst komplexe Situationen sehr schnell; hilft, wo es angebracht ist; sehr präsent.

Die Erfahrungen in der Lübecker Klinik ergaben, dass durchschnittlich 15 Minuten zum Ausfüllen des Lübecker Fähigkeitenprofils benötigt werden (Schirrmacher 2001). Durch Routine im Umgang mit dem Bogen lässt sich diese Zeit noch verkürzen. Die Erfahrungen der Ergotherapeuten, die sich an der Studie beteiligten, waren positiv. Ergänzend zu der ausführlichen, evaluierten Fassung des Lübecker Fähigkeitenprofils liegt eine Kurzversion mit 14 Merkmalen vor.

Neben der bereits dargestellten funktionsorientierten Befunderhebung ist es in der psychiatrischen Ergotherapie ebenso erforderlich, eine betätigungsorientierte Befunderhebung durchzuführen und diese entsprechend zu dokumentieren. Beide Ansätze stehen dabei nicht getrennt nebeneinander, sondern ergänzen sich gegenseitig. Während bei der vorgestellten Dokumentation des LFP ausschließlich die eingeschränkten Körperfunktionen und mentalen Funktionen von der Ergotherapeutin festgehalten werden, formuliert in der betätigungsorientierten Befunderhebung der Klient seine Probleme in der Partizipation und Durchführung von Aktivitäten.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.11** Ausschnitt aus dem Lübecker Fähigkeitenprofil an einem Patientenbeispiel

STATION: Tagesklinik , GEBURTSDATUM: 1. 3. 1954						
NAME: Herr Y.						DATUM: 4. 5. 2007 BEMERKUNGEN
	1	2	3	4	5	
Affektive Schwingungsfähigkeit	A					
Aggressivität			X			
Antrieb/Motivation		A				Kommt erst nach Aufforderung in die Ergotherapie
Aufmerksamkeit		A				
….						

Erklärungen zu den Profilwerten
Affektive Schwingungsfähigkeit: affektive Antwortbreite in Mimik, Modulation von Gefühlen und entsprechender Gestik. Profilwert 1a = starr; keine Änderung der Stimmung; unbeeinflussbar von außen; Mimik und sprechende Gestik kaum vorhanden; leer; hölzern.
Aggressivität: Haltung, die eine gewisse Unzufriedenheit/Wut oder innere Anspannung ausdrückt und sich gegen Personen (evtl. auch die eigene) oder Objekte richtet. Profilwert 3 = versteckt aggressiv; provokativ; innerlich gespannt; unbewusste Erwartungshaltung spürbar; skeptisch; misstrauisch gegenüber anderen; scheint Aggressionen selbst nicht wahrzunehmen oder zulassen zu können; sie sind jedoch in unterdrückter Form spürbar.
Antrieb/Motivation: Fähigkeit, unter den gegebenen Bedingungen die zur Erfüllung der gegebenen Aufgabe notwendige psychische und physische Energie bereitzustellen und Trägheit zu überwinden, meist aufgrund eines Interesses und Offenheit. Profilwert 2a = antriebsgemindert; bedarf häufiger Aktivierung; mechanisches Arbeiten; anschließend untätiges, ratloses Herumsitzen.
Aufmerksamkeit: Fähigkeit, Signale der mittleren und weiteren Umgebung wahrzunehmen, sich relevanten Dingen zuzuwenden und in angemessener Zeit und Art reagieren zu können. Profilwert 2a = reagiert verlangsamt, verzögert auf Ansprache aus der Nähe; braucht deutlichere Ansprache; starkes Abgelenktsein. (Schirrmacher 2001)

Tab. **2.12** Ausschnitt aus dem Lübecker Fähigkeitenprofil an einem Patientenbeispiel nach dreimonatiger Behandlung

NAME: Herr Y.						DATUM: 3. 8. 2007 BEMERKUNGEN
	1	2	3	4	5	
Affektive Schwingungsfähigkeit				X		
Aggressivität			X			
Antrieb/Motivation				X		
Aufmerksamkeit					X	
….						

Die Ergotherapeutin und der Klient versuchen, mögliche Ursachen für diese Probleme zu klären (z. B. Einschränkungen der mentalen Funktionen, Umweltbedingungen, Rollenerwartungen), und halten die Ergebnisse schriftlich fest. Zur Dokumentation eignen sich entsprechende Erfassungsbögen der eingesetzten Assessments (s. Kap. 2.1). Anhand des nachfolgenden Fallbeispiels sollen diese Aspekte verdeutlicht werden:

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel: Herr Y.

Die Ergotherapeutin setzt sich mit Herrn Y. zusammen, nachdem sich seine affektive Schwingungsfähigkeit, der Antrieb und die Motivation gebessert haben. Sie möchte mit ihm die geplante Frühberentung und die dadurch resultierenden Auswirkungen auf sein Betätigungsverhalten besprechen. Für Herrn Y. hatte seine bisherige Berufstätigkeit, die er nun krankheitsbedingt nicht mehr ausüben kann, einen hohen Stellenwert. Auch war er gerne mit seinen Kollegen noch nach Feierabend zusammen. Krankheitsbedingt zog er sich aber in den letzten Monaten verstärkt zurück, so nahm er z. B. nicht mehr an den gemeinsamen Kegel- und Grillabenden teil. Sein Hobby, das Angeln, übt Herr Y. ebenfalls schon seit einigen Jahren nicht mehr aus. Alles erschien ihm so beschwerlich. Wenn seine Familie am Wochenende mit ihm etwas unternehmen wollte, fühlte er sich schnell überfordert und blieb allein zu Hause. Häufig machte er sich dann Schuldvorwürfe, seiner Familie nicht gerecht zu werden. Um gemeinsam mit Herrn Y. Therapieziele und Behandlungsstrategien zu identifizieren, stellt die Ergotherapeutin ihm das Occupational Self Assessment (OSA) vor (s. Kap. 2.1.1, S. 55). Sie lässt Herrn Y. den Selbsteinschätzungsbogen ausfüllen, der in Auszügen in **Tab. 2.13** dargestellt ist.

Im Auswertungsgespräch bespricht Herr Y. mit der Ergotherapeutin seine Veränderungswünsche, die er ebenfalls im Selbsteinschätzungsbogen notiert hat. Besonders wichtig ist für ihn, einen geregelten Tagesablauf zu haben, auch wenn er nicht mehr berufstätig ist. Herr Y. überlegt, ob er es schaffen könnte, einen Teil der Hausarbeit zu übernehmen, während seine Frau arbeiten geht. Er würde gerne wieder angeln und sich um seine Familie kümmern, die seines Erachtens viel Rücksicht auf seine Erkrankung genommen hat. Den Kontakt zu seinen bisherigen Arbeitskollegen möchte er nicht mehr aufnehmen, da er unangenehme Fragen zu seiner Erkrankung und seiner Erwerbsunfähigkeit befürchtet. Die Ergotherapeutin überlegt mit Herrn Y. gemeinsam, wie er seine Betätigungsziele erreichen kann, und füllt mit ihm den ergotherapeutischen Behandlungsplan aus. Daraufhin planen beide geeignete Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele. Kurz vor der Entlassung füllt Herr Y. dann den Follow-up-Bogen des OSA aus, der den Therapieverlauf und die Zielerreichung dokumentiert **(Tab. 2.14)**.

Im Reflexionsgespräch äußert Herr Y. seine große Befürchtung, nach der Entlassung seinen Tag nicht strukturieren zu können. Positiv bemerkt er jedoch, dass es ihm schon gelungen ist, seine Frau bei einzelnen Hausarbeiten zu unterstützen. Er hat sich auf Vorschlag der Ergotherapeutin informiert, ob es einen Angelverein in der Nähe seines Wohnortes gibt, dem er gerne beitreten möchte. Am letzten Wochenende ist er gemeinsam mit seiner Familie Rad gefahren, was allen viel Freude bereitet hat. Die Ergotherapeutin schlägt vor, nach der Entlassung einen Kalender zu führen, wo er sowohl seine produktiven Aktivitäten (Hausarbeit) als auch seine Freizeitaktivitäten einträgt. Im Hinblick auf die noch fehlende Tagesstruktur empfiehlt sie Herrn Y. eine Tagesstätte zu besuchen. Durch den regelmäßigen Besuch könnte er sich weiter stabilisieren und neue Kontakte knüpfen.

Evaluation

Den Abschluss der ergotherapeutischen Behandlung bildet die Evaluation. Mitte der 60er-Jahre entwickelte sich in den USA die Evaluationsforschung der Ergotherapie und erreichte zehn Jahre später auch Deutschland.

> *Evaluation:* Leitet sich vom lateinischen Wort „valuere“ (bewerten) ab; systematische Sammlung, Analyse und Bewertung von Informationen von Prozessen oder Ergebnissen. Sie dient der Reflexion und Steuerung (Weber 2005).

Nach Ottenbacher (in Schirrmacher 2001) lassen sich vier Evaluationsschritte für die Ergotherapie unterscheiden:

- Entwicklung und Sammlung von Informationen zur Behandlungsplanung
- Dokumentation und Verfolgung der Umsetzung von Therapieprogrammen
- Auswertung der Wirkung des Therapieprogramms
- Untersuchung der Behandlungseffizienz im Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Relation sowie die Ressourcennutzung.

Mithilfe der Evaluation kann folglich eine gesicherte Basis für zukünftige ergotherapeutische Therapieplanungen und -entscheidungen geschaffen werden. Leider mangelt es bisher jedoch an kontrollierten Studien (Reuster 2006), die den Nutzen der psychiatrischen Ergotherapie belegen. Das wissenschaftliche Interesse richtet sich verstärkt auf andere Arbeitsfelder der Ergotherapie (z. B. Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie). Reuster (2006) erklärt dies mit einer schwierigen Forschungssituation im Bereich der empirischen, sozialpsychiatrischen Forschung und erläutert folgende Probleme bei der Planung und Durchführung von Studien in diesem Bereich:

- *Randomisierung:* Aufgrund von Prioritäten, die Patienten oder Angehörige äußern, ist es nicht möglich, eine Randomisierung oder Verblindung durchzuführen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.13** Ausschnitt aus dem Occupational Self Assessment (OSA) am Beispiel von Herrn Y.

Name: Herr Y., Datum: 20. 7. 2007
Occupational Self Assessment – Ich über mich –

Schritt 1: Hier sind Aussagen über alltägliche Verrichtungen aufgelistet. Markieren Sie bitte im Kästchen, wie gut Sie diese ausführen. Wenn Sie denken, dass eine Aussage auf Sie nicht zutrifft, dann streichen Sie sie durch und machen Sie bei der nächsten weiter.

Schritt 2: Markieren Sie jetzt bitte im Kästchen, wie wichtig die Aussagen für Sie sind.

	Das fällt mir schwer	Das gelingt mir	Das kann ich gut	Das ist nicht so wichtig für mich	Das ist wichtig für mich	Das ist extrem wichtig für mich
Ich kann mich auf meine Aufgaben konzentrieren.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich kümmere mich um Menschen, für die ich verantwortlich bin.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich kann mich anderen gegenüber ausdrücken.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich komme mit anderen zurecht.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich kann etwas mit mir selbst anfangen.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich habe einen Tagesablauf, der mir zusagt.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich führe Tätigkeiten aus, die ich mag.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig

Tab. **2.14** Ausschnitt aus dem OSA nach Umsetzung des Behandlungsplans am Beispiel von Herrn Y.

Name: Herr Y., Datum: 27. 8. 2007
Occupational Self Assessment – Ich über mich –

Schritt 1: Hier sind Aussagen über alltägliche Verrichtungen aufgelistet. Markieren Sie bitte im Kästchen, wie gut Sie diese ausführen. Wenn Sie denken, dass eine Aussage auf Sie nicht zutrifft, dann streichen Sie sie durch und machen Sie bei der nächsten weiter.

Schritt 2: Markieren Sie jetzt bitte im Kästchen, wie wichtig die Aussagen für Sie sind.

	Das fällt mir schwer	Das gelingt mir	Das kann ich gut	Das ist nicht so wichtig für mich	Das ist wichtig für mich	Das ist extrem wichtig für mich
Ich kann mich auf meine Aufgaben konzentrieren.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich kümmere mich um Menschen, für die ich verantwortlich bin.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich kann mich anderen gegenüber ausdrücken.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich komme mit anderen zurecht.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich kann etwas mit mir selbst anfangen.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich habe einen Tagesablauf, der mir zusagt.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig
Ich führe Tätigkeiten aus, die ich mag.	Schwer	Gelingt	Gut	Nicht so wichtig	Wichtig	Extrem wichtig

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- *Kontrollgruppen:* Aufgrund ethischer Aspekte können bei Studien von relevanten ergotherapeutischen Interventionen (z. B. Arbeitsrehabilitation) keine Kontrollgruppen untersucht werden.
- *Mehrdimensionale Behandlungskonzepte:* Sie erschweren, Untersuchungen über die Wirkungsweise einzelner Maßnahmen durchzuführen (z. B. medikamentöse Therapie, Psycho- und Soziotherapie), da sie sich gegenseitig beeinflussen.
- *Widerstände von Mitarbeitern:* Im interdisziplinären Team gibt es z. B. Vorbehalte gegenüber empirischer Forschung, sodass entsprechende Projekte kaum unterstützt werden.
- *Zeitfaktor:* Sozialpsychiatrische Forschung ist langwierig oder misst nur geringe Effekte (Reuster 2006).

2.3 Evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie

Heike Lagemann

Das Konzept der evidenzbasierten Praxis findet in der nationalen und internationalen Gesundheitsversorgung zunehmend Beachtung. Die Grundlagen zu diesem Konzept stammen ursprünglich aus der Medizin und wurden dort als Evidence Based Medicine (EBM) entwickelt. Begründer sind die Epidemiologen David L. Sackett und Archie Cochrane. Sackett definierte EBM als vernünftigen und gewissenhaften Gebrauch, die aktuell besten externen wissenschaftlichen Evidenzen für eine individuelle Versorgung der Patienten zu nutzen (Sackett et al. 1997). Verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z. B. Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten) griffen diese Entwicklung im angloamerikanischen Raum auf und zogen ebenfalls empirisch fundierte, wissenschaftliche Studien als Grundlage für eigene Behandlungsentscheidungen im Einzelfall heran. Sie prägten dafür den Begriff der Evidence Based Practice (EBP).

Auch in der Psychiatrie sind Ergotherapeuten heute aufgefordert, wissenschaftliche Beweise für ihr berufliches Handeln zu kennen, zu verstehen, zu bewerten und umzusetzen. Dieses Kapitel erläutert deshalb nach einer Klärung des Begriffs der evidenzbasierten Praxis die methodische Vorgehensweise, verschiedene Studientypen sowie die unterschiedlichen Evidenzniveaus. Abschließend wird das Thema evidenzbasierte Praxis am Beispiel von psychiatrischen Studien vertieft und kritisch betrachtet.

2.3.1 Was bedeutet evidenzbasierte Praxis?

Bevor man die evidenzbasierte Praxis näher erläutert, ist es sinnvoll, zunächst den Begriff der Evidenz zu klären.

Evidenz: Der Begriff leitet sich von dem lateinischen Wort „evidentia“ ab und bedeutet Augenschein, Offenkundigkeit, völlige Klarheit. Die englische Übersetzung des Worts „evidence“ lautet Nachweis, Beweis, Hinweis.

Man unterscheidet zwischen externer und interner Evidenz:

- *Externe Evidenz:* durch Forschung abgesicherte Wirksamkeit und Sicherheit bei relevanten diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Fragestellungen.
- *Interne Evidenz:* wird auch als individuelle Expertise bezeichnet; sie basiert auf persönlichen Erfahrungen und Wissen des Berufspraktikers, der sowohl theoretisches Wissen aus Aus-, Fort- und Weiterbildungen als auch Erfahrungen aus seiner alltäglichen Praxis heranzieht.

Vorrangiges Ziel der EBP ist es, dass Berufspraktiker bei klinisch-therapeutischen Entscheidungen auf die beste aktuell verfügbare Evidenz zurückgreifen können, um die Probleme der Klienten zu lösen oder um Therapiemethoden zu überprüfen bzw. zu bewerten. Als Basis für diese Entscheidungen suchen Therapeuten im Prozess der EBP systematisch nach geeigneten wissenschaftlichen Studien, bewerten deren Ergebnisse anschließend kritisch und implementieren sie dann ggf. in ihrer Praxis. Borgetto et al. (2007, S. 57) definieren EBP folgendermaßen: „Evidenzbasierte Praxis ist das bestmögliche therapeutische Handeln unter der Berücksichtigung einer kritischen Einschätzung externer Evidenzen, der individuellen Expertise und der Patientenpräferenz.“ Ergotherapeuten berücksichtigen folglich externe und interne Evidenzen sowie die jeweiligen Bedürfnisse, Meinungen, Wünsche und Ziele des Patienten, um sie dann in ein individuelles und wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept zu integrieren.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- *Kontrollgruppen:* Aufgrund ethischer Aspekte können bei Studien von relevanten ergotherapeutischen Interventionen (z. B. Arbeitsrehabilitation) keine Kontrollgruppen untersucht werden.
- *Mehrdimensionale Behandlungskonzepte:* Sie erschweren, Untersuchungen über die Wirkungsweise einzelner Maßnahmen durchzuführen (z. B. medikamentöse Therapie, Psycho- und Soziotherapie), da sie sich gegenseitig beeinflussen.
- *Widerstände von Mitarbeitern:* Im interdisziplinären Team gibt es z. B. Vorbehalte gegenüber empirischer Forschung, sodass entsprechende Projekte kaum unterstützt werden.
- *Zeitfaktor:* Sozialpsychiatrische Forschung ist langwierig oder misst nur geringe Effekte (Reuster 2006).

2.3 Evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie

Heike Lagemann

Das Konzept der evidenzbasierten Praxis findet in der nationalen und internationalen Gesundheitsversorgung zunehmend Beachtung. Die Grundlagen zu diesem Konzept stammen ursprünglich aus der Medizin und wurden dort als Evidence Based Medicine (EBM) entwickelt. Begründer sind die Epidemiologen David L. Sackett und Archie Cochrane. Sackett definierte EBM als vernünftigen und gewissenhaften Gebrauch, die aktuell besten externen wissenschaftlichen Evidenzen für eine individuelle Versorgung der Patienten zu nutzen (Sackett et al. 1997). Verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z. B. Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten) griffen diese Entwicklung im angloamerikanischen Raum auf und zogen ebenfalls empirisch fundierte, wissenschaftliche Studien als Grundlage für eigene Behandlungsentscheidungen im Einzelfall heran. Sie prägten dafür den Begriff der Evidence Based Practice (EBP).

Auch in der Psychiatrie sind Ergotherapeuten heute aufgefordert, wissenschaftliche Beweise für ihr berufliches Handeln zu kennen, zu verstehen, zu bewerten und umzusetzen. Dieses Kapitel erläutert deshalb nach einer Klärung des Begriffs der evidenzbasierten Praxis die methodische Vorgehensweise, verschiedene Studientypen sowie die unterschiedlichen Evidenzniveaus. Abschließend wird das Thema evidenzbasierte Praxis am Beispiel von psychiatrischen Studien vertieft und kritisch betrachtet.

2.3.1 Was bedeutet evidenzbasierte Praxis?

Bevor man die evidenzbasierte Praxis näher erläutert, ist es sinnvoll, zunächst den Begriff der Evidenz zu klären.

Evidenz: Der Begriff leitet sich von dem lateinischen Wort „evidentia“ ab und bedeutet Augenschein, Offenkundigkeit, völlige Klarheit. Die englische Übersetzung des Worts „evidence“ lautet Nachweis, Beweis, Hinweis.

Man unterscheidet zwischen externer und interner Evidenz:

- *Externe Evidenz:* durch Forschung abgesicherte Wirksamkeit und Sicherheit bei relevanten diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Fragestellungen.
- *Interne Evidenz:* wird auch als individuelle Expertise bezeichnet; sie basiert auf persönlichen Erfahrungen und Wissen des Berufspraktikers, der sowohl theoretisches Wissen aus Aus-, Fort- und Weiterbildungen als auch Erfahrungen aus seiner alltäglichen Praxis heranzieht.

Vorrangiges Ziel der EBP ist es, dass Berufspraktiker bei klinisch-therapeutischen Entscheidungen auf die beste aktuell verfügbare Evidenz zurückgreifen können, um die Probleme der Klienten zu lösen oder um Therapiemethoden zu überprüfen bzw. zu bewerten. Als Basis für diese Entscheidungen suchen Therapeuten im Prozess der EBP systematisch nach geeigneten wissenschaftlichen Studien, bewerten deren Ergebnisse anschließend kritisch und implementieren sie dann ggf. in ihrer Praxis. Borgetto et al. (2007, S. 57) definieren EBP folgendermaßen: „Evidenzbasierte Praxis ist das bestmögliche therapeutische Handeln unter der Berücksichtigung einer kritischen Einschätzung externer Evidenzen, der individuellen Expertise und der Patientenpräferenz.“ Ergotherapeuten berücksichtigen folglich externe und interne Evidenzen sowie die jeweiligen Bedürfnisse, Meinungen, Wünsche und Ziele des Patienten, um sie dann in ein individuelles und wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept zu integrieren.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2.3.2 Warum ist eine evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie notwendig?

Das ergotherapeutische Angebot in der Psychiatrie ist auch heute noch in vielen Einrichtungen durch eine Angebotsstruktur geprägt, die auf eine lange Tradition zurückgeführt werden kann. Gegenwärtige Neuerungen, z. B. eine Ausrichtung der Angebote auf dem konzeptionellen Hintergrund der ergotherapeutischen Praxismodelle, finden hier nur selten ihre Anwendung. Reichel (2006) beschreibt diese Situation so: „Nach wie vor gibt es in psychiatrischen Einrichtungen wie Kliniken oder Tagesstätten ‚traditionelle' Aufgaben und Angebote der Ergotherapie, beispielsweise die Organisation und Gestaltung von Basaren und Feierlichkeiten sowie Arbeiten im Versorgungsbereich der Institutionen, z. B. den Garten pflegen, Fahrräder in Stand halten, Bibliotheksbestände (…) katalogisieren, Kopierarbeiten für die Einrichtung (…) erledigen oder bei der Abfallentsorgung mitzuwirken" (Reichel 2006, S. 20). Sie fordert deshalb zu einer deutlicheren Profilierung und einer genaueren Gegenstandsbeschreibung der psychiatrischen Ergotherapie auf (Reichel 2006). Schon vor Jahren vertrat Jerosch-Herold (2000) die Auffassung, dass es sich Ergotherapeuten nicht mehr leisten können, ihre berufliche Praxis mit traditionellem Wissen und Meinungen zu begründen. Sie sind aufgefordert, ihre tägliche Arbeit wissenschaftlich zu untermauern und somit evidenzbasiert zu praktizieren.

Wenn es gelingen kann, den eigenen Berufsalltag nach dem Konzept der evidenzbasierten Praxis auszurichten, bringt dies für die derzeitige Situation der psychiatrischen Ergotherapie und die angestrebte Profilierung wesentliche Vorteile:

- EBP ermöglicht eine enge Verknüpfung von Forschung und Praxis.
- EBP hinterfragt kritisch tradierte Therapiemethoden und verfolgt zugleich das Ziel, neuere Therapieansätze zu nutzen.
- EBP führt zu effektiveren Therapieentscheidungen in der Berufspraxis und trägt somit wesentlich zur Qualitätssicherung bei, wie im Sozialgesetzbuch V § 135 a (Verpflichtung zur Qualitätssicherung) vom Gesetzgeber gefordert.
- EBP erlaubt eine Überprüfung der Effektivität ergotherapeutischer Maßnahmen. Ergotherapie kann sich so ihren Platz im Gesundheitswesen sichern und wird den Anforderungen der Kostenträger gerecht.
- EBP fördert die Kommunikation im interdisziplinären Team mit Klienten und deren Angehörigen, da die ergotherapeutische Vorgehensweise für sie nachvollziehbarer wird.

Weiterhin entwickeln Ergotherapeuten durch EBP nachfolgende Fähigkeiten und Fertigkeiten:

- Das in Aus-, Fort- und Weiterbildung erworbene Wissen wird ständig überprüft, aktualisiert bzw. erweitert und ermöglicht lebenslanges Lernen.
- Ergotherapeuten gewinnen an Sicherheit im Clinical-Reasoning-Prozess, also in ihrer klinischen Argumentation.
- Sie lernen, wissenschaftliche Fragestellungen zu formulieren, eine Literatur- bzw. Internetrecherche durchzuführen, sich relevante wissenschaftliche Literatur zu beschaffen und zu bearbeiten, die Qualität der Literatur kritisch zu beurteilen, die Ergebnisse im Hinblick auf den Klienten anzuwenden und letztlich auch zu evaluieren.
- Sie entwickeln somit ein grundlegendes Verständnis für Forschung und Forschungsmethoden (Beyermann 2002, Weber 2005, Voigt-Radloff 2007).

2.3.3 Wo findet man Evidenzen?

Elektronische Datenbanken sind die wichtigste Quelle für die Suche von Evidenzen. In Literaturdatenbanken werden wichtige Informationen über Forschungsergebnisse aus der Medizin und angrenzenden Berufsfeldern systematisch erfasst und ständig aktualisiert. Die Ergebnisse können nach Suchkriterien (wie z. B. Titel, Autor, Zeitschriftentitel, Erscheinungsjahr, Fachbereich, Schlüsselwörtern) sowie weiteren formalen und inhaltlichen Merkmalen im Internet abgefragt werden. Ausgehend von einer zuvor klar definierten Fragestellung werden geeignete Suchwörter ausgewählt. Durch eine gezielte Verknüpfung der Begriffe (sogenannte Boole-Suchmethode z. B. mit den Operationen „*and – or – not*") wird das Suchergebnis eingegrenzt (Scherfer 2006). Zur Recherche in den Datenbanken wird meist die englische Sprache benötigt, um eine hohe Trefferquote zu erzielen. In der **Tab. 2.15** sind einige wichtige Datenbanken für eine Literaturrecherche dargestellt.

Auch Leitlinien, die von Fachgesellschaften (z. B. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) erstellt werden, berücksichtigen wissenschaftliche Evidenzen. Diese Leitlinien werden in einem aufwendigen systematischen Verfahren (sogenannter Konsensusprozess) von Experten erarbeitet und unterstützen Ärzte in ihren Entscheidungen für oder gegen diagnostisch-therapeutische Maßnahmen bei bestimmten Krankheitsbildern, z. B. Schizophrenie, Depression (Voigt-Radloff 2007). Die Leitlinien ermöglichen Ergotherapeu-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.15** Datenbanken zur Literaturrecherche

Datenbank	Internetadresse	Beschreibung
OTseeker	www.otseeker.com	Kostenfreie Datenbank zweier australischer Universitäten mit Abstracts von Studien zur Wirksamkeit der Ergotherapie oder ergotherapeutischen Methoden. Ergotherapeuten werten dazu regelmäßig zahlreiche relevante Datenbanken (z. B. Cochrane Library, Medline, Cinahl, Embase) aus.
OTDBASE	www.otdbase.org	Kostenpflichtige Datenbank, die eine Recherche nach Abstracts aus über 20 internationalen Ergotherapiezeitschriften ermöglicht.
DIMDI	www.dimdi.de	Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information ermöglicht eine kostenfreie Recherche in verschiedenen medizinischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken.
MEDPILOT	www.medpilot.de	Informationsportal des DIMDI und der Zentralbibliothek für Medizin in Köln. Man erhält hier Zugriff auf andere Datenbanken, die bei DIMDI nicht aufgeführt sind.

ten einen ersten schnellen Überblick über aktuelle Therapiemethoden und deren Wirksamkeit, auch wenn sie für die ärztliche Praxis entwickelt wurden. Zu den Themen evidenzbasierte Praxis und Leitlinien finden Sie am Ende dieses Kapitels Hinweise auf weitere relevante Internetseiten (**Tab. 2.18**, S. **133**).

2.3.4 Wie erfolgt die Vorgehensweise?

Die Vorgehensweise der evidenzbasierten Methode vollzieht sich in fünf Schritten (Jerosch-Herold 2000, Weber 2005).

Schritt 1: Formulierung einer präzisen Fragestellung

Zunächst ist es wichtig, eine klare, eindeutige Fragestellung zu formulieren, da man sich so des Problems bewusster wird und die anschließende Recherche erleichtert wird. Praxisrelevante Fragen, die durch Forschungsergebnisse beantwortet werden können, betreffen die Klientel, die Problemstellung, die therapeutische Intervention und das erwartete Ergebnis und können beispielhaft so formuliert sein:

- Welche Assessments können bei einer bestimmten Klientel zur Befunderhebung ihrer Betätigungsperformanz eingesetzt werden?
- Welche Intervention wird für einen beschriebenen Klienten als wirksam beschrieben?
- Wie effektiv ist eine bestimmte Therapiemethode im Unterschied zu alternativen Methoden?
- Welche Therapieerfolge können bei einer spezifischen Klientel mit einer therapeutischen Intervention erreicht werden?

Schritt 2: Literaturrecherche

Nach der Formulierung der Fragestellung kann man mit der Literaturrecherche beginnen. Hierfür stehen u. a. die genannten elektronischen Datenbanken zur Verfügung. Teilweise findet sich hier auch genaue Anleitung zur Bedienung, die eine Recherche erleichtert. Darüber hinaus bieten z. B. Hochschulbibliotheken kostenlose Einführungskurse zum Thema Literaturrecherche an.

In den vorgegebenen Suchfeldern der Masken der jeweiligen Datenbanken werden die geeigneten (englischen) Suchbegriffe (Keywords) eingegeben, die sich aus der Fragestellung ableiten. Mithilfe der eingefügten Begriffe und deren logischer Verknüpfung lassen sich dann Titel, Quellenangaben von Studien bzw. Artikeln sowie Kurzzusammenfassungen (sogenannte Abstracts) finden. Werden dabei keine Treffer erzielt, sollte die Suchstrategie entsprechend angepasst und Synonyme verwendet bzw. die Recherche eingegrenzt werden. Anhand der Abstracts kann man herausfinden, ob der gefundene Artikel zur eigenen Fragestellung passt. Zur Beurteilung der Forschungsergebnisse sollten die jeweiligen Studien jedoch in einer Volltextversion vorliegen. Bei einigen Studien besteht die Möglichkeit, durch einen entsprechenden Link sich den Volltext kostenlos herunterzuladen. Sollte dies nicht möglich sein, gibt es die Möglichkeit, die Artikel über einen elektronischen Lieferservice zu bestellen (Scherfer 2006).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

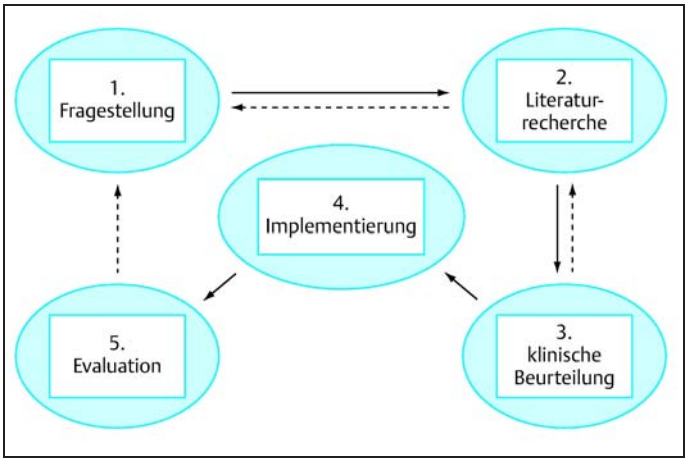

Abb. 2.11 Fünf Schritte der evidenzbasierten Methode.

Schritt 3: Kritische Beurteilung der Rechercheergebnisse

Ein zentraler Aspekt des EBP-Prozesses ist die Auswertung der Studien, denn Ergotherapeuten sollten ihre Intervention nicht aufgrund einer Studie ändern, die nicht valide ist, also (starke) Mängel im Forschungsdesign aufweist oder auf die eigene Klientel nicht übertragbar ist. Als nützlich können sich hierzu Beurteilungsbögen erweisen, die Hilfestellungen geben, um die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit einer Studie zu bewerten. So hat sich die Occupational Therapy EBP-Research Group der kanadischen McMaster University im Rahmen ihrer Forschung mit der Beurteilung von quantitativen und qualitativen Studien befasst. Die Forschungsgruppe entwickelte entsprechende Anleitungen und Formulare, die es Ergotherapeuten erleichtern, Studien kritisch zu beurteilen. Als Komponenten einer kritischen Besprechung von Studien nennen Law et al. (1998): Zweck der Studie, Verwendung von Hintergrundliteratur, Studiendesign, Stichprobenauswahl, Datenerhebung, Datenanalyse, Vertrauenswürdigkeit, Schlussfolgerungen und Implikationen. Die folgende **Tab. 2.16** (S. **128**) zeigt Auszüge aus einem Formblatt zur kritischen Überprüfung quantitativer Studien.

Schritt 4: Implementierung der Ergebnisse

Entspricht die beurteilte Studie den Qualitätskriterien und bietet sie eine Lösung für das Problem, überlegt die Therapeutin, wie sie die Ergebnisse in ihren Berufsalltag integrieren kann. Bei der Übertragung der Studienergebnisse in die Praxis sind immer der jeweilige Klient und das Setting vorrangig zu beachten. Ergotherapeuten sollten niemals die Forschungsergebnisse unreflektiert auf Klienten übertragen, sondern aufgrund ihrer internen Evidenz entscheiden, ob die Studienergebnisse für den einzelnen Klienten überhaupt anwendbar sind. Klienten sollten über Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Methoden aufgeklärt werden. Lehnt ein Klient eine aufgrund einer Studie ausgewählte Interventionsform ab, ist dies im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes stets zu akzeptieren und seine Präferenzen entsprechend zu berücksichtigen.

Schritt 5: Evaluation der Ergebnisse

Der Nutzen, der durch die Implementierung der Studienergebnisse erreicht wurde, wird im letzten Schritt der EBP-Methode kritisch beurteilt. In der Evaluation wird festgestellt, ob der gewünschte therapeutische Effekt tatsächlich eingetreten ist, das Problem gelöst wurde und die Klientenperspektive ausreichend beachtet wurde **(Abb. 2.11)**.

2.3.5 Welche Studientypen gibt es?

Bei der Sichtung der Ergebnisse einer Literaturrecherche sind unterschiedliche Studientypen zu differenzieren (Scherfer 2006, Weber 2005):

Metaanalyse
In einer Metaanalyse werden Studienergebnisse zum gleichen Thema unter Anwendung statistischer Verfahren zusammengefasst und analysiert. Die vorlie-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.16** Auszug aus: Quantitive Review Form (Abdruck mit freundlicher Genehmigung Law et al. 1998)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien **Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland 1998** **McMaster University** TITEL:	
ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? ○ ja ○ nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet? ○ ja ○ nein	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.
DESIGN ○ randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ○ Kohortenstudie ○ Einzelfalldesign ○ Vorher-nachher-Design ○ Fall-Kontroll-Studie ○ Querschnittsstudie ○ Fallstudie	Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z. B. im Hinblick auf den Wissenstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)? Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.
STICHPROBE N = Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? ○ ja ○ nein Wurde die Stichprobengröße begründet? ○ ja ○ nein ○ entfällt	Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich? Beschreiben Sie die Ethikverfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?
ERGEBNISSE (Outcomes)	Geben Sie an, wie oft Outcomemessungen durchgeführt wurden (also: vorher, nachher, Nachbeobachtung [pre-, post-, follow-up]). Outcomebereiche (z. B. Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit) — Listen Sie die verwendeten Messungen auf
Waren die Outcomemessungen zuverlässig (reliabel)? ○ ja ○ nein ○ nicht angegeben Waren die Outcomemessungen gültig (valide)? ○ ja ○ nein ○ nicht angegeben	

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

genden Messdaten werden dabei ein zweites Mal ausgewertet, um den Schwachpunkt kleinerer Stichproben einer Untersuchung zu überwinden (sogenannte Sekundäranalyse).

Systematischer Review (Übersichtsarbeit)
Auch hier handelt es sich um eine Sekundäranalyse bereits beschriebener Studien. Im Unterschied zu den Metaanalysen werden systematische Reviews nicht quantitativ analysiert, sondern nach einer festgelegten Methode qualitativ beschrieben und beurteilt. Eventuelle quantitative Daten in der Primärstudie werden mit beachtet.

Randomisierte kontrollierte Studie (oder auch RCT)
Bei der Durchführung einer randomisierten kontrollierten Studie werden die Teilnehmer nach dem Zufallsprinzip auf zwei (oder mehr) Gruppen verteilt, die unterschiedlich behandelt werden. Am Ende der Untersuchung wird überprüft, ob sich die verschiedenen Gruppen im Hinblick auf einen Behandlungserfolg unterscheiden. RCT wird als englische Abkürzung für randomized controlled trail oder clinical trail verwandt. Diese Art der Studien gilt als Mittel der Wahl, wenn es sich um Wirksamkeitsforschung handelt.

Kohortenstudie
Im Studiendesign werden zwei (oder mehrere) Kohorten untersucht, die mit der gleichen Intervention behandelt werden. Kohorten sind Gruppen von Studienteilnehmern, die man über einen längeren Zeitraum (sogenannte Längsschnittstudien) beobachtet. Es findet dabei keine Zufallsverteilung statt.

Fall-Kontroll-Studie
Bei dieser Studie werden Studienteilnehmer in Gruppen eingeteilt, bei denen unterschieden wird, ob sie an einer bestimmten Erkrankung leiden oder nicht. Die erkrankten Personen sind dabei die „Fälle“, die mit der anderen, gesunden Personengruppe verglichen wird. Mit diesem Design können Hypothesen zur Entstehung von Krankheiten untersucht werden.

Querschnittsstudie
Eine repräsentative Gruppe von Studienteilnehmern wird untersucht. Dabei werden die Daten zu festgelegten Zeitpunkten ermittelt.

Fallstudie und Fallbericht
Der Begriff der Fallstudie ist sehr vage und allgemein. Im engeren Sinne handelt es sich dabei nicht um eine Methode, sondern ein Fall kann auf unterschiedlichste Art und Weise untersucht werden. Fallberichte sind detaillierte, retrospektive Berichte, die den Krankheits- oder Therapieverlauf eines Patienten beschreiben und ggf. zur Forschung anregen.

2.3.6 Was ist die beste Evidenz?

Nicht alle dargestellten Studien verfügen über die gleiche Beweiskraft. Für den Berufspraktiker ist die Analyse von Fallstudien und Fallberichten weniger geeignet, da sie die schwächste Evidenz aufweisen. Hingegen sind Metaanalysen und systematische Reviews für das evidenzbasierte Arbeiten besonders relevant, da sie in der Evidenzhierarchie an der höchsten Stelle stehen. Das heißt, dass Veröffentlichungen, die ergotherapeutische Interventionen lediglich anhand eines Fallbeispiels beschreiben (z. B. ergotherapeutische Methoden bei depressiven Patienten), eine geringere Beweiskraft haben als z. B. Metaanalysen, die mehrere Studienergebnisse zum gleichen Thema unter Anwendung statistischer Verfahren zusammenfassen und analysieren.

Zurzeit gibt es allerdings, im Vergleich zur Medizin, nur wenige ergotherapeutische Studien. Sollten in Zukunft mehr Publikationen zu einem Forschungsthema erscheinen, so könnte sich praktisch tätige und wissenschaftlich interessierte Ergotherapeuten einen schnellen Überblick über Untersuchungen zu effektiven therapeutischen Interventionen für psychiatrisch erkrankte Klienten mithilfe von Metaanalysen und systematischen Reviews verschaffen. Allerdings unterliegt der Stand der Forschung einem schnellen Wandel. Forschungsergebnisse, die aktuell als beste Evidenzen anerkannt werden, können kurze Zeit später vor dem Hintergrund neuer Untersuchungen neu bewertet werden. So sind Berufspraktiker aufgefordert, die Ergebnisse, die sie im EBP-Prozess gewinnen, fortlaufend zu aktualisieren.

2.3.7 EBP in der psychiatrischen Ergotherapie

Zur psychiatrischen Ergotherapie gibt es bislang ebenfalls nur wenige Studien. Meist werden die Untersuchungen in englischer Sprache veröffentlicht, sodass man mithilfe von englischen Schlüsselwörtern im Internet recherieren muss. Dazu eignen sich die bereits dargestellten Datenbanken (z. B. OTseeker oder OTDBASE **Tab. 2.15** S. **126**).

Anhand eines konkreten Beispiels soll die Herangehensweise im Prozess der EBP nachvollzogen werden. So kann man unter www.otseeker.com auf einfache Weise nach Wirksamkeitsstudien mit einem

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.17** Beispiele einer Datenbankrecherche – systematische Studien zum Thema Ergotherapie und Schizophrenie

Title	Method
Distraction techniques for schizophrenia	Systematic Review
The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis	Systematic Review
Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions	Systematic Review
Comparing the effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia – a systematic review	Systematic Review
Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years	Systematic Review
Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review	Systematic Review
Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses	Systematic Review
The psychosocial treatment of schizophrenia: an update	Systematic Review
Life skills programmes for chronic mental illnesses	Systematic Review
Cognitive behaviour therapy for schizophrenia	Systematic Review
Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies	Systematic Review
Token economy for schizophrenia	Systematic Review
Family intervention for schizophrenia	Systematic Review
Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy	Systematic Review
Psychoeducation for schizophrenia	Systematic Review
Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation	Systematic Review
A review of cognitive training in schizophrenia	Systematic Review

hohen Evidenzgrad und systematischen Reviews suchen. Klickt man auf der Navigationsleiste auf „Search“, öffnet sich eine Maske, in die man die geeigneten Suchbegriffe („Keywords“) der jeweiligen Fragestellung eingeben kann. Gibt man z. B. die Schlüsselwörter „occupational therapy“ and „schizophrenia“ in die oberste Zeile ein und wählt man unter „diagnosis/subdiscipline“ „schizophrenia“ und unter „method“ „systematic review“ an, so erhält man 31 Übersichtsartikel zum gewünschten Themenkomplex (Stand 12. 10. 2007). Die Titel der einzelnen Studien werden angezeigt und die jeweiligen „Abstracts“ können gelesen werden, wenn man einen relevanten Titel anklickt. Ein Auszug dieser Recherche ist in **Tab. 2.17** dargestellt.

Unter „Detailed Search Results“ führt ein Link auf die Homepage von PubMed (www.pubmed.gov) und eröffnet bei einzelnen Studien die Möglichkeit, die Volltextversion kostenlos herunterzuladen. Ist dieser Onlinezugriff nicht möglich, kann der entsprechende Artikel über den bereits beschriebenen Lieferservice zur weiteren Bearbeitung angefordert werden.

Exemplarische Kurzvorstellung eines für die psychiatrische Ergotherapie relevanten systematischen Reviews

Der folgende Abschnitt stellt den systematischen Übersichtsartikel „A Review of Cognitive Trainung in Schizophrenia“ von Twamley et al. (2003) als Beispiel der evidenzbasierten Praxis im psychiatrischen Arbeitsfeld vor. Die Autoren werteten 17 Studien zum Thema kognitives Training bei schizophren erkrankten Menschen aus. Das Ziel ihrer Arbeit war ein umfassender Überblick von randomisiert-kontrollierten Studien, die die Effektivität des kognitiven Trainings bei krankheitsbedingten neuropsychologischen Funktionseinschränkungen untersuchen. Die Autorengruppe räumt dem kognitiven Training im Kontext der Schizophreniebehandlung einen großen Stellenwert ein und verweist zugleich auf Studien, die nachweisen, dass eine antipsychotische Medikation die kognitiven Defizite bei diesem Krankheitsbild nicht beseitigen kann. Um den Behandlungserfolg zu vergrößern, wird die Kombination von

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

pharmakologischen und psychosozialen Behandlungsmaßnahmen empfohlen (u. a. Soziales Kompetenztraining, kognitives Training/Verhaltenstraining, Familientherapie, berufliche Rehabilitation).

Die Autoren suchten in den Datenbanken Medline und PsycInfo nach englischsprachigen Artikeln, die bis 2001 veröffentlicht wurden. Die Suchkriterien für diese Recherche waren randomisierte kontrollierte Studien mit den Schlüsselbegriffen: „cognitive training", „cognitive rehabilitation" or „cognitive remediation" in „schizophrenia".

Die 17 ausgewerteten Studien wiesen eine durchschnittliche Teilnehmerzahl von 41 Studienteilnehmern auf mit einem durchschnittlichen Alter von 38 Jahren. 71 % der Teilnehmer waren männlich. Die ausgewählten Studien wurden vier Kategorien zugeordnet:

- standardisierte Übungsaufgaben (z. B. Bleistift-Papier-Aufgaben zur Verbesserung der Aufmerksamkeit oder des Abstraktionsvermögens)
- strategieorientierte Übungsaufgaben (z. B. Selbstlernaufgaben, Übungen aus dem IPT-Unterprogramm: „Kognitive Differenzierung")
- computergestützte, standardisierte Übungsaufgaben
- computergestützte, strategie-orientierte Übungsaufgaben.

Eine weitere Studie zur Umweltanpassung war keiner Kategorie zu zuordnen.

Die Durchführung des kognitiven Trainings wurde durchschnittlich mit 20–60 Minuten über einen Zeitraum von einem Tag bis zu neun Monaten in allen Studien angegeben. Verschiedene kognitive Tests wurden als Outcomemessinstrumente eingesetzt.

Die Ergebnisse dieser kritischen Sichtung zeigen, dass in 14 von 17 Studien kognitives Training zu einem positiven Behandlungsergebnis führte. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen der Studien- und der Kontrollgruppe. Die Autoren berechneten auf der Grundlage aller Studien eine Verbesserung der neuropsychologischen Fähigkeiten und der Alltagsfähigkeiten sowie eine Reduktion psychiatrischer Symptome. Weitere Forschung ist nach Ansicht der Autoren notwendig, um die Ergebnisse besser absichern zu können. So müssten z. B. Studien mit einem erhöhten Frauenanteil, ethnischen Minderheiten oder älteren Patienten durchgeführt werden.

Zusammenfassung einer für die psychiatrische Ergotherapie relevanten, randomisierten kontrollierten Studie

Als Beispiel für eine der wenigen deutschen Studien im psychiatrischen Arbeitsfeld soll die Untersuchung zur Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus dargestellt werden. Reuster (2006) untersuchte in einer randomisierten Studie die Fragestellung, ob sich bei Patienten, die während ihres stationären Aufenthalts an einem ergotherapeutischen Programm teilnehmen, eine klinische Besserung ihrer Symptomatik eintritt. Mit einem Kontrollgruppenvergleich überprüfte Reuster (2006) die Hypothese: Durch Teilnahme an der Ergotherapie werden klinisch gewünschte Veränderungen in nachfolgenden Dimensionen erreicht – krankheitsspezifische Pathologie, Angst, Hoffnungslosigkeit, soziale Kontaktstörung, Verstimmung, Konzentrations- und Leistungsstörung, Autonomie und Expansivität.

Um die therapeutische Wirksamkeit zu evaluieren, entwickelte Reuster folgendes Studiendesign: Insgesamt wurden 262 regulär eingewiesene Patienten (ausgeschlossen tagesklinische Behandlung) im Alter von 18 bis 65 Jahre für die Studie ausgewählt. Zu den weiteren Einschlusskriterien der Studie gehörten die Diagnosen (nach ICD 10) Schizophrenie (F.20), manische Episode (F.30), depressive Episode (F.32) oder bipolare affektive Störung (F.31), eine Indikation zur Ergotherapie durch den behandelnden Arzt sowie eine schriftliche Zustimmung des Patienten zur Studienteilnahme. Die Patienten wurden durch Zufallszuweisung in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Programmgruppe mit 139 Patienten nahm über einen Zeitraum von 4 Wochen an einer sogenannten offenen Werkgruppe im Rahmen der kompetenzzentrierten Methode teil. Sie arbeiteten hier unter der Anleitung von Ergotherapeuten in materialbezogenen Gruppen (Ton-, Peddigrohr- oder Malgruppen). Die Patienten der Kontrollgruppe (n = 123) wurden vom Pflegepersonal auf der jeweiligen Station angesprochen und erhielten dann Materialien zur Beschäftigung ohne Anleitung. Die Behandlungsdauer erfolgte in beiden Gruppen fünfmal wöchentlich für durchschnittlich 126 Minuten pro Einheit. Alle Studienteilnehmer erhielten nach dem derzeitigen Wissenstand, im Rahmen eines mehrdimensionalen Therapiekonzeptes, geeignete Psychopharmaka und psychotherapeutische Maßnahmen. Von der Gesamtstichprobe konnten 216 Fälle ausgewertet werden. 46 Patienten verließen vorzeitig die Studie, darunter waren 19 Patienten der Studiengruppe und 27 Patienten der Kontrollgruppe. Die höhere Abbruchquote der Studienteilnehmer der Kontrollgruppe

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

war, nach Auffassung des Pflegepersonals und des Studienleiters, auch Ausdruck ihrer subjektiven Unzufriedenheit, nicht an der Ergotherapie teilnehmen zu dürfen (Reuster 2006).

Im Studiendesign wurden insgesamt 9 etablierte und gut validierte Messinstrumente ausgewählt, die sowohl den Prozess der klinischen Besserung der verschiedenen Krankheitsbilder aufzeigen können als auch mit ergotherapeutischen Behandlungszielen der kompetenzzentrierten Methode kompatibel sind. Die nachfolgenden Testinstrumente wurden an drei Messzeitpunkten (Tag 0, Tag 14 und Tag 28) eingesetzt:

- State-Trait-Angstinventar (Instrument zur Angstmessung)
- SSF-Skala (Skala zur Selbsteinschätzung von sozialen Kompetenzen)
- KASSL (Test zur Erfassung von Veränderungsprozessen unter psychotherapeutischem Einfluss, z. B. Kontaktstörung, Verstimmung, Konzentrations- und Leistungsstörung)
- H-SA-Skala (Instrument zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit, die über verschiedene Handlungs- und Lebensbereiche generalisiert wird)
- Trierer Persönlichkeitsfragebogen (Test zur Erfassung von Persönlichkeitsfaktoren, wie z. B. Sinnerfülltheit versus Depressivität, Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung)
- Mehrfach-Wortwahltest (Verfahren zur Erfassung des Intelligenzniveaus)
- Verschiedene Psychopathologieskalen (zur Erfassung der Schweregrade der Depression, Manie und psychotischer Erkrankungen)
- Test d2 (allgemeiner Leistungstest im Hinblick auf Konzentration und Aufmerksamkeit)
- Fragebogen zur Patienteneinschätzung der Beschäftigung (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit).

Die Datenerhebung erfolgte über einen Gesamtzeitraum von 4 Jahren. Anhand der statistischen Auswertungen der Studie wurden folgende Resultate ermittelt:

- In beiden Gruppen kam es unter der komplexen psychiatrischen Behandlung zu einer deutlichen Besserung der klinischen Symptomatik.
- Die nach Diagnosen geordneten Mittelwertvergleiche zeigen signifikante Unterschiede zwischen den drei verschiedenen Patientengruppen:
  Bei den depressiv erkrankten Patienten der Ergotherapiegruppe zeigen sich (im Vergleich zur Kontrollgruppe) signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Psychopathologie. So kann auf einen antidepressiven Therapieeffekt der Ergotherapie geschlossen werden. Der Therapieeffekt bei manischen Patienten kann aufgrund einer geringen Stichprobengröße (n = 26) nicht abschließend beurteilt werden. Bei schizophren erkrankten Patienten, die an der ergotherapeutischen Maßnahme teilnahmen, zeigt sich lediglich eine leichte Tendenz zu einem besseren Outcome.
- Studienteilnehmer, die an Schizophrenie und Depression erkrankt waren, bewerteten die Ergotherapiemaßnahmen am Ende der Untersuchung subjektiv hochsignifikant positiver als Patienten, die keine Ergotherapie erhielten. „Es macht offenbar einen messbaren klinischen Unterschied, ob sich Patienten mit *irgend etwas* beschäftigen oder ob sie sich im Rahmen eines professionell-ergotherapeutisch angeleiteten und strukturierten Tuns im beschriebenen Setting betätigen“ (Reuster 2006, S. 168).

Reuster spricht sich aufgrund seiner Studie für eine qualifizierte Ergotherapie in der aktuellen Versorgungsstruktur psychiatrischer Kliniken aus. Dieses klare Votum bezieht sich jedoch nur auf seine Ergebnisse im Hinblick auf die Besserung der klinischen Symptomatik. Untersuchungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Betätigungsperformanz in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit, ist Aufgabe ergotherapeutischer Forschung, die durch die Profession selbst durchgeführt werden sollte (Reuster 2006).

Thematisch relevante Internetseiten

Zu den Themen Leitlinien und evidenzbasierte Praxis finden sich für Ergotherapeuten auf den nachfolgenden Internetseiten weitere wichtige Informationen **(Tab. 2.18).**

2.3.8 Schlussbemerkungen

Wie bereits dargestellt befindet sich die evidenzbasierte Praxis in Deutschland erst am Anfang. Für die Existenz der Ergotherapie ist es jedoch dringend erforderlich, sich dieser Auseinandersetzung zu stellen. Voraussetzung dafür ist, dass die grundlegenden Kenntnisse der EBP in der Aus-, Fort- und Weiterbildung gelehrt und gelernt werden. Um das beschriebene Konzept in der Praxis umzusetzen, werden institutionelle, finanzielle und personelle Ressourcen benötigt. Ebenso kritisch sollte jedoch auch die Anwendung von Studienergebnissen reflektiert

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.18**

Institutionen und Anbieter	Hinweise	Adresse
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)	Informationen zum Thema Leitlinien	www.awmf-online.de
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	Informationen zum Thema Leitlinien	www.leitlinien.de
Cinahl	Kostenpflichtige Datenbank der Pflege und Gesundheitsberufe Alle relevanten englischsprachigen, ergotherapeutischen Journale sind vertreten	www.cinahl.com
Cochrane Library	In der Bibliothek der Cochrane Collaboration sind systematische Übersichtsarbeiten für Mediziner in englischer Sprache gesammelt, die die Wirksamkeit therapeutischer Verfahren aufzeigen	www.cochrane.de
Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)	Informationen zur Recherche von Studien und Literaturbeschaffung der Volltexte Im geschützten Mitgliederbereich kann ein Merkblatt zum Thema kostenfrei heruntergeladen werden	www.dve.info
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)	Arbeits- und Lernmaterialien zum Thema EBM	www.ebm-netzwerk.de
Embase	Kostenpflichtige Datenbank der Medizin und ihrer Randgebiete	www.embase.com
Evidence-Based Occupational Therapy Webportal	Gemeinsame Homepage des kanadischen Verbandes der Ergotherapeuten (CAOT), der McMaster University und des Weltverbandes (WFOT) Gibt Hinweise zu weiteren Datenbanken und zur Qualitätsbeurteilung von Studien	www.otevidence.info
Medline	Datenbank der National Library of Medicine (USA) Enthält Nachweise der internationalen Literatur aus allen Bereichen der Medizin	www.medline.de
McMaster University-School of Rehabilitation Science	Anleitungen und Formblätter zur Beurteilung von qualitativen und quantitativen Studien in deutscher Sprache unter dem Link Research & Resources > EBP	www.srs-mcmaster.ca
Pubmed	Mithilfe des Links MeSH Database kann man standardisierte Suchbegriffe (sogenannte Medical Subject Headings) in einer eigenen Datenbank finden	www.pubmed.de
Subito	Dokumentationslieferdienst der deutschsprachigen Bibliotheken Kostenpflichtige Volltexte per E-Mail, Post oder FAX	www.subito-doc.de

werden. Voigt-Radloff (2007) benennt u. a. folgende kritische Aspekte einer evidenzbasierten Praxis:

- Es gibt keine kontrollierten Studien zu der Frage, ob traditionelle Ergotherapie, die auf Erfahrung beruht, im Vergleich zur evidenzbasierten Praxis wirklich zu besseren Therapieerfolgen führt.
- Vor dem Hintergrund der Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen könnte eine evidenzbasierte Praxis von Kostenträgerseite dazu benutzt werden, nur noch Therapien zu finanzieren, für die ausreichend hochwertige Studien vorliegen.
- Studienergebnisse können unkritisch auf die eigene Arbeit übertragen werden, obwohl sie in einem anderen Setting entwickelt wurden.
- Die individuellen Lebensumstände des Klienten, kulturelle Unterschiede und die subjektive Sichtweise von bedeutungsvoller Betätigung für den

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Einzelnen werden nicht ausreichend in Wirksamkeitsstudien beachtet.

Viele Kritiker der evidenzbasierten Praxis befürchten, dass Therapien nur noch nach „Kochbuchrezepten" durchgeführt werden könnten. Doch Harth (2007) vertritt die Auffassung, dass das Gegenteil der Fall ist. „Eine Orientierung an den höchsten Graden der Evidenz führt nicht zu einer Ablösung der individuellen Entscheidung des Therapeuten, sondern ein guter Therapeut nutzt sowohl klinische Expertisen als die beste verfügbare externe Evidenz, da keiner der beiden Faktoren alleine ausreichend ist" (Harth 2007, S. 7).

Exkurs: Handwerkliche und gestalterische Techniken in der psychiatrischen Ergotherapie – ein alter Hut?

Angela Döring

Allem Leben, allem Tun, aller Kunst muss das Handwerk vorausgehen! J. W. Goethe

Ergotherapie betrachtet die individuelle Handlungsfähigkeit des Menschen in seinen Alltagsbezügen und identifiziert Einschränkungen der Handlungskompetenz mit dem Ziel, den Betroffenen dabei zu unterstützen, eine größtmögliche Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit zu erlangen.

Handlungsfähigkeit: „Es entspricht dem Wesen des Menschen, Aufgaben zu übernehmen, sich selbstständig Ziele zu setzen und diese ‚selbstregulierend' ohne besondere Vorschriften und Anweisungen ‚von außen' zu erreichen" (Schüpbach 1992, S. 69).

Handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten sind ein ergotherapeutisches Mittel, mit dessen Hilfe sich Patienten handelnd ausprobieren und erfahren.

Der Mensch war von jeher ein Handelnder, der mit den Händen etwas tut, werkt und ausführt. Sich mit den Händen betätigen bedeutet, sich die Welt direkt be-greif-bar zu machen, sie zu ertasten und zu erfahren. Dies gilt nicht nur für Kinder, sondern auch für erwachsene Menschen. Wenn in der Ergotherapie handwerklich gearbeitet wird, dann begegnet der Patient sowohl den Möglichkeiten und Grenzen des Materials als auch seinen eigenen.

Handwerk ist heutzutage Nostalgie und Utopie zugleich. Nostalgie, da es die Zünfte, das ursprüngliche Handwerk, durch den technischen Fortschritt als Berufsstand kaum noch gibt. Das Handwerk bleibt aber auch eine Utopie, denn obwohl viele handwerkliche Berufe allmählich aussterben, sind handwerkliche Fertigkeit und Erfahrung unersetzlich und kostbar.

Durch die Industrialisierung wurde das Handwerk immer stärker durch die maschinelle Fertigung ersetzt. Sie ist schneller, billiger und scheinbar auch „perfekter". Handarbeit wurde zu einer Freizeitbeschäftigung. Heute hat auch die Handarbeit durch die zunehmende Medialisierung und Kommerzialisierung der Freizeit an Bedeutung verloren.

Trotzdem ist das Handwerk in seinem Wert nicht völlig in Vergessenheit geraten, denn im Handwerk lassen sich viele gute Ansätze finden, wie Flexibilität, Vielfältigkeit der Arbeitsaufgaben, soziale Nähe im Betrieb, Kundennähe, Familienbezogenheit, Wirtschaften im überschaubaren Raum. Durch seine Geschichte und Tradition ist das Handwerk darüber hinaus als „ehrbarer Berufsstand" geprägt.

In der psychiatrischen Ergotherapie hat das Handwerk in Deutschland traditionell eine große Bedeutung. In den 20er- und 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde Tätigsein als eine pädagogische Maßnahme für die Patienten in der psychiatrischen Anstalt in Gütersloh von Klinikleiter Hermann Simon eingeführt. Für die Patienten bedeutete dies nach monate- und jahrelangem stumpfsinnigem und sinnlosem Herumsitzen eine Erleichterung. Sie verspürten Freude dabei, etwas zu tun, zu handeln, und gleichzeitig wurde ihr Selbstbewusstsein gestärkt. Sie arbeiteten zwar als billige Arbeitskräfte in der Küche, im Garten, in der Wäscherei etc., aber sie bekamen das Gefühl trotz der Erkrankung gebraucht zu werden oder nützlich sein zu können.

Ab Mitte der 50er-Jahre leiteten ausgebildete Beschäftigungstherapeuten (Ergotherapeuten) psychiatrische Patienten in Deutschland zu einer „sinnvollen Betätigung" an. Die ergotherapeutische Behandlung in der Psychiatrie entwickelte sich weiter und bekam eine immer größere Bedeutung. Heute ist Ergotherapie aus den psychiatrischen Kliniken nicht mehr wegzudenken. Damit dies jedoch so bleibt, wird es im heutigen Gesundheitswesen immer wichtiger, die Evidenz der Ergotherapie in der Psychiatrie wissenschaftlich zu erforschen, die Betätigung, das handwerkliche Tun zu evaluieren, um für die Kostenträger die Effizienz und Effektivität der Therapie zu verdeutlichen und nachzuweisen. Dies wird seit 1999 durch verschiedene Bachelorarbeiten (Hartmann 2002, Laurin 2002, Franzen 2005, Hüppe 2007) immer wieder belegt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Entwicklung der Ergotherapie in den USA und der Einfluss auf Deutschland

In den USA entwickelte sich Anfang des 19. Jahrhunderts, geprägt durch den Geist der humanistischen Philosophie, ein Verständnis für die „moralische Pflicht«, geistig und psychisch Behinderte zu fördern und sie in das alltägliche Leben einzubeziehen oder wiedereinzugliedern. „Die Behandlung war aufgebaut auf der Annahme, daß psychisch Kranke immer noch ein gewisses Maß an Selbstbestimmungsfähigkeit besitzen und eigene Entscheidungen treffen können. Die Einbindung in verschiedene Betätigungen wurde als ein Weg gesehen, Kontrolle über sich zu behalten und sich zu organisieren“ (Götsch 1993, S. 422). Schon in den 20er-Jahren des 19. Jahrhunderts erschienen Veröffentlichungen über Occupational Therapy, in denen zentrale Aussagen über die Bedeutung der Betätigung für den Menschen getroffen wurden:

- „Betätigung spielt eine bedeutende Rolle im menschlichen Leben und beeinflusst jedes Stadium der menschlichen Gesundheit.
- Betätigung besteht aus einem Wechsel zwischen Formen der Existenz, Denken und Handeln und erfordert eine Balance im täglichen Leben.
- Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit.
- Verlust an Betätigungsfeldern kann zu Störungen an Leib, Seele und Geist führen.
- Betätigung kann benutzt werden, um verloren gegangene Funktionen wieder herzustellen“ (Götsch 1993, S. 423).

Im Zuge der verstärkt naturwissenschaftlichen Ausrichtung der 40er- und 50er-Jahre geriet die Ergotherapie in den USA unter einen immer stärkeren Druck, ihre Wirkungen wissenschaftlich zu erklären. Eine überwiegend naturwissenschaftlich-biologische Herangehensweise zog Funktionsübungen sinngebundenen Tätigkeiten vor.

In den 70er-Jahren besannen sich die amerikanischen Ergotherapeuten auf ihre ursprüngliche Ausgangsbasis. Die ergotherapeutische Wissenschaft entwickelte konzeptionelle Modelle, die Betätigung in das Zentrum der Betrachtung stellten und sie als einen wesentlichen Faktor in der Therapie ansahen. R. Weimer schreibt dazu: „Unsere Basis ist und muss sein die grundlegende Kenntnis über Beschäftigung (Tätigsein, Handeln). Es ist dieses Wissen, das Ergotherapeutinnen gestattet, Tätigkeiten des Alltagslebens auf eine einzigartige Weise zu betrachten und zu entscheiden, wie sie ihre Patienten am besten fördern können, sodass gesetzte Ziele erreicht werden. Unsere exklusive Domäne ist das Handeln. Wir müssen diese Domäne verfeinern, erforschen und systematisieren, so dass sie beweisbar, definierbar, verfechtbar und verkäuflich wird“ (Weimer zitiert nach Götsch 1993 S. 424).

In den letzten Jahren haben diese überwiegend im englischsprachigen Raum entwickelten konzeptionellen Modelle zunehmend auch die deutsche Ergotherapie beeinflusst. Assessments aus verschiedenen konzeptionellen Modellen erweitern und bereichern die ergotherapeutische Befunderhebung, Therapieplanung und Evaluation. Das Bestreben der deutschen Ergotherapie, den Anforderungen einer wissenschaftlichen fundierten Vorgehensweise gerecht zu werden, birgt aber auch die Gefahr, die „Handlung“ als wesentliches Element der Ergotherapie in den Hintergrund treten zu lassen (Schmidt u. Winkelmann 2000). Kürzere stationäre Aufenthalte psychiatrischer Patienten, der Einsatz von computergestützten Therapieverfahren u. a. führen dazu, dass handelnde Betätigungen, wie z. B. das handwerkliche Tun, in der Ergotherapie seltener durchgeführt werden. Der Einsatz von handwerklichen oder/und gestalterischen Techniken hat jedoch nicht an Bedeutung verloren. Im Gegenteil, diese Techniken können sowohl bei einem stationären Klinikaufenthalt, als auch in der tagesklinischen oder ambulanten Behandlung sinnvoll und erfolgreich eingesetzt werden. So können dem Patienten trotzdem lebenswelt- und alltagsorientierte Erfahrungs- und Übungsmöglichkeiten geboten werden. Dies wird möglich, wenn die Zusammenhänge zwischen der handwerklichen Betätigung und der Lebenswelt des Patienten hergestellt werden und dieser erkennt, wie er durch das handwerkliche Tun exemplarisch für sein Alltagsleben Erfahrungen sammeln kann.

In der heutigen Welt, mit ihrer Dominanz der medialen Eindrücke, hat das „Hand-werken“ in der Ergotherapie also einen weiterhin bedeutsamen Stellenwert. So wie in der physikalischen Therapie bei einer Unterwassermassage Wasser benötigt wird, werden in der psychiatrischen Ergotherapie Materialien benötigt, die ein handwerklich oder gestalterisch-künstlerisches Arbeiten ermöglichen. Dies ermöglicht den Patienten, in einem geschützten Raum – wie in einem Versuchslabor – Neues auszuprobieren, zu experimentieren, sich auf Ungewohntes in ungewöhnlicher Weise einzulassen, um die erworbenen Erfahrungen dann im Alltag zu erproben. Auch das direkte Üben im Alltag des Patienten ist möglich, doch die „Laborsituation“ gibt dem Patienten erst einmal eine gewisse Sicherheit, bevor er sich (wieder) seiner Lebenswirklichkeit stellen muss.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Datum, Name	Was will ich während des stationären Aufenthaltes für mich erreichen?	Ergotherapeutische Umsetzung
Willi Mustermann 02.02.02	Ich möchte wieder Lebensfreude bekommen mich wieder konzentrieren können wieder Ausdauer haben mich nicht so überfordern	Collage: „Wo finde ich Freude im Leben?" Seidenbild mit Gutta/ Peddigrohrkorb bewusst Pausen einlegen, Zeitplanung

Abb. 2.12 Zielkarteikarte.

Ergotherapeutischer Einsatz von Handwerk

Menschen während eines akuten psychotischen Schubes können über verbale Ansprache und gesprächstherapeutische Techniken häufig kaum erreicht werden. Handeln jedoch können auch schwer psychisch Kranke in einem gewissen Rahmen fast immer. Handwerkliche Tätigkeiten ermöglichen ihnen dann in der Krankheit verloren gegangene Fähigkeiten zurückzugewinnen und neue Kompetenzen zu entwickeln, bis auch mithilfe des Gespräches wieder eine Reflexion ihrer Erfahrungen mit der Erkrankung stattfinden kann.

Handwerkliches Tun in der Ergotherapie gibt dem Patienten die Gelegenheit, sich in einem „kleinen" geschützten Raum mit Problemen, die im Alltag schwer und unüberwindbar erscheinen, auseinanderzusetzen.

Für die ergotherapeutische Befunderhebung ist sowohl die handwerkliche Betätigung der Patienten von großer Bedeutung als auch der Einsatz von Assessments, wie z. B. das COPM, MOHO, Ergo-ASS. So können die Alltagsprobleme, die mithilfe der Assessments identifiziert werden, zielgerichtet auf die handwerkliche Tätigkeit in die „Laborsituation" übertragen werden. Beim Einsatz von Handwerk beobachtet die Therapeutin, ob der Patient strukturiert, planvoll, gezielt, konzentriert oder ausdauernd arbeitet oder ob es hierbei Probleme gibt, und sie stellt mit ihm gemeinsam eine Verbindung zu seinem Alltagsleben her. Im handwerklichen Tun wird deutlich, ob jemand sich Neues zutraut, ob er ängstlich und unsicher ist und ob er Unterstützung, Hilfestellung oder Zuwendung braucht. Häufig hat der Patient in seinem Alltag ähnliche Probleme, aber auch Ressourcen wie beim handwerklichen Tun in der Ergotherapie. Der gezielte Vergleich der Erfahrungen in der Ergotherapie mit Alltagsaktivitäten ermöglicht es, gemeinsam mit dem Patienten therapeutische Ziele und Hilfsbedürftigkeiten festzulegen. Unterstützend kann hierzu eine Zielkarteikarte sein **(Abb. 2.12)**.

Nach Abschluss der ergotherapeutischen Befunderhebung wird der Patient gebeten, auf seiner vorbereiteten „Zielkarteikarte" seine persönlichen Therapieziele selbst oder mit Unterstützung der Therapeutin einzutragen. Dann werden die Probleme aus dem Alltag analysiert und auf das handwerkliche Arbeiten in der Ergotherapie übertragen.

Immer bevor der Patient ein neues Werkstück beginnt, überprüft er, ob die Ziele auf der Karteikarte noch zutreffen. Verschiedene Verhaltensweisen, die bei der Arbeit sichtbar wurden, werden durch die Therapeutin im Sinne der klientenzentrierte Gesprächsführung „gespiegelt". Schon erreichte Ziele werden gekennzeichnet, veränderte und neue Ziele ergänzt. Der Patient beteiligt sich so aktiv und mitbestimmend an der ergotherapeutischen Behandlung und ist als „Experte seiner eigenen Situation" in die Therapieplanung einbezogen, er ist selbstbestimmt und übernimmt Eigenverantwortung.

Die Zielkarteikarte ermöglicht dem Patienten eine schriftliche Reflexion, die weiter geht als das Reflexionsgespräch: Der Patient muss sich schriftlich „festlegen", es entsteht eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen und ein „konkreter Bezug" zu den Handlungserfahrungen, der „Brückenschlag" zum Alltag fällt leichter. Die Arbeit mit der Zielkarteikarte ermöglicht es dem Patienten, die handwerklichen Aktivitäten wie in einem „Versuchslabor" zu betrachten und einen Bezug zu den eigenen therapeutischen Zielen zu sehen.

Zum Behandlungsabschluss wird die Zielkarteikarte von Patient und Ergotherapeutin dazu genutzt, über die Veränderungen und Entwicklungen im gesamten Therapieprozess zu reflektieren. Die Karte

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

erhält der Patient bei seiner Entlassung oder sie kann von der Therapeutin aufbewahrt und bei einer erneuten Aufnahme wieder aufgegriffen werden.

Manche Patienten begegnen der Ergotherapie anfangs skeptisch: Ergotherapie wird häufig erst als zu „künstlerisch" oder als Bastelei empfunden. Doch die meisten Patienten erleben, dass sie im Umgang mit den gestalterischen Materialien und in der handwerklichen Tätigkeit viele Erfahrungen mit sich selbst sammeln können. Wesentlich sind die ergotherapeutischen Reflexionsgespräche, in denen die Handlungserfahrungen verbalisiert und in Bezug zum inneren Erleben und zum Alltagshandeln gesetzt werden.

Fallbeispiel: Frau M.

Frau M., eine manische Patientin, will in der Ergotherapie ständig ein neues Werkstück beginnen. Die Ergotherapeutin muss immer wieder im Gespräch stark auf sie einwirken, dass sie das zunächst begonnene Werkstück zuerst beendet. Frau M. verbringt nach drei Wochen ein Wochenende zu Hause. Sie berichtet danach sehr erfreut, dass sie es am Wochenende geschafft habe, nur einen Kuchen zu backen und nicht die ganze Wohnung in (Un-)Ordnung zu bringen. Ihr Mann sei ganz begeistert gewesen. Nun habe sie verstanden, warum sie immer „nur" an *einem* Werkstück arbeiten und nicht Verschiedenes gleichzeitig machen solle.

Fallbeispiel: Herr K.

Herr K., ein junger Mann mit einer Persönlichkeitsstörung, kommt in die Ergotherapie mit dem Ziel, sich leichter Unangenehmem stellen zu können, damit er in den für ihn bedrohlich erscheinenden Situationen nicht mehr weglaufen oder den Kopf in den Sand stecken muss. Handwerkliches Arbeiten findet er grauenvoll, da er Kunstunterricht in der Schule auch schon nicht mochte. Er meint, das geringste Übel sei, eine Collage herzustellen. Hier setzt er sich mit der Thematik auseinander, wie sein Leben aussehen könnte, wenn er „gesund" wäre.

Ein paar Tage später reflektiert Herr K. die Therapiestunde und stellt fest, dass er sich mit der Collage einer schwierigen Situation gestellt hat. Er registriert, dass er 90 Minuten bei der Sache geblieben und nicht weggelaufen ist. Am darauffolgenden Wochenende erledigt er etwas, das er schon Monate vor sich hergeschoben hatte. Zwischen der vorausgegangenen Therapieerfahrung und dem Ereignis am Wochenende stellt er einen Zusammenhang her. Herr K. erkennt, dass sich Erfahrungen aus dem „Versuchslabor" in den Alltag übertragen lassen.

Über die unterschiedlichen handwerklichen Tätigkeiten können Patienten lernen, Verhaltensweisen und Handlungskompetenzen wahrzunehmen, zu betrachten, zu strukturieren, zu reflektieren, (wieder) zu erlangen oder neu zu gestalten, zu experimentieren und (dazu)zulernen. Anschließend müssen die erworbenen Fähigkeiten aus der „Versuchslaborsituation" heraus – ggf. zunächst mit ergotherapeutischer Unterstützung – in den Alltag transportiert und dort gefestigt werden.

Zusammenfassung

Handwerk ermöglicht es dem Patienten, Handlungskompetenz (wieder) zu erlangen, zu erproben und Neues auszuprobieren. Handwerkliches Tun muss sorgfältig ausgewählt werden und im Einklang mit der Zielsetzung des Patienten stehen. Es muss seiner momentanen Befindlichkeit gerecht werden, angemessene Steigerungsmöglichkeiten enthalten und Variationsmöglichkeiten in der Sozialform (Gruppen- und Einzelbehandlung) zulassen. Es muss in Bezug zum Alltag des Patienten gesetzt werden und seine Neigungen, Interessen sowie sein soziales Umfeld berücksichtigen.

Damit dies so bleibt, ist es allerdings dringend notwendig, im Sinne einer weiteren Professionalisierung der Ergotherapie und der zunehmenden Bedeutung des evidenzbasierten Arbeitens die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des zielgerichteten Einsatzes von Handwerk in der Ergotherapie vermehrt wissenschaftlich nachzuweisen.

Wird Handwerk unter diesen Voraussetzungen als therapeutisches Medium in Verbindung mit dem Einsatz von Assessments und schriftlicher Festlegung der Patientenziele eingesetzt, und wird die Vernetzung von stationärer und ambulanter Behandlung vorangetrieben, ist Handwerk kein „alter Hut" in der Ergotherapie, sondern weiterhin wirkungsvoll wie eh und je.

2.4 Behandlungsverfahren in der Psychiatrie

Heike Lagemann

Die Psychiatrie ist ein traditioneller Arbeitsbereich der Ergotherapie. Seit Langem ist Ergotherapie ein fester Bestandteil in der psychiatrischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Therapie ist bei Patienten mit neurotischen, psychotischen oder psychosomatischen Störungen sowie verschiedenen Suchterkrankungen indiziert. Die Variationsvielfalt der ergotherapeutischen Methoden,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

erhält der Patient bei seiner Entlassung oder sie kann von der Therapeutin aufbewahrt und bei einer erneuten Aufnahme wieder aufgegriffen werden.

Manche Patienten begegnen der Ergotherapie anfangs skeptisch: Ergotherapie wird häufig erst als zu „künstlerisch" oder als Bastelei empfunden. Doch die meisten Patienten erleben, dass sie im Umgang mit den gestalterischen Materialien und in der handwerklichen Tätigkeit viele Erfahrungen mit sich selbst sammeln können. Wesentlich sind die ergotherapeutischen Reflexionsgespräche, in denen die Handlungserfahrungen verbalisiert und in Bezug zum inneren Erleben und zum Alltagshandeln gesetzt werden.

Fallbeispiel: Frau M.

Frau M., eine manische Patientin, will in der Ergotherapie ständig ein neues Werkstück beginnen. Die Ergotherapeutin muss immer wieder im Gespräch stark auf sie einwirken, dass sie das zunächst begonnene Werkstück zuerst beendet. Frau M. verbringt nach drei Wochen ein Wochenende zu Hause. Sie berichtet danach sehr erfreut, dass sie es am Wochenende geschafft habe, nur einen Kuchen zu backen und nicht die ganze Wohnung in (Un-)Ordnung zu bringen. Ihr Mann sei ganz begeistert gewesen. Nun habe sie verstanden, warum sie immer „nur" an *einem* Werkstück arbeiten und nicht Verschiedenes gleichzeitig machen solle.

Fallbeispiel: Herr K.

Herr K., ein junger Mann mit einer Persönlichkeitsstörung, kommt in die Ergotherapie mit dem Ziel, sich leichter Unangenehmem stellen zu können, damit er in den für ihn bedrohlich erscheinenden Situationen nicht mehr weglaufen oder den Kopf in den Sand stecken muss. Handwerkliches Arbeiten findet er grauenvoll, da er Kunstunterricht in der Schule auch schon nicht mochte. Er meint, das geringste Übel sei, eine Collage herzustellen. Hier setzt er sich mit der Thematik auseinander, wie sein Leben aussehen könnte, wenn er „gesund" wäre.

Ein paar Tage später reflektiert Herr K. die Therapiestunde und stellt fest, dass er sich mit der Collage einer schwierigen Situation gestellt hat. Er registriert, dass er 90 Minuten bei der Sache geblieben und nicht weggelaufen ist. Am darauffolgenden Wochenende erledigt er etwas, das er schon Monate vor sich hergeschoben hatte. Zwischen der vorausgegangenen Therapieerfahrung und dem Ereignis am Wochenende stellt er einen Zusammenhang her. Herr K. erkennt, dass sich Erfahrungen aus dem „Versuchslabor" in den Alltag übertragen lassen.

Über die unterschiedlichen handwerklichen Tätigkeiten können Patienten lernen, Verhaltensweisen und Handlungskompetenzen wahrzunehmen, zu betrachten, zu strukturieren, zu reflektieren, (wieder) zu erlangen oder neu zu gestalten, zu experimentieren und (dazu)zulernen. Anschließend müssen die erworbenen Fähigkeiten aus der „Versuchslaborsituation" heraus – ggf. zunächst mit ergotherapeutischer Unterstützung – in den Alltag transportiert und dort gefestigt werden.

Zusammenfassung

Handwerk ermöglicht es dem Patienten, Handlungskompetenz (wieder) zu erlangen, zu erproben und Neues auszuprobieren. Handwerkliches Tun muss sorgfältig ausgewählt werden und im Einklang mit der Zielsetzung des Patienten stehen. Es muss seiner momentanen Befindlichkeit gerecht werden, angemessene Steigerungsmöglichkeiten enthalten und Variationsmöglichkeiten in der Sozialform (Gruppen- und Einzelbehandlung) zulassen. Es muss in Bezug zum Alltag des Patienten gesetzt werden und seine Neigungen, Interessen sowie sein soziales Umfeld berücksichtigen.

Damit dies so bleibt, ist es allerdings dringend notwendig, im Sinne einer weiteren Professionalisierung der Ergotherapie und der zunehmenden Bedeutung des evidenzbasierten Arbeitens die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des zielgerichteten Einsatzes von Handwerk in der Ergotherapie vermehrt wissenschaftlich nachzuweisen.

Wird Handwerk unter diesen Voraussetzungen als therapeutisches Medium in Verbindung mit dem Einsatz von Assessments und schriftlicher Festlegung der Patientenziele eingesetzt, und wird die Vernetzung von stationärer und ambulanter Behandlung vorangetrieben, ist Handwerk kein „alter Hut" in der Ergotherapie, sondern weiterhin wirkungsvoll wie eh und je.

2.4 Behandlungsverfahren in der Psychiatrie

Heike Lagemann

Die Psychiatrie ist ein traditioneller Arbeitsbereich der Ergotherapie. Seit Langem ist Ergotherapie ein fester Bestandteil in der psychiatrischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Therapie ist bei Patienten mit neurotischen, psychotischen oder psychosomatischen Störungen sowie verschiedenen Suchterkrankungen indiziert. Die Variationsvielfalt der ergotherapeutischen Methoden,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sozialformen, Medien und Techniken ermöglicht es der Ergotherapeutin, individuell auf jeden Patienten einzugehen.

Aufgrund der unterschiedlichen Altersstrukturen, der Krankheits- bzw. Störungsbilder, der institutionellen Rahmenbedingungen sowie der verschiedenartigen konzeptionellen Ausrichtung der Psychiatrie unterscheiden sich Arbeitsweisen und Zielsetzung der Ergotherapie in den jeweiligen Institutionen sehr stark voneinander. Es gibt kein einheitliches Bild, wie Ergotherapeuten in der Psychiatrie arbeiten. Die Spannbreite der ergotherapeutischen Maßnahmen reicht von kreativitätsfördernden, ausdruckszentrierten, interaktionsfördernden bis hin zu alltags- und lebensweltorientierten und arbeitsrehabilitativen Schwerpunkten. Diese Vielfältigkeit der psychiatrischen Ergotherapie wird in Kapitel 4 ausführlich dargestellt.

Psychische Erkrankungen werden nach heutigem Verständnis als Zusammenwirken von biopsychosozialen Faktoren im Sinne einer multifaktoriellen Genese verstanden. Die zugrunde liegenden Theoriemodelle (wie z. B. das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Brenner oder das Dreiphasenmodell der Schizophrenie von Ciompi) nehmen auch Einfluss auf die ergotherapeutischen Behandlungsziele. Nicht die Verringerung der krankheitsbedingten Defizite steht im Zentrum der Behandlung, sondern das Anknüpfen an verbliebene Fähigkeiten und Fertigkeiten, sodass die Selbsthilfepotenziale des Klienten gestärkt werden.

Ebenso machen neuere Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung im Sinne der Psychiatriereform und eine verkürzte Verweildauer der Patienten in den Kliniken als Konsequenz der Gesundheitsstrukturgesetze heute eine Weiterentwicklung und Neuorientierung der Ergotherapie unumgänglich. Bisherige ergotherapeutische Konzepte müssen somit überdacht und ggf. modifiziert werden.

Insbesondere mit der Entstehung von zahlreichen teilstationären und ambulanten Einrichtungen der gemeindenahen Versorgung haben sich die Arbeitsfelder für Ergotherapeuten stark erweitert. Entsprechend vielseitig und differenziert müssen die ergotherapeutischen Angebote sein, um dem Anspruch nach individuell ausgerichteter Therapie nachzukommen. In diesem Zusammenhang entwickelt sich zurzeit in der ambulanten psychiatrischen Versorgung immer mehr die Forderung nach einem personenzentrierten Ansatz. Dieser Ansatz, der die Lebenswelt des Klienten in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt, ist bereits in Kapitel 1 vorgestellt worden. Greift man die Grundgedanken der Personenzentrierung auf, so nehmen sie wesentlich Einfluss auf die Therapieplanung und -durchführung. Die Ergotherapie verändert sich von einer institutionsbezogenen Behandlung hin zu einem personenbezogenen Ansatz, der sich am individuellen Hilfebedarf des Klienten orientiert und das eigenverantwortliche Handeln des Klienten in den Vordergrund stellt. Die therapeutische Beziehung zum Klienten, die individuelle (alltags- und lebensweltbezogene) Zielsetzung, das methodische Vorgehen, die Auswahl der Therapiemittel und die Evaluation der Therapie erfordern hohe fachliche, methodische und persönliche Kompetenzen der Ergotherapeutin. Diese Aspekte ergotherapeutischen Handelns werden im Folgenden vorgestellt.

Behandlungsverfahren

Ergotherapie versteht sich als eigenständige Therapieform, bei der derzeitig sechs Behandlungsverfahren unterschieden werden:

- motorisch-funktionelle Verfahren
- neuropsychologische Verfahren
- neurophysiologische Verfahren
- psychosoziale Verfahren
- arbeitstherapeutische Verfahren
- adaptive Verfahren.

Diese Klassifikation entspricht der Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeuten, die im August 1999 (Raps 2000, S. 81 ff.) verabschiedet worden ist. Zukünftige Ergotherapeuten werden in diesen Verfahren ausgebildet, sodass die bisherige Orientierung der Ergotherapie an medizinischen Fachgebieten, den jeweiligen Krankheitsbildern und den dazugehörigen Behandlungsmethoden (z. B. fachspezifische Behandlungsverfahren der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie usw.) verändert wird. Diese neue Systematik legt die Notwendigkeiten im Bereich der Handlungsfähigkeit des Klienten zugrunde und differenziert danach die ergotherapeutischen Angebote. Folglich werden z. B. in der ergotherapeutischen Behandlung eines psychisch erkrankten Menschen mit Einschränkungen der Grob- und Feinmotorik zusätzlich zu den psychosozialen Behandlungsverfahren bei Bedarf auch motorisch-funktionelle Verfahren angewendet.

Nach dem eigenen beruflichen Selbstverständnis ist Ergotherapie eine ganzheitliche Therapieform, die zu jeder Zeit die physischen, psychischen und kognitiven Bedürfnisse des Klienten mit einbezieht. Der Klient wird mit seiner individuellen Problematik und dessen Auswirkungen im Kontext seiner sozialen Bezüge wahrgenommen, sodass wiederum psychosoziale Aspekte in allen genannten Behandlungsverfahren berücksichtigt werden.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Nach Beyermann (2001, S. 330) orientiert sich diese Klassifizierung „… an den wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen der jeweiligen Behandlungsverfahren. Ergotherapeutinnen benutzen den Begriff Behandlungsverfahren als Sammelbegriff, der jeweils eine Reihe von Methoden oder Maßnahmen subsumiert, die jeweils eine gemeinsame theoretische Grundlage haben bzw. auf den gleichen Anwendungsbereich zielen". Die unterschiedlichen (Meta-) Theorien, die diesen Behandlungsverfahren zugrunde liegen, nehmen Einfluss auf die therapeutische Zielsetzung und die dazugehörigen Angebote sowie auf die Rolle der Ergotherapeutin. So liegt z. B. den psychosozialen Behandlungsverfahren ein kombiniertes Konzept aus psychoanalytischen, lerntheoretischen und humanistischen Theorien zugrunde.

Beyermann (2007, S. 422) beschreibt die Rolle der Ergotherapeutin als „Wegbegleiterin", die dem Klienten neue psychosoziale Erfahrungsräume ermöglicht. Sie hilft, verloren gegangene oder neue alltags- und berufspraktische sowie soziale Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten einzuüben, um die Integration in den Alltag, den Beruf und die Gesellschaft zu fördern. Zentraler Aspekt ist dabei die Selbst- bzw. Neuorganisation des Verhaltens der Klienten.

Psychosoziale, neuropsychologische und arbeitstherapeutische Verfahren

In den unterschiedlichen ergotherapeutischen Handlungsfeldern der Psychiatrie werden schwerpunktmäßig psychosoziale, neuropsychologische und arbeitstherapeutische Verfahren angewendet:

- *Psychosoziale Verfahren* finden Anwendung bei Menschen mit verschiedensten psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemstellungen. Durch den Einsatz unterschiedlicher Methoden sollen auf funktioneller Ebene emotionale Fähigkeiten (wie z. B. Selbstwahrnehmung und individuelles Ausdrucksvermögen) gefördert, soziale Fähigkeiten (wie z. B. Kontakt und Kommunikation) gesteigert sowie Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung verbessert werden. Mithilfe der psychosozialen Verfahren sollen die Grundlagen für Aktivitäten, soziale und berufliche Partizipation gelegt werden.
- *Neuropsychologische Verfahren* werden verwandt, um auf funktioneller Ebene kognitive Störungen zu behandeln. Bei psychischen Erkrankungen können z. B. die Funktionen der Wahrnehmung, der Gedächtnisleistung, der Konzentration, der Aufmerksamkeit oder der Orientierung eingeschränkt sein. Um diese kognitiven Fähigkeiten zu fördern, werden z. B. individuell auf den Klienten abgestimmte Hirnleistungsprogramme in Form von computergestützten oder schriftlichen Übungsprogrammen eingesetzt. Diese Programme werden gezielt in den Alltag des Klienten übertragen.
- *Arbeitstherapeutische Verfahren* haben das Ziel, Grundarbeitsfähigkeiten im instrumentellen (z. B. Ausdauer, Sorgfalt, Zeiteinteilung) und im sozioemotionalen (z. B. Kooperation, Kritikfähigkeit, Verantwortung) Bereich so zu entwickeln, dass der Klient in der Lage ist, einer ihm angemessenen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Hierzu schafft die Ergotherapeutin entsprechend realitätsnahe Rahmenbedingungen der Arbeitswelt und entwickelt Übungsbereiche und Förderprogramme. Weiterhin berät die Ergotherapeutin den Klienten über Möglichkeiten der Arbeitsaufnahme, ggf. finden auch eine Betreuung am Arbeitsplatz und eine individuelle Arbeitsplatzanpassung statt.

Innerhalb der Behandlung eines Klienten können unterschiedliche Verfahren zur Anwendung kommen. Es kann aber auch nur ein Verfahren im Vordergrund stehen.

Der Einsatz der psychosozialen, arbeitstherapeutischen und neuropsychologischen Verfahren sollte in der individuellen Behandlung des Klienten eng aufeinander abgestimmt werden. Diese Notwendigkeit ist meist aufgrund der Komplexität der psychischen Erkrankung und deren Beeinträchtigung in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Arbeit/Produktivität und Freizeit gegeben. So sind z. B. viele psychisch erkrankte Menschen in besonderem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen oder aber davon bedroht. Folglich ist es von hoher Bedeutung, dass psychosoziale und arbeitstherapeutische Behandlungsverfahren ineinandergreifen. Ebenso ist eine Abstimmung von neuropsychologischen und arbeitstherapeutischen Verfahren notwendig, wenn der Klient z. B. kognitive Störungen aufweist, die seine Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen.

Welches Behandlungsverfahren wann und unter welchen Bedingungen eingesetzt wird, ist abhängig von den Beeinträchtigungen und Zielvorstellungen des Klienten. Im Rahmen der psychosozialen, arbeitstherapeutischen und neuropsychologischen Verfahren werden verschiedenste Behandlungsansätze angewendet, sodass Klienten individuell ihre Ziele erreichen können.

Exkurs: Behandlungsansatz

Hagedorn (2000, S. 42) definiert einen Behandlungsansatz als „Art und Weise, Theorie in Praxis umzusetzen. Ein Ansatz steht oft mit einem Bezugsrahmen in Verbindung und nennt Techniken, Assessments und Vorge-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

hensweisen, die hilfreich sind bei der Behandlung einer bestimmten Klientengruppe in einem bestimmten Setting." Ihrer Definition nach bezieht sich der jeweilige Behandlungsansatz also auf die praktischen und nicht auf die theoretischen Aspekte des therapeutischen Handelns.

Hagedorn nennt folgende Kriterien, um von einem Behandlungsansatz sprechen zu können. Ein Ansatz sollte

- inhaltlich definierte und zusammenhängende Konzepte haben, die sich klar von anderen unterscheiden
- dazu verpflichten, innerhalb vorgegebener Grenzen zu denken und zu handeln sowie andere Ideen auszuschließen, die damit nicht zu vertreten oder unerheblich sind
- eine Problemdefinition des Klienten über die Ursache der Dysfunktion ermöglichen
- ein festgelegtes methodisches Vorgehen benennen
- das Ergebnis der Behandlung klar definieren.

Betätigung

Das heutige Berufsverständnis der Ergotherapie, das allen Behandlungsverfahren im Sinne des Paradigmenwechsels zugrunde liegt, wird durch die grundlegende Annahme geprägt, dass Betätigung in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Arbeit/Produktivität und Freizeit zu den Grundbedürfnissen des Menschen gehören. Nach Miesen (2004, S. 158) definieren Ergotherapeuten Betätigung als „… die Summe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, die durch Individuen und Kultur benannt, strukturiert und mit Bedeutung versehen sind. Betätigungen werden individuell unterschiedlich ausgeführt, sind Ausdruck unserer Persönlichkeit und lassen uns fortlaufend mit unserer Umwelt interagieren."

Betätigung wird so zum Kernbegriff der gegenwärtigen Ergotherapie. Dazu ist es jedoch wichtig, den Begriff von Handlungen, die lediglich einer funktionellen Verbesserung von Fähigkeiten dienen (wie z. B. Einsatz von handwerklich-gestalterischen Techniken oder Gesellschaftsspielen zur Verbesserung kognitiver Funktionen), abzugrenzen.

> **!** Eine Handlung im engeren Sinne wird erst dann zu einer Betätigung, wenn sie für den Klienten zweckmäßig, individuell bedeutungsvoll und alltagsrelevant ist (Haase 2007).

Betätigung ist häufig an soziale Rollen geknüpft, die der Klient in der Gesellschaft einnimmt. Aufgrund der Rollenverluste, die Klienten häufig im Verlauf ihrer psychischen Erkrankung erfahren, sollte es Ziel der Ergotherapie sein, nicht ausgeführte soziale Rollen (wie z. B. durch Mitgliedschaft in einem Verein oder einer Organisation sowie ehrenamtlichen Tätigkeiten), wiederaufzunehmen und zur Zufriedenheit zu erfüllen.

Anhand der nachfolgenden Aspekte lässt sich die Relevanz der Betätigung für psychisch kranke Menschen verdeutlichen:

Betätigung ermöglicht dem Menschen (DVE 2006):

- eigene Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten zu entwickeln und auszubauen
- eigene Möglichkeiten, aber auch persönliche Grenzen zu erkennen
- sich selbst zu strukturieren
- eigene Ziele anzustreben
- sich selbst als wirksam und als wertvolles Mitglied der Gesellschaft zu erleben.

Die Fokussierung auf ein betätigungsorientiertes Konzept in der Ergotherapie ist für psychisch erkrankte Menschen mit ihren spezifischen, krankheitsbedingten Schwierigkeiten (wie z. B. fehlende Selbsteinschätzung, Antriebslosigkeit, Insuffizienzgefühle) und das Problem einer gesellschaftlichen Stigmatisierung besonders relevant. Durch bedeutungsvolle Betätigung in den verschiedenen Lebensbereichen können das Selbstwertgefühl sowie das Selbstbewusstsein des Klienten gestärkt werden. Nur so kann soziale Isolation vermieden werden, der Klient kann wieder mit seiner Umwelt in Kontakt treten und am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Dieses Konzept der Betätigung hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung des gesamten ergotherapeutischen Prozesses von der Befunderhebung und Zielsetzung über die Therapieplanung und -durchführung bis hin zur Evaluation. Betätigung wird immer in den Mittelpunkt der Therapie gestellt, sodass Klienten durch Unterstützung der Ergotherapeutin Lösungsstrategien für ihre relevanten Betätigungsprobleme erarbeiten können. Dabei wird immer der jeweilige Entwicklungs- und Leistungsstand des Klienten berücksichtigt.

2.4.1 Psychosoziale Behandlungsverfahren

Heike Lagemann

Grundlagen

Die psychosozialen Behandlungsverfahren werden sowohl in der Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie als auch bei der Behandlung von Suchterkrankungen und in der forensischen Psychiatrie eingesetzt. Ergo-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

therapeuten sind gefordert, ihre Behandlungskonzeptionen auf die Erfordernisse im jeweiligen Fachgebiet hin anzupassen (s. auch Kap. 4). Die nachfolgenden Ausführungen verstehen sich als Grundlage für die konzeptionelle Arbeit.

Sozialformen

Psychosoziale Behandlungsverfahren werden als Einzeltherapien und in Form von Gruppentherapien eingesetzt. Folgende Sozialformen werden dabei unterschieden:

- **Einzeltherapie:** Der Klient arbeitet mit der Ergotherapeutin allein in einem Raum und erhält ein hohes Maß an Zuwendung und Unterstützung (z. B. bei akut psychotischen oder manischen Klienten).
- **Einzelarbeit in der Gruppe:** Mehrere Klienten arbeiten im selben Raum. Jeder Klient ist mit seiner eigenen Aufgabenstellung beschäftigt. Die Unterstützung der Ergotherapeutin ist geringer als in der Einzeltherapie. Die Klienten können untereinander Kontakt aufnehmen und sich bei Bedarf Hilfestellung leisten, sie können sich aber auch mit ihrer eigenen Arbeit zurückziehen.
- **Partnerarbeit:** Zwei Klienten arbeiten gemeinsam an einer Aufgabe. Diese Sozialform verlangt eine intensive Auseinandersetzung und kann als Vorstufe der Gruppenarbeit eingesetzt werden.
- **Gruppenarbeit:** Die Gruppenteilnehmer erhalten einen Arbeitsauftrag, den sie gemeinsam ausführen sollen. So werden z. B. einzelne Werkstücke zu einem Gesamtwerk zusammengetragen.
- **Gemeinschaftsarbeit:** Dabei handelt es sich um eine Sonderform der Gruppenarbeit. Alle Klienten arbeiten z. B. gleichzeitig an einem Werkstück, sodass eine ausgesprochen intensive Interaktion während der gesamten Therapiesitzung stattfindet.
- **Projektgruppe:** Über einen längeren Zeitraum (mindestens drei Therapieeinheiten) wird eine Arbeit von den Klienten geplant und durchgeführt. Die Ergotherapeutin hat nur unterstützende Funktion und leitet die Nachbesprechung bzw. Auswertung.

Der Anteil der Gruppenbehandlungen liegt im psychiatrischen Handlungsfeld weitaus höher als der Anteil der Einzeltherapien, sodass es sinnvoll ist, sich mit den Grundlagen der therapeutischen Gruppenarbeit genauer zu befassen.

In der Fachliteratur finden sich zahlreiche Definitionen für den Begriff der Gruppe.

> *Gruppe:* Sie ist mehr als die Summe der Persönlichkeiten der jeweiligen Gruppenteilnehmer. „Gruppe ist das, was zwischen den Mitgliedern geschieht" (Antons 1996, S. 296). Vier Voraussetzungen sollten erfüllt sein, damit von einer Gruppe gesprochen werden kann (Antons 1996):
> Die Gruppe hat drei bis zwölf Mitglieder. Ist die Gruppe größer, bilden sich meist Untergruppen. Die optimale Gruppengröße ist abhängig von der jeweiligen Aufgabe.
> Die Gruppe benötigt ein gemeinsames Ziel.
> Die Gruppe besteht über einen längeren Zeitraum.
> Alle Gruppenteilnehmer stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander.

Alle genannten Elemente stehen im wechselseitigen Einfluss zueinander. Nach Battegay (in Arbeitsgemeinschaft Ergotherapeutischer Schulen 2001) übernimmt eine therapeutische Gruppe folgende wichtige Funktionen:

- **Wir-Funktion:** Eine Gruppe bietet dem Einzelnen die Möglichkeit, ein beziehungsloses Dasein in der Menge in ein kommunikatives Gruppengeschehen umzuwandeln. Der Mensch ist darauf angewiesen, soziale Fähigkeiten zu aktivieren und mit anderen in Kontakt zu treten, um zu einem „Wir" zu finden.
- **Feedbackfunktion:** Jede Verhaltensweise des Einzelnen hat Auswirkungen auf das Gruppengeschehen. Die Gruppe zeigt dabei Reaktionen auf das jeweilige Verhalten. Nur so kann der einzelne Mensch erfahren, wie er auf andere wirkt, sein eigenes Verhalten besser wahrnehmen und entsprechend kontrollieren.
- **Gefühlsverstärkende Funktion:** Die Gruppe beeinflusst sich gegenseitig in ihren Emotionen. Emotionale Aussagen eines Gruppenmitglieds führen zu Affekten bei den anderen Teilnehmern, sodass sich Gefühle innerhalb der Gruppe verstärken können.

Nach sozialpsychiatrischer Auffassung ist die Gruppenteilnahme als solche ein sehr bedeutender Faktor der psychiatrischen Behandlung. Die Isolation des psychisch Kranken wird als ungünstig angesehen. Die Indikation für eine Gruppentherapie ist somit fast in jedem Fall gegeben. Dabei sollte die Ergotherapeutin besonders darauf achten, dass der Klient an einer für ihn geeigneten Gruppenveranstaltung teilnimmt.

Bei der Planung einer Gruppentherapie muss die Zusammensetzung der Gruppe berücksichtigt werden. Homogene Gruppen, bei der die Teilnehmer

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

viele Gemeinsamkeiten haben, finden vergleichsweise leichter zusammen als heterogene Gruppen, bei denen die Teilnehmer sich in ihren persönlichen Merkmalen (z. B. Alter, Bildungsniveau, Geschlecht, Interessen) stark voneinander unterscheiden. Die Identifikation, das Verständnis füreinander und die gegenseitige Unterstützung ist bei homogenen Gruppen größer. In heterogenen Gruppen werden größere Anforderungen an die Teilnehmer gestellt, um z. B. Gemeinsamkeiten aneinander zu entdecken. Der Gruppenzusammenhalt muss erst erarbeitet werden (Christ u. Hoffmann-Richter 1997).

Ergebnis- und prozessorientierte Behandlung

Innerhalb der psychosozialen Behandlungsverfahren werden der ergebnisorientierte und der prozessorientierte Behandlungsansatz unterschieden.

Nach Scheiber (1995) geht es bei einem *ergebnisorientierten Schwerpunkt* der Ergotherapie um Planung, Durchführung und Überprüfung einer Handlung und die damit verbundene Erreichung eines konkreten Ergebnisses.

Beispiel: Der Klient zeigt eine momentane Konzentrationsstörung. Die Ergotherapeutin schlägt dazu ein entsprechendes therapeutisches Vorgehen vor – ein kognitives Training am PC, um eine Verbesserung der Konzentration zu erreichen. Der Klient überprüft die Zielerreichung nach Durchführung des Therapieprogramms.

Beim *prozessorientierten Schwerpunkt* stehen hingegen das Erleben des Klienten im Umgang mit Materialien, Aufgabenstellungen und Personen im Vordergrund. Von Bedeutung sind hier Gefühle und Erfahrungen, die im Handlungsprozess auftauchen. Der Klient bekommt Gelegenheit, sein Erleben zu reflektieren. Das Handlungsergebnis tritt dabei in den Hintergrund.

Beispiel: Der Klient ist beim Anfertigen einer Tonskulptur in der Werkgruppe sehr verunsichert. Immer wieder schaut er, wie die anderen in der Gruppe mit dem Material arbeiten, und vergewissert sich häufig bei der Ergotherapeutin, ob seine Vorgehensweise richtig ist. In der Nachbesprechung mit dem Klienten greift die Ergotherapeutin diese Beobachtungen auf.

Das ergebnisorientierte und das prozessorientierte Vorgehen haben in der Praxis fließende Übergänge, denn jedes Material, jedes Werkstück und jede Aufgabenstellung bringen den Klienten mit seinen Gefühlen in Kontakt und jede Aufgabe oder Tätigkeit führt zu einem Ergebnis, das beurteilt werden kann. Um eine Weiterentwicklung des Klienten zu erreichen, sollten diese Erfahrungen berücksichtigt und entsprechend reflektiert werden.

Zur Erklärung des ergebnisorientierten Ansatzes können Erkenntnisse der Handlungstheorie herangezogen werden. Theoretische Grundlagen des prozessorientierten Ansatzes finden sich in der Objektbeziehungstheorie.

Handlungstheorie

Die ergotherapeutische Auseinandersetzung mit handlungstheoretischen Reflexionen der Bezugswissenschaften (z. B. Philosophie, Soziologie, Psychologie) steckt noch in den Anfängen (Arbeitsgemeinschaft Ergotherapeutischer Schulen 2001). Die Förderung der Handlungsfähigkeit ist jedoch Behandlungsschwerpunkt in der psychiatrischen Ergotherapie.

Deshalb soll hier beispielhaft für die zahlreichen Veröffentlichungen der Bezugswissenschaften zum Thema Handlung und Handlungstheorie die Handlungstheorie nach von Cranach, ein aus der Sozialpsychologie stammendes Modell, vorgestellt werden. Dabei handelt es sich nicht „um eine Reduktion auf eine willkürlich gewählte Theorie, sondern um die Wahl derjenigen Theorie, die unsere praktische Arbeit am besten zu fundieren verspricht“ (Blaser Csontos 1998, S. 448). Entscheidend für die Wahl ist, dass die Handlungstheorie nach von Cranach die soziale Bedeutung der Handlung erfasst und die Strukturen des Handelns anhand von Informationsverarbeitungsprozessen (Kognitionen) erklärt. Beide Aspekte sind für die ergotherapeutische Arbeit mit psychiatrischen Patienten bedeutsam.

Das *von Cranach'sche Modell* beschreibt Handeln als bewusstes, zielgerichtetes, geplantes und beabsichtigtes Verhalten eines Menschen, das sozial gesteuert und kontrolliert wird. Handlungen im Sinne des Modells

- haben immer einen manifesten Verlauf mit einer hierarchisch gegliederten und in der Abfolge festgelegten Struktur
- werden entsprechend unterschiedlicher Kognitionen (Vorstellungen) subjektiv erlebt – nach dem Grad des Bewusstseins werden bewusste, unterbewusste und nicht bewusste Kognitionen unterschieden
- haben eine soziale Bedeutung.

Die Handlung verfolgt immer eine Anpassung, die sich an der Innenwelt des Handelnden und der Außenwelt ausrichtet. Die nach innen gerichtete Anpassungsfunktion berücksichtigt die kognitiven, motiva-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tionalen und emotionalen Strukturen und Bedürfnisse des Handelnden. Die nach außen gerichtete Anpassung ergibt sich aus den Anforderungen, die die Umwelt an den Handelnden stellt. Um den unterschiedlichen Anpassungen nach innen und außen gerecht zu werden, bildet der Handelnde Kompromisse. Energie und Steuerung erfährt eine Handlung über komplexe Informationsverarbeitungsprozesse.

Steuernd wirken auf die Handlung ein:

- **Situationsorientierung:** Berücksichtigung von Bedingungen und Gegebenheiten der Umwelt beim Handeln.
- **Selbstüberwachung:** Wahrnehmung der eigenen momentanen Befindlichkeit, die Konsequenzen für das jeweilige Verhalten haben könnte.
- **Zielwahl:** Formulierung eigener Handlungsziele aufgrund der Situationsorientierung und Selbstüberwachung.
- **Programmwahl:** Entwurf eines realistischen Handlungsplans für das gewählte Ziel.
- **Ausführung**: Einhaltung des aufgestellten Handlungsplans.
- **Ausführungskontrolle:** Selbsteinschätzung über Erfolg bzw. Misserfolg einer Handlung.
- **Beendigung der Handlung:** Abschließen einer Handlung, wenn das Ziel erreicht ist.
- **Endbewertung und Speicherung der Handlung:** Vorstellung der vergangenen Handlung in allen Einzelheiten und Abspeichern des Zusammenhangs, um die Handlung ggf. beim nächsten Mal mit einer verbesserten Strategie durchzuführen.
- **Bewertung und Konsumierung der Ergebnisse:** Erfolge bzw. Misserfolge werden als Grundlage für künftige Handlungen bewertet.

Motivation, Wille und Emotionen bestimmen die Energie einer Handlung und ermöglichen:

- Beginn und Beendigung der Handlung
- Überwindung besonderer Schwierigkeiten
- Änderung der Richtung einer Handlung
- Lösung von Konflikten zwischen Zielen und Handlungsprogrammen.

Ergänzt wird das Modell für die Ergotherapie durch die ganzheitliche Wahrnehmung einer Handlung (Blaser Csontos 1998, S. 448 ff.).

Anhand eines Basisbogens zur Erfassung der Handlungsfähigkeit psychiatrischer Patienten von Blaser Csontos (2004) werden die eine Handlung begleitenden Informationsverarbeitungsprozesse ergotherapeutischen Angeboten zugeordnet und befundet. Die Ergotherapeutin wählt dazu geeignete Tätigkeiten aus, die den jeweiligen Informationsverarbeitungsprozess beanspruchen. Nach der Durchführung des Angebotes wird die Qualität aller genannten Komponenten der Handlungsfähigkeit dokumentiert. Eine Einschätzung erfolgt nach drei Kriterien (Blaser Csontos 2004):

- Gut bedeutet:
  - Der Patient benötigt keine Unterstützung bei diesem Informationsverarbeitungsprozess.
  - Dieser Teil der Handlung wird spontan und ohne Rückfragen durchgeführt.
- Mittel bedeutet: Der Patient benötigt Hilfestellung.
- Schlecht bedeutet:
  - Der Patient führt den jeweiligen Handlungsschritt nicht durch.
  - Die Therapeutin übernimmt den Handlungsschritt.

Fallbeispiel: Frau X.

Frau X. ist 26 Jahre alt, ledig und hat keine Kinder. Frau X. musste ihre Ausbildung als Einzelhandelskauffrau abbrechen, seitdem ist sie arbeitslos. Vor zwei Monaten brach bei Frau X. erstmalig eine akute Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis aus. Seitdem befindet sie sich in stationärer Behandlung. Sie wurde zunächst auf der Akutstation behandelt. Vor wenigen Tagen wurde sie dann auf eine offene Station verlegt. Die dort zuständige Ergotherapeutin führt mit ihr zunächst ein Erstgespräch. Frau X. würde nach dem Klinikaufenthalt gerne von zu Hause ausziehen, um sich mit ihrem Freund eine gemeinsame Wohnung zu suchen. Da ihr Freund tagsüber berufstätig ist, möchte sie den Haushalt führen. Im Gespräch äußert sie Zweifel, ob sie dieser Aufgabe gerecht wird. Frau X. und die Ergotherapeutin vereinbaren die Teilnahme an einer Haushaltsgruppe (kompetenzzentrierte Methode). Nach den ersten Terminen in der Gruppe hält die Ergotherapeutin im Bogen zur Erfassung der Handlungsfähigkeit u. a. die in **Tab. 2.19** zusammengefassten Daten fest.

Die Auswertung des Handlungsbefundes gibt Hinweise darauf, in welchen Bereichen die Handlungsfähigkeit des Klienten Störungen unterworfen ist, und ermöglicht es, hierauf in der Ergotherapie gezielt einzugehen. Die entsprechenden Interventionen und die therapeutische Haltung, die die jeweiligen Komponenten der Handlungsfähigkeit verbessern sollen, werden ebenfalls in diesem Assessment dokumentiert.

Um darüber hinaus auch die sozialen Komponenten einer Handlung erfassen zu können, entwickelte Blaser Csontos (2004) einen weiteren Bogen. Der Erfassungsbogen der Handlungsfähigkeit im sozialen Kontext beobachtet die Handlungsfähigkeit des Pa-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.19** Ausschnitt aus dem Basisbogen zur Erfassung der Handlungsfähigkeit psychiatrischer Patienten (Blaser Csontos 2004) anhand des Fallbeispiels

Daten: Frau X., geb. 01. 01. 1976, Station 3a			
Prozess	**Tätigkeit/ Beschreibung**	**Einschätzung**	**Bemerkungen/ Unterstützung**
Situationsorientierung Berücksichtigt der Patient beim Handeln Bedingungen und Gegebenheiten der Umwelt?	Haushaltsgruppe: Einkauf und Kochen in Partnerarbeit	☐ Gut X Mittel ☐ Schlecht	Frau X. findet sich in der Küche und beim Einkauf mit Unterstützung der Ergotherapeutin zurecht
Zielwahl Kann der Patient aufgrund der Situationsorientierung und der Selbstüberwachung Ziele formulieren?	Einzelgespräch über die erwünschte Situation nach Klinikaustritt	X Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht	Frau X. hat konkrete Ziele und Vorstellungen für die Zeit nach der Entlassung
Programmwahl Kann der Patient für ein gestecktes Ziel einen realistischen Handlungsplan entwerfen?	Kochen: Menü und Zeitpunkt des Essens sind gegeben. Der Arbeitsplan muss aufgestellt werden	☐ Gut ☐ Mittel X Schlecht	Frau X. ist beim Aufstellen des Arbeitsplan überfordert, sie kann keine Strukturierung der notwendigen Arbeitschritte vornehmen

tienten innerhalb einer Gruppe und stellt seine Kontakt- und Teamfähigkeiten dar **(Tab. 2.20)**.

Objektbeziehungstheorie

Kayser et al. (1988) stellen ihre Objektbeziehungstheorie vor, die vor allem auf theoretischen Grundlagen von Piaget und Mahler beruht. In diesem Konzept reflektieren sie die Beziehungen zwischen dem Menschen und belebten (Menschen, Tiere und Pflanzen) bzw. unbelebten (z. B. Gegenstände, Materialien, Werkzeuge) Objekten. In einer neueren Veröffentlichung wird das bestehende Konzept der Objektbeziehung von Kayser (1999) um den Aspekt des Körperselbst, also der Beziehung des Menschen zu seinem Körper ergänzt.

Kayser et al. (1988, 1999) unterscheiden vier Dimensionen von Objektbeziehungen:

- **Funktionale Dimension:** das Wissen um die jeweilige Funktion des Objekts.
- **Manipulative Dimension:** die Fähigkeit, Funktionswissen so anzuwenden, dass ein Objekt gestaltet, bearbeitet oder verändert werden kann.
- **Ethische bzw. sozial normative Dimension:** das Wissen und die Beachtung von Regeln und Normen im Umgang mit dem belebten und unbelebten Objekt.
- **Affektive Dimension:** die Klärung eigener Interessen und Bedürfnisse im Umgang mit dem jeweiligen Objekt (z. B. Umgang mit Zuneigung oder Abneigung).

Die Dimensionen, die alle miteinander in Beziehung stehen, können ergotherapeutisch gefördert werden. Dabei steht der subjektive Erlebensprozess des Klienten im Umgang mit Materialien und Aufgabenstellungen im Mittelpunkt der Betrachtung. „Der Prozess hat drei Bestandteile, die in der Regel im raschen dynamischen Wechselspiel miteinander stehen" (Kayser 1999):

- Externalisierung – das Verlagern inneren Erlebens auf ein äußeres Objekt
- Internalisierung – das Entdecken des eigenen Erlebens im äußeren Objekt, die Identifizierung mit diesem
- Distanzierung des Subjekts vom Objekt.

In einer praxisbezogenen Auseinandersetzung mit dieser Theorie wird die Besonderheit der Ergotherapie deutlich. Neben der therapeutischen Beziehung zwischen Klient und Therapeutin tritt ein gemeinsames Drittes, das jeweilige therapeutische Mittel. So entsteht ein Beziehungsdreieck, dessen Elemente in direkter Wechselwirkung zueinander stehen **(Abb. 2.13)**.

Die Basis bildet hier eine tragfähige Beziehung zwischen Ergotherapeutin und Klient, die im Wesentlichen durch ihre therapeutische Grundhaltung geprägt ist (s. dazu Kap. 2.2.2, S. 111f).

Die Ergotherapeutin nimmt Einfluss auf die Objektbeziehungen und den Erlebensprozess des Klienten z. B. durch

- die Wahl des Mediums bzw. des Materials und dessen spezifischen Eigenschaften

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.20** Ausschnitt aus den Bögen zur Erfassung der Handlungsfähigkeit psychiatrischer Patienten (Blaser Csontos 1991 in Mulzheim 1999) anhand des Fallbeispiels

***Daten*: Frau X., geb. 01.01.1976, Station 3a**			
Prozess	**Frage**	**Tätigkeit**	**Einschätzung**
Situations-orientierung	Berücksichtigt der Patient beim Handeln Bedingungen und Gegebenheiten der Umwelt?	▪ Spiel zu zweit oder in der Gruppe ▪ Gemeinschaftsarbeit (handwerkliche Gruppen, Zweierarbeit/Kochen) ▪ …	☐ Gut X Mittel ☐ Schlecht *Bemerkungen*: Findet sich in der Küche und beim Einkauf mit Unterstützung zurecht
Zielwahl	Kann der Patient aufgrund der Situationsorientierung und der Selbstüberwachung Ziele formulieren?	▪ Gespräch über erwünschte Situation nach Klinikaustritt ▪ Auswahl unter verschiedenen, z. B. handwerklichen Tätigkeiten ▪ Patient muss begründen, was er zu welchem Zweck tun will ▪ …	X Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht *Bemerkungen*: Hat konkrete Ziele und Vorstellungen für die Zeit nach der Entlassung
Programm-wahl	Kann der Patient für ein gestecktes Ziel einen realistischen Handlungsplan entwerfen?	▪ Kochen: Menü und Zeitpunkt des Essens sind gegeben, Patient muss Arbeitsplan aufstellen ▪ Patient richtet sich den Arbeitsplatz ein ▪ …	☐ Gut ☐ Mittel X Schlecht *Bemerkungen*: Ist beim Aufstellen des Arbeitsplans überfordert, kann keine Strukturierung der notwendigen Arbeitsschritte vornehmen

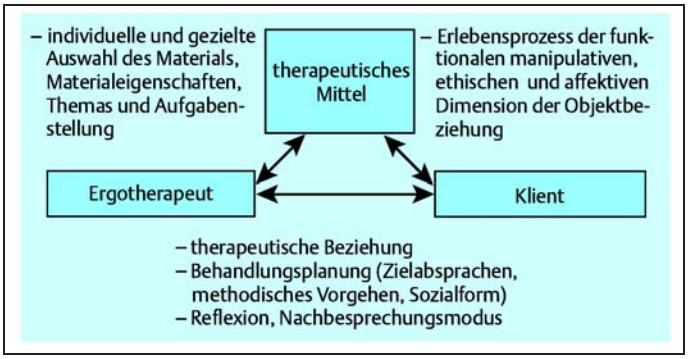

Abb. 2.13 Beziehungsdreieck zwischen Klient, Therapeutin und therapeutischem Mittel.

- die Aufgabenstellung (z. B. offene oder geschlossene Aufgaben)
- das Thema (z. B. sachliche oder emotionale Themen)
- das methodische Vorgehen (einschließlich der Wahl der Sozialformen) (Kayser et al. 1988, Scheiber 1995, Kayser 1999).

Der Klient kann im Hinblick auf alle Dimensionen der Objektbeziehungen Erfahrungen sammeln, die in der Nachbesprechung mit der Ergotherapeutin reflektiert und ggf. im weiteren Therapieverlauf verändert bzw. variiert werden. Die Art und Weise, wie die Ergotherapeutin die Nachbesprechung durchführt, nimmt ebenfalls Einfluss auf die Objektbeziehungen des Klienten. Dabei unterliegen die Auswahl der eingesetzten Materialien und deren Be- und Verarbeitungsweisen eigenen Objektbeziehungserfahrungen der Ergotherapeutin.

Weitere Einflussfaktoren in diesem Prozess sind nach Scheiber (1995) der Kontext, in dem Ergotherapie stattfindet (z. B. Rahmenbedingungen der Insti-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tution, Einstellung des Klienten zur Behandlung), und die Persönlichkeit des Klienten (z. B. Neigungen bzw. Abneigungen, persönliche Haltung des Klienten zum ergotherapeutischen Angebot).

Ergotherapeutische Mittel und Medien

Die psychosozialen Behandlungsverfahren bedienen sich, wie alle anderen Verfahren auch, stets eines Mittels oder Mediums, das Handeln bzw. Ausführen von Betätigung erforderlich macht.

> *Mittel:* Umgangssprachlich versteht man unter diesem Begriff Dinge, die zu einem spezifischen Zweck und Ziel eingesetzt werden, wie z. B. Werkzeuge oder Hilfsmittel (Beyermann 2001).
> *Medien:* Etwas „Vermittelndes", das eine Verbindung zwischen der Person und Gegenständen (z. B. Bücher, Bilder, Zeichnungen, Tonträger, Filme) schafft.

Nach Fürhoff (2007) werden diese Begriffe im Berufsalltag meist synonym verwendet. Mittel und Medien sind nicht von sich aus therapeutisch wirksam, sondern sie müssen von der Ergotherapeutin spezifisch ausgewählt und eingesetzt werden.
Die Ergotherapeutin

- analysiert die Mittel und Medien unter therapeutischen Aspekten
- schätzt die Fähigkeiten und Persönlichkeit des Klienten ein
- wählt die Mittel und Medien unter Berücksichtigung der festgelegten Ziele aus
- berücksichtigt die Rahmenbedingungen des therapeutischen Settings (z. B. Zeitrahmen und Ausstattung der Abteilung) (Fürhoff 2007).

Fürhoff (2002) zeigt vier Kriterien auf, nach denen eine Analyse der ergotherapeutischen Mittel und Medien durchgeführt werden kann:

- **Perzeptive Kriterien:** umfassen alle „Eigengesetzlichkeiten" des Materials und deren Erlebnisqualitäten (z. B. Farbe, Geruch, Oberflächenbeschaffenheit, Härte)
- **Technische Kriterien:** betrachten die Bearbeitungsmöglichkeiten des Materials (z. B. Stabilität, Veränderlichkeit im Prozess des Bearbeitens, Gefahren, Haltbarkeit)
- **Soziologische Kriterien:** ordnen das Material in einen gesellschaftlichen Zusammenhang ein (z. B. kulturelle Bedeutung, Geschlechtsspezifik)
- **Andere Kriterien:** sind subjektive Aspekte, die bei der Einschätzung des Materials eine Rolle spielen (z. B. Verfügbarkeit, Assoziationen, Vertrautheit, bewusste, vorbewusste und unbewusste Bedeutung des Materials).

Letztlich kann im ergotherapeutischen Kontext alles zum therapeutischen Mittel oder Medium werden, wenn die eingesetzten Mittel und Medien (je nach Aufgabenstellung)

- Handlungsmöglichkeiten entwickeln, erhalten oder erweitern
- für den Alltag des Klienten relevant sind und von ihm akzeptiert werden.

Der gezielte Einsatz von Mitteln und Medien kann therapeutisch sinnvolle Effekte erzielen:

- Materialien und Medien haben einen hohen Aufforderungscharakter, wenn sie richtig ausgewählt und ansprechend dargeboten werden.
- Meist eröffnen Materialien und Medien unterschiedliche Möglichkeiten, mit ihnen umzugehen. Das heißt, sie ermöglichen dem Klienten eine gewisse Flexibilität, wie er mit dem Material arbeitet. Um den Klienten entsprechend zu motivieren, wählt die Ergotherapeutin eine angemessene Aufgabenstellung, die ihn weder über- noch unterfordert.
- Aus ergotherapeutischer Sicht ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten, durch die Auseinandersetzung mit dem Material konkrete Therapieziele zu stimulieren. Der Umgang mit dem Material eröffnet sowohl die Auseinandersetzung mit spezifischen körperlichen, emotionalen oder geistigen Problemen (z. B. Einschränkungen in der Feinmotorik) oder die Auseinandersetzung mit Grundarbeitsfähigkeiten (z. B. Arbeitsplanung, Entscheidungsfähigkeit).
- Häufig sind Materialien „geduldig", sodass der Klient selbst das individuelle Arbeitstempo bestimmen kann.
- Aufgrund der Vielfalt der visuellen, akustischen und taktil-kinästhetischen Erfahrungen im Umgang mit dem Material wird immer die Konzentration gefördert.
- Dem Klienten werden Möglichkeiten eröffnet, Selbstständigkeit zu erfahren.
- Wird mit Materialien in Gruppen gearbeitet, wird gleichzeitig soziales Lernen ermöglicht.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Behandlungsmethoden

Behandlungsmethode: Ein „erprobter, überlegter und übertragbarer Weg des Vorgehens oder Verfahrensweise (…), mit dem sich unterschiedliche Aufgaben oder Ziele erreichen lassen“ (Beyermann in Scheepers et al. 2000, S. 298).

Seit Scheiber (1995) werden innerhalb der psychosozialen Behandlungsverfahren folgende Behandlungsmethoden nach ihrer Handlungs- und Zielstruktur klassifiziert:

- kompetenzzentrierte Methode
- interaktionelle Methode
- ausdruckszentrierte Methode.

Ergänzt werden diese Behandlungsmethoden in neueren Veröffentlichungen durch die

- wahrnehmungszentrierte bzw. -bezogene Methode (Scheepers et al. 2000, Scheepers et al. 2007).

Auch wenn diese Klassifikation eine mangelnde Trennschärfe aufweist (Beyermann in Scheepers et al. 2000), hat sie sich in der Fachliteratur durchgesetzt und sich auch in der ergotherapeutischen Arbeit und Ausbildung als praktikabel erwiesen.

Exkurs: Soziotherapie

Ergotherapie mit dem Schwerpunkt der kompetenzzentrierten und interaktionellen Methode wird der psychiatrischen Soziotherapie zugeordnet.

Im klinischen Bereich versteht man unter Soziotherapie ein multiprofessionelles Angebot, das auf einen konkreten Einzelfall gerichtet, alltags- und lebensweltorientiert ist. Im Gegensatz zur Psychotherapie werden mithilfe der Soziotherapie die sozialen Anforderungen an die Realitätsbewältigung im „Hier und Jetzt“ ins Zentrum der Behandlung gestellt.

Im stationären psychiatrischen Bereich unterstützen soziotherapeutische Angebote den Patienten darin, grundlegendes soziales Verhalten (wieder) zu lernen und entsprechende Handlungskompetenzen zu entwickeln. Soziotherapeutische Maßnahmen dienen hier zur Vorbereitung der Enthospitalisierung und sollen den Patienten befähigen, eigene Ressourcen im Bereich Kommunikation und Interaktion wiederzuentdecken.

Die durch die Gesundheitsreform 2000 neu geschaffene krankenkassenfinanzierte Leistung der ambulanten Soziotherapie (§ 37 a SGB V) richtet sich vor allem an sehr schwer und chronisch psychisch kranke Menschen, denen es krankheitsbedingt schwerfällt, die benötigten sozialpsychiatrischen Hilfen wahrzunehmen. Mit Unterstützung der soziotherapeutischen Maßnahmen sollen die schwer psychisch Kranken in die Lage versetzt werden, therapeutische und versorgende Angebote, wie z. B. Ergotherapie oder psychiatrische Pflege, wahrzunehmen. Ziel ist es, eine langfristige psychische Stabilisierung zu erreichen und erneute stationäre Aufenthalte möglichst zu vermeiden.

Kompetenzzentrierte Methode

Die kompetenzzentrierte Methode wird eingesetzt, um verloren gegangene oder nicht vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erlernen. Zu diesem Zweck werden ausgewählte handwerklich-gestalterische Techniken oder alltagsrelevante Tätigkeiten aus den Bereichen Selbstversorgung und Freizeitgestaltung eingesetzt. Ebenso können verschiedenste Übungen zum motorischen, sozialen oder kognitiven Training durchgeführt werden. Die Ergotherapeutin entwickelt nach Absprache mit dem Klienten eine in der Regel geschlossene Aufgabenstellung, die es ermöglicht, die gewünschten Fähigkeiten und Fertigkeiten zu üben. Die kompetenzzentrierte Methode ist meist ergebnisorientiert ausgerichtet und kann je nach Zielsetzung in unterschiedlichen Sozialformen eingesetzt werden **(Abb. 2.14)**.

Die Zielsetzungen der kompetenzzentrierten Methode bestehen in Entwicklung, Verbesserung und Erhalt von

- kognitiven Fähigkeiten (z. B. Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Orientierung)
- emotionalen Fähigkeiten (z. B. Selbstwertgefühl, Selbsteinschätzung, Selbstvertrauen, Frustrationstoleranz, Auseinandersetzung mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen, Selbstständigkeit)
- sozialen Fähigkeiten (z. B. Kontakt, Kommunikation, Verantwortung)
- motorischen Fähigkeiten (z. B. im Bereich der Grob- und Feinmotorik)
- instrumentellen Fertigkeiten (z. B. Umgang mit Materialien, Werkzeugen und Maschinen, Handlungsplanung und -durchführung)
- Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung und der eigenständigen Lebensführung.

Innerhalb der kompetenzzentrierten Methode kann eine Vielzahl von unterschiedlichsten Mitteln und Medien eingesetzt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch eine sorgfältige Analyse des jeweiligen Mediums und der Aufgabenstellung gemäß den darin enthaltenen motorisch-funktionellen, geistig-intellektuellen, psychisch-emotionalen und perzeptiven

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

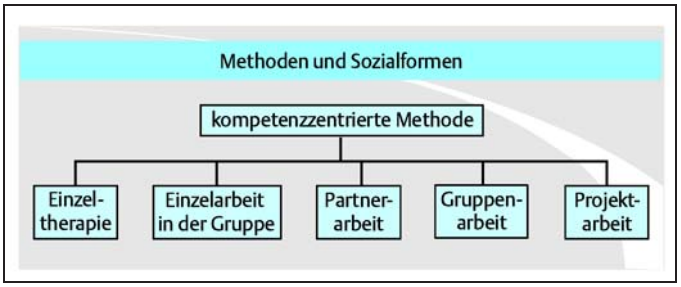

Abb. 2.14 Einsatz der kompetenzzentrierten Methode in unterschiedlichen Sozialformen.

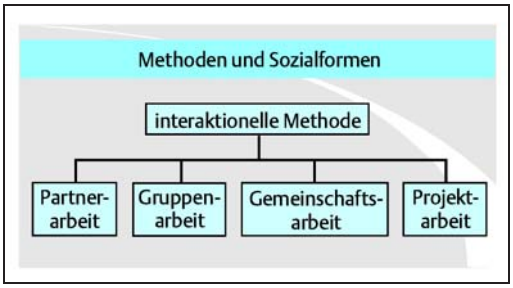

Abb. 2.15 Einsatz der interaktionellen Methode in unterschiedlichen Sozialformen.

Anforderungen. Im Kontext der jeweiligen Sozialform können an den Klienten unterschiedliche Anforderungen im Hinblick auf Kommunikation und Interaktion gestellt werden.

Interaktionelle Methode

Die interaktionelle Methode wird eingesetzt, um die Auseinandersetzung und das Miteinander in einer Gruppe zu fördern. Der einzelne Klient soll sich selbst in der Gruppe erleben, sein Verhalten in der Gruppe reflektieren sowie ggf. neue Verhaltensweisen ausprobieren. Die Aufgabe der Ergotherapeutin ist es, entsprechende Rahmenbedingungen für eine Gruppenaktivität zu schaffen. Nachdem sie die Interaktion in der Anfangsphase initiiert hat, beobachtet sie die Gruppe während der Arbeitsphase, um dann in der Nachbesprechung gemeinsam mit den Teilnehmern den gruppendynamischen Prozess zu reflektieren. Während der Arbeitsphase hält sich die Ergotherapeutin weitestgehend zurück und gibt nur bei Bedarf organisatorische sowie technische Hilfestellungen.

Die Aufgabenstellungen sind in der Regel offen, sodass die Gruppe hinreichende Möglichkeiten zur Interaktion hat. Zur Verfügung steht fast das gesamte Spektrum der ergotherapeutischen Mittel und Medien. Es umfasst sowohl gemeinsame handwerklich-gestalterische Tätigkeiten als auch alltagsrelevante Tätigkeiten aus den Bereichen Selbstversorgung und Freizeitgestaltung, die in einer Gruppe durchgeführt werden können.

Die interaktionelle Methode kann ergebnis- oder prozessorientiert ausgerichtet sein und ebenfalls in unterschiedlichen Sozialformen eingesetzt werden **(Abb. 2.15)**.

Alle in der Abbildung 2.15 genannten Sozialformen dienen dazu, den Klienten in einem natürlichen oder speziell geschaffenen Umfeld zu beobachten und zu behandeln. Die Behandlung ermöglicht es, Schwierigkeiten des Klienten in sozialen Beziehungen zu bearbeiten. Viele psychisch Kranke haben gerade in diesem Handlungsbereich vielfältige Probleme. Die einzelnen Teilnehmer erhalten vorab Informationen über Zweck und Ziel der Gruppenveranstaltung.

Schwerpunktmäßig werden folgende Zielsetzungen mit der interaktionellen Methode verfolgt: Entwicklung, Verbesserung und Erhalt von sozioemotionalen Fähigkeiten wie z. B.

- Kommunikation
- Kooperation
- Vertreten eigener Meinungen, Wünsche, Interessen und Bedürfnisse
- Verantwortung
- Konflikt- und Kritikfähigkeit
- Toleranz anderen gegenüber
- Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Ebenso wie bei der kompetenzzentrierten Methode kann eine Vielzahl von unterschiedlichen Mitteln und Medien eingesetzt werden. Auch hier gilt, dass das Medium und die Aufgabenstellung auf ihre motorisch-funktionellen, kognitiven, psychisch-emotionalen und perzeptiven Anforderungen zu untersuchen sind, damit ein indikationsgerechter Einsatz in der Gruppe möglich wird.

Um den Gruppenprozess zu begleiten und auszuwerten, benötigen Ergotherapeuten Kenntnisse über Gruppenprozesse und deren Dynamik.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Exkurs: Gruppenentwicklung und Gruppenprozesse

Jede Gruppe zeichnet sich durch eine Eigengesetzlichkeit aus, unter deren Einfluss sich die jeweilige Persönlichkeit der Gruppenmitglieder entfalten oder einengen kann. Das Verhalten des Einzelnen wird durch die mehr oder minder klar definierten Rollenbeziehungen in der Gruppe bestimmt. „Rolle" ist der Inbegriff von Erwartungen, die die Teilnehmer an das Verhalten eines Inhabers einer bestimmten Position richten. Dabei werden formelle (deutlich definierte und offizielle Rollen, z. B. Gruppenleiter, Vorsitzender) von informellen Rollen (z. B. Meinungsführer, Sündenbock) unterschieden (Antons 1996).

In den meisten Gruppen gibt es Phasen, in denen ein Teilnehmer von den anderen Gruppenmitgliedern abgelehnt wird. Unter gruppendynamischen Aspekten ist es weniger wichtig, warum diese Person zum Außenseiter geworden ist, als zu fragen, was in der Gruppe geschieht und wozu sie gerade einen Sündenbock braucht.

Schindler (in Antons 1996) hat ein Gruppenmodell entwickelt, das diese Sündenbockfunktion erklärt. Er geht davon aus, dass sich eine Gruppe gegen einen gemeinsamen Feind bildet (z. B. kann in Alkoholikergruppen der Gegner der Alkohol sein). Antons (1996, S. 309) erklärt dazu: „Die Spannung zwischen dem Ziel, das die Gruppe gemeinsam erreichen will, und dem herrschenden Missstand beeinflusst die Rollenverteilung in der Gruppe." Für beide Seiten werden in der Gruppe Repräsentanten gesucht. Die Position, die das Gruppenziel repräsentiert, nennt er Alpha und die Position des Gruppengegners Omega. Wer diese Rolle verkörpert, steht meist allein da und übernimmt die Funktion des Sündenbocks. Hingegen hat Alpha häufig viele Anhänger, die mit der Gamma-Position gekennzeichnet werden. Mit Beta wird die Funktion des Beraters beschrieben, der dem Geschehen distanzierter gegenübersteht. Die Positionen in einer Gruppe sind jedoch nicht starr vergeben, sondern können im Verlauf des gruppendynamischen Prozesses wechseln. Das Modell ermöglicht dem Gruppenleiter, den Mitgliedern diese Projektion zu erklären, sodass sie sich mit den eigenen abgewehrten Anteilen auseinandersetzen können und der Sündenbock wieder in die Gruppe integriert wird.

Antons (1996) beschreibt fünf Phasen des Gruppenprozesses, denen er unterschiedliche Aufgaben des Gruppenleiters zuordnet:

- **Orientierung:** Die einzelnen Gruppenmitglieder sind mit einer neuen Situation konfrontiert, die negative Gefühle wie Unsicherheit, Fremdheit oder Ängstlichkeit erzeugt. Es herrscht noch kein vertrauensvolles Klima. Die Gruppe befindet sich in einem Prozess, der durch Annäherung und Ausweichen der Mitglieder gekennzeichnet ist. Der Gruppenleiter sollte sowohl Distanz zulassen als auch zu Vertrauen ermuntern. Er wählt solche Aktivitäten aus, die eine „Erkundung" erleichtern.
- **Positionskampf und Rolle:** Diese Phase ist durch die Erforschung und das Bemühen um Status in der Gruppe gekennzeichnet. Der Einzelne orientiert sich, welche Position er in der Gruppe einnimmt, und erprobt, wie viel Einfluss er auf die Gruppe nehmen kann. Dabei kann es zu Positionskämpfen und Konkurrenz zwischen den Mitgliedern untereinander und dem Leiter kommen. Es besteht die Gefahr, dass einzelne Teilnehmer die Gruppe verlassen. Planungen von Aktivitäten werden von der Gruppe häufig verworfen. Der Gruppenleiter sollte diesen „Aufruhr" zulassen und die Suche nach Gemeinsamkeiten in der Gruppe unterstützen. Bei Positionskämpfen sollte er Klärungshilfe anbieten und dem Individuum ein Gefühl von Sicherheit geben, indem z. B. Unzufriedenheit und Abwesenheit einzelner Teilnehmer zum Thema gemacht werden.
- **Vertrautheit und Intimität:** In der Gruppe ist ein verstärktes persönliches und zwischenmenschliches Engagement zu spüren. Die Gruppenmitglieder beziehen sich aufeinander und kooperieren. Gemeinsame Ziele und deren Realisierung werden jetzt deutlich verfolgt. Der Kontakt zu anderen, die nicht zu dieser Gruppe gehören, ist reduziert. Die Gruppenentwicklung sollte vom Leiter weiter unterstützt werden.
- **Differenzierung:** Der Zusammenhalt in der Gruppe besteht, die Mitglieder unterstützen sich gegenseitig. Die Identität des Einzelnen ist gewährleistet, die Rollen sind klar verteilt, folglich gibt es kaum Machtprobleme. Beziehungen zu Nichtgruppenmitgliedern können aufgenommen oder geplant werden. Der Gruppenleiter bietet entsprechende Gelegenheiten an, um Außenkontakt aufzunehmen, und begünstigt die Selbstständigkeit der Gruppe.
- **Trennung und Ablösung:** Die Gruppe blickt zurück und reflektiert, welche Ziele sie gemeinsam erreicht bzw. nicht erreicht hat. Die Trennung kann entweder geleugnet werden oder Widerstände gegen diese Trennung treten auf. In der Ergotherapie wird z. B. dann beobachtet, dass eine Gruppenarbeit nicht abgeschlossen wird. Der Einzelne kann sich von der Gruppe abwenden oder Versuche unternehmen, neue gemeinsame Aktivitäten zu entwickeln. Der Leiter sollte jeden Teilnehmer seinen Weg gehen lassen. Er hat die Aufgabe, die Auswertung zu erleichtern und für einen angemessenen Abschluss zu sorgen.

Die Ergotherapeutin kann verschiedene Techniken einsetzen, um das Verhalten des Einzelnen in der Gruppe zu bestätigen bzw. zu festigen (le Granse in Jerosch-Herold et al. 2004):

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- **Shaping** (Form geben): Bei dieser Intervention bekräftigt die Ergotherapeutin das Verhalten des Klienten, das auf das Entwicklungsziel hinweist.
- **Modeling** (Modell geben): Die Ergotherapeutin weist den Klienten darauf hin, sich ein anderes Gruppenmitglied als Vorbild zu nehmen. Auch die Ergotherapeutin kann durch ihr Verhalten das Lernen am Modell ermöglichen.
- **Trial and Error** (Versuch und Irrtum): Mithilfe des Feedbacks der Teilnehmer und der Therapeutin bekommt der Klient eine Rückmeldung über sein Verhalten in der Gruppe und erfährt etwas darüber, ob es die anderen Gruppenteilnehmer unterstützt, behindert, stört usw.

Darüber hinaus können Rollenspiele in der Ergotherapie eingesetzt werden, um Interaktionsfähigkeiten zu erproben und zu üben. Während der Arbeitsphase einer Gruppe können Unterbrechungen zur Reflexion des Gruppenprozesses eingeschoben werden. In allen Gruppensituationen ist sowohl das Feedback der Ergotherapeutin als auch der Gruppenmitglieder zum sozialen Verhalten des Einzelnen besonders wichtig.

Gruppenstruktur

Neben der Zusammensetzung der Gruppe muss die Ergotherapeutin auch die Öffnung für neue Teilnehmer sorgfältig planen. Man unterscheidet eine offene, halboffene oder geschlossene Gruppe. Eine offene Gruppe hat einen ständig wechselnden Teilnehmerkreis, während eine geschlossene Gruppe hinsichtlich der teilnehmenden Personen konstant bleibt. Bei einer halboffenen Gruppe werden während der laufenden Gruppenarbeit ausscheidende durch neue Mitglieder ersetzt.

Ergotherapeuten in der Psychiatrie arbeiten häufig mit der halboffenen Gruppe. Da keine vollständige Neubildung der Gruppe stattfindet, bleibt die Gruppe fast durchgehend in einer mittleren Phase des Gruppenprozesses, die davon gekennzeichnet ist, dass die Rollenverteilung in der Gruppe immer wieder neu ausgehandelt wird.

Die sozialen Anforderungen an die alten Teilnehmer sind hoch, da die neuen Teilnehmer integriert werden müssen. Neue Gruppenmitglieder sind aufgefordert, Hemmungen oder Ängste zu überwinden und ihren Platz in einem bereits bestehenden Gruppengefüge zu finden. Die Ergotherapeutin muss in den bestehenden Arbeitsprozess immer wieder Phasen der Gruppenbildung und Konsolidierung ebenso wie Phasen der Verabschiedung einflechten.

Alltags- und lebensweltorientierte Ergotherapie

Die Ausrichtung der Therapie am Alltag und an der Lebenswelt der Klienten entspricht sowohl modernem psychiatrischem Denken als auch den ergotherapeutischen Praxismodellen (s. Kap. 1.1 und 2.1). Psychiatrische Ergotherapie kann einen wesentlichen Beitrag zu einer alltags- und lebensweltorientierten Versorgung der Klienten im Rahmen der psychosozialen Behandlungsverfahren leisten. Voraussetzung dafür sind die Weiterentwicklung der jetzigen beruflichen Praxis der psychiatrischen Ergotherapie und die Auseinandersetzung mit den zentralen Themen Alltag, Betätigung und Klientenzentrierung (s. Kap. 2.2.3 u. 2.3). Ebenso sollte eine kritische Reflexion der traditionellen Organisations- und Angebotsstrukturen erfolgen, die bisher einen meist funktionsorientierten Behandlungsschwerpunkt verfolgen. Auf dieser Basis können dann zukünftig alltags- und lebensweltorientierte Therapieprogramme entwickelt werden, die sich an den konzeptionellen Modellen (z. B. MOHO, CMOP) orientieren und die Nutzerperspektive berücksichtigen (Marotzki u. Reichel 2006).

Exkurs: Alltagstheorien

Die Alltagstheorien gehen davon aus, dass jeder Mensch einen Alltag hat, ein Leben ohne Alltag nicht möglich ist. Generationen von Menschen leben in ihrer Alltäglichkeit, ohne diese nach ihrem Sinn zu hinterfragen. „Alltag ist das Normale, das Übliche, das Unspektakuläre, das problematisch werden kann. Der Mensch ist ohne die darin geltenden Regeln und Konventionen nicht handlungsfähig“ (Obert 2001, S. 123).

Alltag und Alltagshandeln haben fünf charakteristische Merkmale (Obert 2001):

- Alltag erzeugt eine Menge an Aufgaben und Situationen, die bewältigt werden müssen. Schwierigkeiten und Konflikte müssen im Alltag gelöst werden.
- Alltagswissen ist das Wissen von vertrauten Konzepten, um mit Dingen und Menschen so umzugehen, dass die bestmöglichen Ergebnisse in Alltagssituationen mit wenig Anstrengung oder unter der Vermeidung von unerwünschten Konsequenzen erzielt werden.
- Alltagswissen verschafft die Kompetenz, Alltagsaufgaben in ihrem Kontext zu bewältigen. Die Alltagshandlungen vollziehen sich vor allem im bekannten und vertrauten Raum, also der Wohnung, auf der Straße oder im Stadtteil.
- Alltagshandlungen sind durch Vertrautes und Wiederholungen bestimmt. Alltagsverrichtungen strukturie-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ren aufgrund ihrer Wiederholbarkeit das Leben des Menschen, regeln die Zeit und den Lebensrhythmus.
– Alltag ist angewiesen auf verlässliche zwischenmenschliche Beziehungen und auf familiäre Vertrautheit.

Der Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens eine Alltagsroutine und eine Kompetenz, die es ihm ermöglichen, seine Alltagsaufgaben zu bewältigen.

Gerade diese Alltagskompetenz ist insbesondere bei chronisch psychisch kranken Menschen eingeschränkt. Entweder fehlen bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung oder sie sind aufgrund der aktuellen Befindlichkeit nicht verfügbar.

Sozialpsychiatrisches Handeln muss daher den Alltag und die Lebenswelt des Kranken in die Behandlung einbeziehen: „Der psychisch kranke Mensch und die Folgen der Erkrankung für ihn und die Umgebung sollen dort behandelt, begleitet und betreut werden, wo die Krankheit entsteht, d. h. im Gemeinwesen, in der Lebenswelt der Betroffenen. Die Umgebung ist als stabilisierender und gesundheitsfördernder Faktor in die Hilfe mit einzubeziehen. (…) von zentraler Bedeutung und Wichtigkeit ist, was Betroffene und ihre Angehörigen fühlen, wahrnehmen, denken und mitteilen. Sie sind von den professionell Tätigen als Gegenüber (als Subjekt) ernst zu nehmen und mit einzubeziehen“ (Obert 2001, S. 101 f.).

Komplementäre Einrichtungen wie Kontaktstellen, psychiatrische Tagesstätten, psychiatrische Wohnheime oder Angebote des betreuten Wohnens schließen die große Lücke zwischen der stationären Behandlung in Kliniken und der ambulanten Behandlung der Nervenärzte oder Psychotherapeuten. Viele psychisch Kranke und Behinderte, die in der Gemeinde leben, sind mit herkömmlicher Psychotherapie überfordert und benötigen Unterstützung, um z. B. eine Wohnung oder eine Wohngemeinschaft zu finden, einer Arbeit oder Beschäftigung nachzugehen oder Kontakte zu knüpfen, um „sich in der von ihnen als bedrohlich erlebten Welt bewegen zu können und Freizeitangebote zu finden, ohne diskriminiert zu werden“ (Christ u. Richter 1997, S. 199 f.).

Psychiatrische Ergotherapie hält ein umfangreiches Angebot bereit, um die verschiedenen Alltagsfähigkeiten zu fördern. Dazu müssen jedoch die Biografie, die Lebensumstände sowie die Lebensgewohnheiten des Klienten in den Mittelpunkt der Therapiekonzeption gestellt werden. Es gilt, „Karikaturen nicht gelungener Lebensweltorientierung, wie z. B. die Herstellung eines Seidentuches mit dem Kumpel aus dem Stahlwerk, das Küchentraining mit dem lebenslangen Obermacho, (…) das Weben mit dem traditionalistischen afghanischen Mann“ (Scholz-Zeemann 1996, S. 320) in der psychiatrischen Ergotherapie zu vermeiden.

Leitfaden zur Therapieplanung

Auf Grundlage der konzeptionellen Modelle der Ergotherapie stehen verschiedenen Assessments zur Verfügung, die gezielt eingesetzt werden können, um die Lebenswelt und den Alltag des Klienten zu betrachten (s. auch Kap. 2.1).

Folgende Leitfragen können die ergotherapeutische Planung im Hinblick auf die Alltagsorientierung unterstützen:

- Wie wirkt sich die jeweilige Erkrankung und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen auf die Lebensbereiche Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität aus? Welche subjektiven Einschränkungen erlebt der Klient in diesen Bereichen des täglichen Lebens?
- Welche Interessen und Werte liegen den Alltagshandlungen des Klienten zugrunde?
- Welche sozialen Rollen und Rollenerwartungen nehmen Einfluss auf das jeweilige Alltagshandeln?
- Welche Umweltfaktoren (soziales, kulturelles und physikalisches Umfeld) beeinflussen alltägliche Verrichtungen?

Grundsätze

Eine lebenswelt- und alltagsorientierte Ergotherapie muss folgende Grundsätze berücksichtigen:

- Die Ergotherapeutin muss ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz zum Klienten entwickeln, indem sie sich mit der Lebenswelt dieser Person intensiv auseinandersetzt, sich darauf einlässt und ihn so verstehen lernt, aber ebenso kritisch die jeweilige Lebenssituation vor dem Hintergrund ihrer Professionalität reflektieren kann.
- Lebenswelt- und alltagsorientierte Ergotherapie ist eine klientenzentrierte Ergotherapie, d. h., die Sichtweise des Klienten steht im Mittelpunkt: Wie sieht der Klient sein Leben? Welche Wünsche und Pläne an die Zukunft formuliert er? Wie schätzt er seine Möglichkeiten und Probleme ein?
- Der Klient gibt innerhalb des therapeutischen Rahmens die Richtung vor, da nur er der Experte für seinen Alltag ist. Ergotherapeuten stellen Klarheit und Eindeutigkeit her, indem sie dem Klienten ggf. ihre Sichtweise und Einschätzung mitteilen. Ergotherapeuten begegnen dabei ihrem Klienten mit Respekt und Achtung. Respekt heißt auch, dass die Therapeutin ggf. akzeptieren muss, dass ein Klient momentan an seiner Lebenssituation nichts ändern will.
- Lebens- und alltagsorientierte Ergotherapie erfordert von der Ergotherapeutin ein hohes Maß an

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Flexibilität innerhalb und außerhalb der institutionellen Rahmenbedingungen. Um die geeigneten Mittel und Angebote zu finden, sind Kreativität und Fantasie gefragt. Die Rolle der Ergotherapeutin ändert sich, sie vollzieht einen Rollenwechsel von der „Behandlerin hin zur Handlungspartnerin".

Vorgehensweise

Alltags- und lebensweltorientierte Ergotherapie sind durch nachstehende therapeutische Vorgehensweisen gekennzeichnet:

- Der Klient wird durch eine alltagsorientierte Ergotherapie konkret in seinen gegebenen Lebensverhältnissen unterstützt mit dem Ziel, gemeinsam auf eine Verbesserung der Lebensqualität hinzuarbeiten. Im stationären Bereich dient die alltagsorientierte Ergotherapie der Vorbereitung auf die Entlassung. Lebenspraktische und soziale Fähigkeiten sollen entwickelt oder wiederentdeckt werden. Im teilstationären und ambulanten Bereich werden Voraussetzungen für eine möglichst selbstständige Lebensführung geschaffen, um zu einer Stabilisierung des Klienten in seiner Lebenswelt beizutragen.
- Alltagsorientierte Ergotherapie richtet dabei den Fokus auf das Einfache, Alltägliche und Unspektakuläre. So werden nur solche Alltagshandlungen im Rahmen der Therapie durchgeführt, die dem normalen und üblichen Alltagsleben des Klienten entsprechen. Dabei handelt es sich vor allem um Tätigkeiten aus den Lebensbereichen Selbstversorgung, Arbeit und Produktivität sowie Freizeitgestaltung.
- Alle ergotherapeutischen Angebote werden von der Ergotherapeutin auf der Grundlage der jeweiligen Lebenssituation des Klienten, der eigenen Ziele und der für ihn bedeutungsvollen Alltagshandlungen gemeinsam mit dem Klienten geplant. Art und Umfang der alltagsorientierten Ergotherapie richten sich nach den unterschiedlichen Bedürfnissen und Notwendigkeiten des Klienten, sodass er zu keiner Zeit über- noch unterfordert ist.
- Alltagsorientierte Ergotherapie wird meist außerhalb der Institutionen angeboten. Sie findet im alltäglichen Leben des Klienten und in seiner Lebenswelt (z. B. in seiner Wohnung, in seinem Fußballverein) statt. Insbesondere für die Entwicklung und Wiedererlangung von lebenspraktischen Kompetenzen ist es wichtig, den Klienten in seiner häuslichen Umgebung wahrzunehmen. Nur so können konkrete und realistische ergotherapeutische Maßnahmen entwickelt und eine künstliche, realitätsfremde Therapiesituation (z. B. in der gut ausgestatteten Übungsküche der Einrichtung) vermieden werden. Dies schränkt zwar ergotherapeutische Möglichkeiten ein, kann aber auch einen leichteren Zugang zum Klienten eröffnen. Sollte es nicht oder nur bedingt möglich sein, ergotherapeutische Angebote in der Lebenswelt des Klienten durchzuführen, müssen zumindest realitätsnahe Situationen gestaltet werden.
- Ebenso können Freizeitaktivitäten im Rahmen der alltagsorientierten Ergotherapie vor Ort, also im jeweiligen Stadtteil des Klienten, kennengelernt und genutzt werden. Ergotherapeuten sollten ihre Klienten motivieren und mit ihnen Möglichkeiten schaffen, auch nichtpsychiatrische Hilfen in ihrem Umfeld in Anspruch zu nehmen (z. B. Kirchengemeinde, Begegnungsstätten). Hierzu kann es erforderlich sein, sowohl mit nichtprofessionellen (z. B. Bürgerhelfern, die sich in der Gemeinde ehrenamtlich für psychisch Kranke engagieren) als auch mit professionellen Helfern im Alltag zusammenzuarbeiten.
- Auch die Angehörigen gilt es in eine lebenswelt- und alltagsorientierte Ergotherapie einzubeziehen. So sind sie zum einen von der Erkrankung mit betroffen, zum anderen wichtige Bezugspersonen in der sozialen Umwelt des Klienten. Die Angehörigen selbst brauchen häufig Unterstützung und Rat, um die Probleme im Zusammenleben mit dem psychisch kranken Familienmitglied zu bewältigen. Die Bedeutung der Angehörigenarbeit erklärt auch Gutmann (2001) in ihrem Konzept „PAKT – ein Behandlungsansatz zum aktiven Handeln von Klienten mit einer endogenen Psychose gemeinsam mit ihren Angehörigen in der Ergotherapie". Dieses Konzept hat sie gemeinsam mit Heyde und Ziehn im Rahmen ihres Studiums an der Hogeschool Zuyd (NL) entwickelt. Es wird davon ausgegangen, dass durch die aktive Unterstützung der Angehörigen bessere Therapieerfolge bei Patienten erzielt werden.

Einsatzmöglichkeiten der kompetenzzentrierten Methode im Rahmen einer alltagsorientierten Ergotherapie

Jeder Klient verfügt über Kompetenzen, die im Alltag genutzt werden können. In der alltagsorientierten Ergotherapie geht es darum, die häufig verborgenen oder verloren gegangenen Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entdecken und entsprechend zu fördern, sodass der Klient seinen Alltag bewältigen kann. Die Ergotherapeutin unterstützt den Klienten, individuelle Betätigungsprobleme durch geeignete Interventionen in Form von Einzel- oder Gruppentherapie zu lösen. Bezogen auf die Klassifikation des ICF (s. Kap. 1.3.3) widmen sich die ergotherapeu-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tischen Maßnahmen zur Alltagsbewältigung und -gestaltung den Aktivitäten eines Menschen und unterstützen seine Partizipation:

- Ernährung
- Körperpflege und Kleidung
- Umgang mit Geld
- Gestaltung und Reinigung der Wohnung
- Mobilität
- Kommunikation
- Gestaltung von Freizeit
- Wahrnehmung von Interessen und Hobbys
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Fallbeispiel: Unterstützung der Alltagsbewältigung in den Bereichen Ernährung und Umgang mit Geld

Eine 34-jährige Klientin, Frau G., lebt gemeinsam mit ihrer 6-jährigen Tochter in einer 2,5-Zimmer-Wohnung. Seit Beginn ihrer psychischen Erkrankung vor acht Jahren ist sie arbeitslos und bezieht zurzeit Arbeitslosengeld 2. Das ihr zur Verfügung stehende Geld reicht nie aus, sodass sie häufig Schulden bei ihren Angehörigen macht. Diese Situation belastet sie. Frau G. entwickelt Schuldgefühle ihrer Tochter gegenüber, da sie ihr nicht das bieten kann, was andere Eltern ihren Kindern ermöglichen, z. B. gemeinsame Unternehmungen und Ausflüge. Sie schämt sich, dass sie ihrer Tochter keine modische Kleidung kaufen kann.

Mithilfe der Ergotherapeutin legt Frau G. ein Haushaltsbuch an, das sie von nun an regelmäßig führt, um einen Überblick über ihre Ein- und Ausgaben zu bekommen. Nach einem Monat wird deutlich, dass Frau G. häufig wahllos im Supermarkt einkauft und ein Teil der Lebensmittel verdirbt. Mit Unterstützung der Ergotherapeutin wählt Frau G. Gerichte aus einem Kochbuch für gesundes und preiswertes Essen und erstellt danach einen Wochenspeiseplan, der auch die Bedürfnisse ihrer kleinen Tochter berücksichtigt. Dann erstellen sie zunächst gemeinsam eine genaue Einkaufsliste, um nur die benötigten Zutaten einzukaufen. Um ihr Budget nicht zu überschreiten, lernt Frau G., den ungefähren Preis der benötigten Lebensmittel vor dem Einkauf zu berechnen. Die Ergotherapeutin begleitet Frau G. einige Male, um sie z. B. auf Angebote aufmerksam zu machen. Nach vier Wochen erledigt Frau G. das Einkaufen allein, nach weiteren drei Wochen übernimmt Frau G. komplett die Planung des Speiseplans und die Erstellung der Einkaufsliste. Lediglich die Eintragungen im Haushaltsbuch werden noch gemeinsam besprochen. Nach einigen Monaten wird das Budget nicht mehr überschritten, sodass sie nun Geld hat, um einen Ausflug mit ihrer Tochter zu machen. Die Ergotherapeutin zeigt Frau G. einen Secondhandshop, in dem sie gut erhaltene und modische Kinderkleidung kaufen kann. Kleidung, die der Tochter zu klein geworden ist, wird sie hier zukünftig zum Verkauf abgeben.

Fallbeispiel: Förderung der Freizeitgestaltung unter Wahrnehmung von Interessen/Hobbys

Im Rahmen des Sozialtrainings der Tagesklinik hat jeder Teilnehmer in der Gruppe zunächst die Interessencheckliste, die auf der Grundlage von MOHO entwickelt wurde, ausgefüllt und ausgewertet. Jeder Teilnehmer wird aufgefordert, die Ergebnisse der Checkliste in der Gruppe vorzustellen. Herr K. erzählt, dass er als Jugendlicher sehr gern und gut Gitarre gespielt hat. Mit seiner Band ist er in Jugendzentren aufgetreten. Seit dem Beginn der schizophrenen Erkrankung vor fünf Jahren ist er diesem Hobby nicht mehr nachgegangen. Da er sich nicht mehr auf die Noten konzentrieren konnte und Probentermine nicht eingehalten hatte, wurde er aus der Band ausgeschlossen. Er möchte seinem Hobby gerne wieder nachgehen, glaubt aber, vieles verlernt zu haben. Die Ergotherapeutin schlägt Herrn K. vor, einen Gitarrenkurs zu besuchen. Herr K. greift diesen Vorschlag auf, weiß aber nicht, wie er vorgehen soll.

Die Ergotherapeutin erarbeitet gemeinsam mit dem Patienten Teilschritte, um dem Ziel näher zu kommen. Zunächst gilt es, Informationen zu beschaffen, wer Gitarrenkurse anbietet. Herr K. bekommt hierzu Tipps aus der Gruppe. Herr K. sucht sich die verschiedenen Anbieter im Telefonbuch heraus und bittet um Zusendung von Prospektmaterial. Nach drei Wochen hat Herr K. einige Informationen gesammelt. Der nächste Schritt ist, die verschiedenen Angebote miteinander zu vergleichen. Dazu muss Herr K. eine Aufstellung machen, in der er das Preis-Leistungs-Verhältnis der Kurse, die Gruppengröße und Altersstruktur auflistet und vergleicht. In einem weiteren Teilschritt prüft er die Erreichbarkeit der Kurse mit öffentlichen Verkehrsmitteln und die Fahrzeit. Dazu benötigt Herr K. noch Informationen der Verkehrsbetriebe. Die Ergotherapeutin empfiehlt, sich dort einen Fahrplan zu kaufen. Herr K. erledigt dies, weiß aber nicht, mit diesem „Zahlengewirr“ umzugehen. Mithilfe der Ergotherapeutin lernt er dann den Umgang mit dem Fahrplan. Er markiert z. B. die Verbindungen zu den Gitarrenkursen farbig. Herr K. stellt dann seine Ergebnisse der Gruppe vor und entscheidet sich für einen Kurs in einer Kirchengemeinde. Dort vereinbart er zunächst eine Probestunde. In der nächsten Gruppenbesprechung berichtet er, dass ihm die Probestunde gut gefallen hat und er zukünftig diesen Kurs regelmäßig besuchen möchte. Dann berichten die anderen Gruppenteilnehmer ebenfalls von ihren Freizeitvorhaben.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Einsatzmöglichkeiten der interaktionellen Methode im Rahmen einer alltagsorientierten Ergotherapie

Alltags- und lebensweltorientiertes Arbeiten im Rahmen der interaktionellen Methode bedeutet, dass die zwischenmenschlichen Kontakte im Vordergrund stehen und gestärkt werden. Die Gruppe kann in einem überschaubaren Rahmen die Bedeutung der Selbsthilfe und der gegenseitigen Unterstützung erfahren. In unterschiedlichen Gruppentherapien arbeiten die Klienten an gemeinsamen, alltagsrelevanten Projekten. Die Gruppenteilnehmer setzen sich z. B. mit dem Thema der aktiven Freizeitgestaltung auseinander und erkennen eigene Bedürfnisse. Anschließend planen, organisieren und führen sie gewünschte Freizeit- oder Sportaktivitäten durch. Soziales Miteinander wird dabei in allen Dimensionen geübt: einander zuhören, seine Meinung äußern, Gruppenentscheidungen akzeptieren usw. Regelmäßige Feedbackrunden ermöglichen einen Erfahrungsaustausch zwischen den Klienten. Die Klienten bekommen Anregungen, Ratschläge oder auch Kritik von ebenso Betroffenen. So können z. B. Probleme einer zufriedenstellenden Freizeitgestaltung aufgrund mangelnder finanzieller Mittel diskutiert werden. Dies mildert das Gefühl, isoliert mit seinen Schwierigkeiten zu sein, und steigert die Selbst- und Fremdwahrnehmung des Einzelnen. Die Gruppe soll befähigt werden, Strategien zur Problemlösung zu erarbeiten (wie z. B. Möglichkeiten der Kostenplanung und -reduzierung erarbeiten, Recherche zu kostenfreien oder günstigen Freizeitangeboten durchführen, sich um Freikarten oder Ermäßigungen bemühen). Es gilt, den Gruppenzusammenhalt zu fördern, sodass soziale Beziehungen über das therapeutische Setting hinaus wachsen können (Lagemann 2007).

Fallbeispiel: Aktive Freizeitgestaltung fördern sowie Kontakte über die Tagesstättenaktivitäten hinaus zwischen den Besuchern aufbauen

In einer Tagesstätte für chronisch psychisch Kranke leitet die Ergotherapeutin eine Freizeitgruppe. Immer wieder wird deutlich, dass die Besucher nicht wissen, wie sie ihr Wochenende gestalten sollen. Häufig verbringen sie ihre Zeit vor dem Fernseher. Die Ergotherapeutin bittet die Gruppe zu überlegen, welche anderen Möglichkeiten es gibt, Freizeit zu gestalten. Sie sammelt alle Antworten auf einem Flipchart. Die Gruppe soll anschließend aktive und passive Freizeitbeschäftigungen unterscheiden. In der nächsten Sitzung werden Fotos aus Zeitschriften ausgeschnitten und in einer Gemeinschaftsarbeit eine Collage zum Thema „aktive Freizeit“ erstellt. Die Ergotherapeutin bittet die einzelnen Teilnehmer herauszufinden, welche der dargestellten Freizeitbeschäftigungen ihnen Spaß bereiten würden. Folgende Bedürfnisse werden daraufhin genannt: schwimmen gehen, einen Flohmarkt besuchen, gemeinsam frühstücken, am Gemeindefest teilnehmen, ein Konzert oder ein Fußballspiel besuchen und in den Zoo gehen. Gemeinsam erarbeitet die Gruppe, welche Möglichkeiten es gibt, sich über Veranstaltungen etc. zu informieren. Bis zur nächsten Woche werden alle Teilnehmer der Gruppe aufgefordert herauszufinden, welche der genannten Freizeitbeschäftigungen in den umliegenden Stadtteilen möglich sind und welche Kosten entstehen. Einzelne Teilnehmer informieren sich und bringen verschiedene Broschüren, Veranstaltungsprogramme, Ausschnitte aus Zeitungen sowie Flugblätter mit, andere hingegen berichten von Hinweisen im lokalen Radio. Jeder Teilnehmer wird aufgefordert, seine Informationen vorzustellen, danach diskutiert die Gruppe, welche Möglichkeiten realisierbar sind. Die so ausgewerteten Freizeitaktivitäten werden auf Plakatwänden gesammelt. Die Ergotherapeutin fragt, wer Interesse hat, eine der aufgeführten Freizeitbeschäftigungen gemeinsam mit einem anderen Teilnehmer zu unternehmen. Für das nächste Wochenende verabreden sich Herr F. und Frau T., um gemeinsam den Flohmarkt zu besuchen. Drei Teilnehmer gehen zum Fußballspiel der Bezirksliga. Frau H. und Frau J. frühstücken am Sonntagmorgen zusammen. Nach dem Wochenende erzählen die Teilnehmer von ihren Erlebnissen und reflektieren das aktive Freizeitverhalten. Herr D., der sich bislang nicht an den gemeinsamen Aktivitäten beteiligt hat, würde gern zum nächsten Fußballspiel mitgehen.

Integriertes psychologisches Therapieprogramm

Ergänzend bzw. vorbereitend für die alltags- und lebensweltorientierte Ergotherapie kann der Einsatz des integrierten psychologischen Therapieprogramms (IPT) für schizophrene Patienten sein. Das integrierte psychologische Therapieprogramm ist ein verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Verbesserung der kognitiven, sozialen und Problemlösungsfertigkeiten, das als stationäre und ambulante Maßnahme im Rehabilitationsbereich konzipiert wurde. Es handelt sich hierbei um einen mehrfach evaluierten Therapieansatz, dem Erkenntnisse aktueller Schizophrenieforschung zugrunde liegen.
Das Training umfasst fünf Unterprogramme:

1. **Kognitive Differenzierung:** Kognitive Fertigkeiten sollen durch zahlreiche Übungen, die in der Gruppe durchgeführt werden, verbessert werden.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2. **Soziale Wahrnehmung:** Grundlage bildet hier eine Diaserie von sozialen Situationen. Jedes Dia wird nach drei vorgegebenen Stufen bearbeitet:
   - Stufe 1: Informationssammlung
   - Stufe 2: Interpretation und Diskussion
   - Stufe 3: Titelfindung.
3. **Verbale Kommunikation:** Ziel ist das Einüben von Grundlagen der Kommunikation:
   - Hinhören bei Beiträgen von Gesprächspartnern
   - Verstehen der jeweiligen Beiträge
   - Eingehen auf das Gesagte (adäquate Stellungnahme).
4. **Soziale Fertigkeiten:** Therapieinhalte sind vorgegebene Situationen aus sozialen Bereichen der Klienten, wie z. B. Wohnungs- und Arbeitssuche, Verhalten in der Wohngruppe, Freizeitkontakte usw. Jede zu übende Situation wird zunächst kognitiv aufgearbeitet (z. B. Dialogerarbeitung, Einschätzen von Schwierigkeiten), bevor eine Durchführung der Übungssituation (z. B. sich entschuldigen) im Rollenspiel und ein Transfer in den Alltag stattfinden.
5. **Interpersonelles Problemlösen:** Hier gibt es keine inhaltlichen Vorgaben im Therapiemanual: Die Therapeutin greift ein Gruppenthema (z. B. Umzug in eine Wohngemeinschaft) auf. Damit verbundene Schwierigkeiten werden anhand folgender Therapieschritte bearbeitet:
   - Identifikation und Analyse des Problems
   - kognitive Problemaufarbeitung
   - Erarbeiten von Lösungsalternativen
   - Entscheiden für eine Lösungsalternative
   - Umsetzung in die Praxis
   - Feedback über Erfolg bzw. Misserfolg in der nächsten Sitzung.

Jedes Unterprogramm ist in sich so aufgebaut, dass mit zunehmender Therapiedauer die Anforderungen an den Einzelnen und an die Gruppe wachsen (Roder et al. 2002).

Bei diesem Programm handelt es sich nicht um ein klassisches ergotherapeutisches Verfahren. Es wird meist von zwei Therapeuten verschiedener Berufsgruppen durchgeführt (z. B. Ergotherapeutin und Psychologe), die sich entsprechend fortgebildet haben.

Ausgehend vom integrierten psychologischen Therapieprogramm entwickelte die Arbeitsgruppe weiterhin drei neue Therapieprogramme zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten, welche die Rehabilitationsthemen Wohnen, Arbeit und Freizeit (WAF) einbeziehen (Roder et al. 2001).

Ausdruckszentrierte Methode

Wiebke Flotho

Einleitung

Die ausdruckszentrierte Methode (Scheiber 1995) bietet Spielraum für innere Bilder der Patienten, die durch bildnerische und plastische Medien zum Ausdruck gebracht werden können. Die bildhafte Ebene des Ausdrucks durch Form und Farbe geht der sprachlichen Entwicklung voraus. Der Patient wird für sein momentanes Befinden und in seiner Wahrnehmungsfähigkeit sensibilisiert. Eigene Gefühle können für den Patienten in seinen Gestaltungen sichtbar werden. Das Verstehen eigener starker Emotionen und die höhere Selbstkontrolle im Umgang mit ihnen kann ein wichtiger Schritt im Heilungsprozess sein.

Das spontane Gestalten, Malen oder Formen wird als Momentaufnahme betrachtet. Der Gestaltende tritt in Beziehung zu einem oder mehreren Materialien und erfährt dabei unterschiedlichste Sinnesqualitäten. Vor allem im taktil-kinästhetischen Wahrnehmungsbereich können differenzierte Erfahrungen gemacht werden. Die Farbmaterialien bieten unterschiedliche Grade von Widerstand. Es können also gezielt Fingerfarben (weich) und Wachsstifte (hart) angeboten werden, um die Wahrnehmung von Unterschieden und eigenen Bedürfnissen zu verbessern. Die Stimulation basaler Grundfunktionen stellt eine weitere Ebene der ausdruckszentrierten Methode dar.

Der Einsatz dieser Methode soll jedoch gut vorbereitet und die Indikationen für die Teilnahme genau überlegt werden. Die ausdruckszentrierte Methode eignet sich besonders gut im Fachgebiet der Psychosomatik (s. Kap. 5.3, S. 363ff.). Innerhalb der psychiatrischen Ergotherapie gibt es auf Psychotherapiestationen und in Tageskliniken erfolgreiche Ansätze. Es bestehen in diesen Arbeitsfeldern jedoch Abgrenzungsschwierigkeiten zu der klinischen Kunst- und Gestaltungstherapie.

Die Ergotherapie innerhalb der Akutpsychiatrie arbeitet wenig ausdruckszentriert. Auch in diesem Bereich kann ein themenzentrierter, stützender Ansatz bei gezielter Indikationsstellung zum Einsatz kommen.

Theoretische Hintergründe

Wie schon weiter oben beschrieben stellt die Objektbeziehungstheorie einen bedeutenden Bezug zum Umgang mit den Medien der Ergotherapie her (Kayser 1999). Die ausdruckszentrierte Methode kann wie folgt eingeordnet werden:

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

In der Objekttypologie gehören die Bilder und Plastiken, die innerhalb dieser Methode entstehen, zu den unbelebten Objekten, die vom Menschen gemacht sind und in der Regel nicht zur weiteren Bearbeitung verwendbar sind (wie z. B. symbolische Darstellungen). Dies entspricht nach Kayser (1999) dem Objekttyp 2a. Ein wesentlicher Aspekt des ausdruckszentrierten Arbeitens besteht in der Aufnahme einer Beziehung vom Patienten zum Material. Dabei handelt es sich immer um Wechselwirkungen zwischen Ereignissen in der Person des Patienten und den Bedingungen und Kontextfaktoren außerhalb der Person. Die Wahrnehmungsräume innen und außen wirken also ständig aufeinander. In Bezug auf die *Dimensionen der Objektbeziehungen* kann im *funktionalen Aspekt* (Kayser 1999) die Nutzung der Medien zum Ausdruck der eigenen Stimmung oder beispielsweise zum Abreagieren von Spannungen beschrieben werden, wobei die Funktion sowohl im Endprodukt als auch im prozesshaften Arbeiten mit dem Material gesehen werden kann. Der *manipulative Aspekt* spielt beim Finden eines Ausdrucks insofern eine Rolle, als der Patient die Wirkung des Farbmaterials oder die Reaktionsweise z. B. eines Specksteins kennen sollte, wenn er etwas Bestimmtes ausdrücken möchte. Patienten sind oft enttäuscht, da ihr Ausdrucksvermögen nicht mit ihrem inneren Vorstellungsbild gleichzusetzen ist. Es handelt sich um Anpassungsprozesse von internen und externen Strukturen, eine Interaktion findet statt. Hier wird die Effektivität des eigenen Handelns erlebt. „Zentral ist dabei die Erfahrung (und Überzeugung), für einen selbst relevante Zustände durch eigenes Tun beeinflussen zu können" (Kayser 1999, S. 34). Der manipulative Aspekt spielt jedoch mehr dann eine Rolle, wenn ein Produkt erstellt werden soll. In der ausdruckszentrierten Methode steht der spontane Ausdruck im Vordergrund, um darüber eine Beziehung zum eigenen Empfinden und Erleben aufnehmen zu können. Also wird hier mehr der Entstehungsprozess angeschaut, das Verhalten im Umgang mit den Materialien wird reflektiert.

Der *ethische Aspekt* meint die Normen und Verhaltenserwartungen im Umgang mit Objekten, die in unserer Gesellschaft gelten. Das freie Gestalten mit Farben etc. wird von Patienten schnell als „Kinderkram oder Spielerei" abgewertet, wenn kein nutzbares Objekt dabei entsteht. Hier bedarf es einer gezielten Vorbereitung und Erklärungsarbeit im Vorfeld durch die Ergotherapeutin, um die Hintergründe und den persönlichen Nutzen dieser Methode zu verdeutlichen.

Die *affektive Seite der Objektbeziehungen* kann mit der ausdruckszentrierten Methode sehr anschaulich aufgezeigt werden. Damit gemeint ist die innere Wertschätzung oder Ablehnung, die der Patient gegenüber Objekten entwickelt. Darüber definiert er sein Selbstbild, trifft Entscheidungen und identifiziert sich selbst mit bestimmten Gegenständen. Zum Beispiel kann eine Patientin bei der Gestaltung eines Selbstsymbols eine Schale aus Ton formen und dabei feststellen, dass die Schale viel zu offen gestaltet ist. Diese Offenheit kennt sie von sich selbst und beschließt, dass die Schale zum Schutz einen Deckel braucht. Über solche Identifikationsprozesse können sogenannte Übergangsobjekte entstehen, die der Entwicklung oder Verbesserung der emotionalen Objektkonstanz dienen (Winnicott 2006).

Bei der Entstehung von *Objektbeziehungsmustern* sei innerhalb der kognitiven Entwicklung auf einen Aspekt hingewiesen, der durch die ausdruckszentrierte Methode in besonderer Weise gefördert wird. Die *Symbolisierungsfähigkeit* ist für das Objektverständnis von Bedeutung. Es geht hier um das Wiedererkennen von Formen, das über das sensomotorische Begreifen hinausgeht. Das gemalte Symbol wird wiedererkannt. Schließlich lernt das Kind, dieses Symbol selbst zu zeichnen, dann folgt die sprachliche Ebene der Benennung, die auf einem höheren Abstraktionsniveau stattfindet. „Dies hat dann Bedeutung für die innere Verarbeitung der wahrgenommenen Welt, man kann sich sozusagen selbst eine Erkenntnis mitteilen" (Kayser 1999, S. 48). Die außen wahrgenommene Welt wird innen für gültig erklärt. Dieser Aspekt des Umgangs mit der äußeren Welt dient der Herstellung einer inneren Sicherheit und befriedigt das Kontrollbedürfnis des Menschen. Innere Unsicherheit und Angst werden gemindert. Und genau hier liegt ein Ziel der ausdruckszentrierten Methode, das Selbstbild des Patienten und damit seine Identität zu stärken sowie ihn immer mehr zu befähigen, mit sich selbst in einen Dialog zu treten. Aus diesem Grund beinhaltet die Methode immer eine Nachbesprechungsphase, um das Erlebte einordnen zu lernen.

Kayser (1999) beschreibt *Objektbeziehungen* auch als *Erlebensprozess*. Dieser Ansatz ist für die ausdruckszentrierte Methode von besonderer Bedeutung, weil er sich bemüht, das subjektive Erleben im Umgang mit den Medien zu erfassen. Der Aspekt der Psychodynamik findet damit einen theoretischen Bezug. Drei Bestandteile weist der prozesshafte Umgang mit dem Material auf: die Externalisierung, die Internalisierung und die Distanzierung. Die *Externalisierung* meint das „Nachaußen-Bringen" von Innerpsychischem. Das ergotherapeutische Handeln der Patienten mit Medien, durch die „außen" etwas verändert wird, bezeichnet Kayser als *Real-Externalisie-*

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

rungen. Beim ausdruckszentrierten Gestalten können Patienten bewusste und wenig bewusste Anteile ihres Selbstbildes externalisieren. In den Gestaltungen zeigen sich aktuelle Stimmungen und Energien wie auch persönliche Anteile, die nicht bewusst wahrgenommen werden. Dies können negative Emotionen und versteckte Wünsche sein.

Der Prozess der *Internalisierung* bedeutet, dass der Patient Anteile der Außenwelt in sich aufnimmt. Wenn Patienten sich beispielsweise besonders stark mit ihren Bildern identifizieren, ist dies ein vorübergehender Prozess der Internalisierung. Es findet eine Überschreitung der Subjekt-Objekt-Grenze statt. Um z. B. eine emotionale Objektkonstanz im Sinne eines „In-sich-Tragens" guter Objekte entwickeln zu können, internalisiert das Kind positive Bilder der Mutter. Dieser Entwicklungsschritt ist wesentlich, um das Alleinsein und Getrenntsein von der Mutter aushalten zu können. Durch die Betrachtung des selbst gemalten Bildes können eigene Anteile des Gestalters wieder internalisiert und in das Selbstbild integriert werden. In manchen Fällen wird der Patient die Gestaltung mitnehmen wollen, um sie sich immer wieder anschauen zu können.

Der dritte Aspekt dieses psychodynamischen Prozesses ist die *Distanzierung*. Um den grenzüberschreitenden Prozessen der Externalisierung und Internalisierung wieder eine Ordnung von innen und außen geben zu können, stellt der Mensch durch die Distanzierung wieder eine Subjekt-Objekt-Grenze auf (Kayser 1999). Einen Teil der Distanzierung leisten die Patienten innerhalb der ausdruckszentrierten Methode bei der Nachbesprechung. Die Gestaltung wird aus einem Abstand betrachtet, die Entstehung und die Wirkung werden vom Patienten beschrieben. Dies kann einerseits eine Distanzierung verstärken, andererseits aber auch eine erneute Internalisierung in Gang setzen. Die Distanzierung ist ein Anteil, der bei psychosenahen Patienten von der Therapeutin unbedingt angestoßen werden soll, um eine Subjekt-Objekt-Differenzierung zu verstärken. Die Ergotherapeutin kann ein Werkstück für den Patienten aufbewahren, um es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal gemeinsam zu betrachten.

Sozialformen und Aspekte der Gruppendynamik

Die ausdruckszentrierte *Einzelarbeit* **(Abb. 2.16)** bietet dem Patienten einen Schutzraum, um sich mit dem freien Umgang der hier genutzten Medien auseinandersetzen zu können. Das Gespräch über das eigene Befinden, die Bildentstehung und das subjektive Erleben können in dieser Sozialform am besten geübt werden. Sie erfordern jedoch von der Ergotherapeutin einen geschulten Umgang mit den Übertragungen und den Gegenübertragungen, die sich auf Therapeutin und Patient konzentrieren. Die Ergotherapeutin benötigt für die Einzeltherapie spezielle Kenntnisse in der Gesprächsführung und Supervision zur Aufarbeitung des Therapieverlaufes.

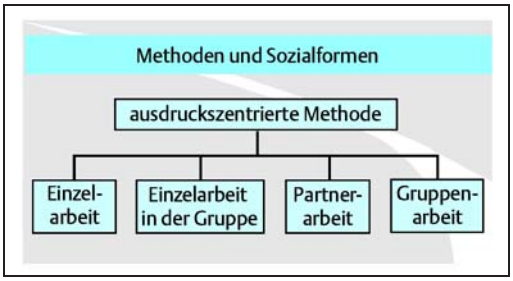

Abb. 2.16 Einsatz der ausdruckszentrierten Methode in unterschiedlichen Sozialformen.

Die drei folgenden Sozialformen können innerhalb eines Gruppenangebotes aufeinander aufbauen. Eine ausdruckszentrierte Gruppe sollte im stationären Rahmen möglichst geschlossen über einen festgelegten Zeitraum von drei bis vier Wochen, jeweils zweimal wöchentlich angeboten werden. Die Teilnahme derselben Patienten von Beginn bis zum Abschluss ermöglicht ein Gruppenklima, in dem sich Vertrauen aufbauen und eine Gruppendynamik entwickeln kann. Jeder Teilnehmer in einer für ihn neuen Gruppe muss große Unsicherheiten über die Rollenzuweisungen innerhalb der Gruppe überstehen. Die nach Bion (2001) beschriebenen Aspekte der „Abhängigkeit" vom Leiter, des „Pairings" und der Phänomene von „Kampf und Flucht" in Gruppen sollten beim Aufbau der Gruppenangebote berücksichtigt werden. Es bietet sich an, zu Beginn einer geschlossenen Gruppe die Form der *Einzelarbeit in der Gruppe* einzusetzen. Der Patient soll Beziehung zu den Materialien aufnehmen und die Wechselwirkungen seines Tuns mit dem Material erfahren. Im späteren Verlauf kann mit einer *Partnerarbeit* der Kontakt innerhalb der Gruppe vertieft werden. Die Patienten kennen nun den freieren Umgang mit den Medien und können sich leichter auf eine Interaktion mit einem Mitpatienten einlassen. Hier geben vorher festgelegte Regeln des Umganges miteinander und mit dem Material Sicherheit. Ist die Gruppe schließlich vertraut miteinander, können die Teilnehmer eine *Gruppenarbeit* probieren. Aufgabe der Ergotherapeutin ist es, klare Gruppenregeln vorher bekannt zu geben. Patienten wünschen sich in diesen Gruppen oft zu Beginn gleich eine Gruppenarbeit. Dies soll dem eige-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

nen Schutz in der Masse dienen, kann aber von der Gruppe noch nicht getragen werden. Deshalb sollte die Ergotherapeutin die Sozialformen lenken. Wenn keine geschlossene Gruppe angeboten werden kann, kann immer in der Sozialform der Einzelarbeit in der Gruppe gearbeitet werden. Dann steht die Objektbeziehungsebene zum Medium dauerhaft im Vordergrund.

Voraussetzungen zur Teilnahme an ausdruckszentrierten Gruppen

Eine wesentliche Voraussetzung zur Teilnahme an einer ausdruckszentrierten Gruppe ist die Gruppenfähigkeit des Patienten. Ausreichende Affekttoleranz, Impulskontrolle und Abgrenzungsfähigkeit sollten beim Patienten vorhanden sein. Die Teilnahme soll darüber hinaus im Sinne einer klientenzentrierten Arbeit immer vom Patienten gewollt sein. Deshalb bedarf es einer guten Vorbereitung und Abklärung der Therapieinhalte durch die Bezugstherapeutin und/oder die Ergotherapeutin in einem Vorgespräch.

Inhalte eines Vorgesprächs (Beispiele)

Im Unterschied zu den kompetenzzentrierten Materialgruppen geht es hier nicht um das Erstellen eines Produktes oder eines Kunstwerkes. Auch handwerkliche und kreative Fertigkeiten stellen keine Voraussetzung für die Teilnahme dar. Vielmehr stehen das Experimentieren mit unterschiedlichen Materialien und der Prozess des Gestaltens im Mittelpunkt. In einer sich jeweils anschließenden Nachbesprechung werden die Erfahrungen reflektiert, die Gruppenmitglieder können sich gegenseitig ein Feedback geben.

Dem Patienten soll verdeutlicht werden, dass diese Methode einen erweiterten Zugang zum persönlichen Gefühlserleben ermöglichen kann. Je besser die Vielfalt und Qualität der Gefühle eingeordnet werden kann, umso besser kommt eine Person auch in schwierigen Situationen zurecht. Über Farben und Formen bekommen Gefühle und Wünsche einen Ausdruck, der reflektiert werden kann. Der Patient kann im Vorgespräch drei Farbmaterialien ausprobieren, um die Unterschiede der Qualitäten zu erfahren. Zum Beispiel kann er einen Kreis mit gelber Fingerfarbe malen, einen Kreis mit gelber Pastellkreide und einen mit gelber Dispersionsfarbe und Pinsel. Über die Unterschiede kann er wählen und für sich entscheiden, welches Farbmaterial zu seinem aktuellen Befinden passt. Im Vorgespräch wird eine erste verbindliche Beziehungsaufnahme zur Ergotherapeutin möglich. Sie thematisiert die Zielsetzungen der ausdruckszentrierten Gruppe und setzt diese gemeinsam mit dem Patienten in Beziehung zu seinen Therapiezielen.

Zur Gruppenteilnahme ist darüber hinaus auch eine gewisse Reflexionsfähigkeit eigener innerseelischer Vorgänge von Vorteil. Die Lust am kreativen Gestalten und Malen erleichtert den Einstieg, kann aber auch innerhalb der Gruppe entstehen.

Ziele der ausdruckszentrierten Methode

Ebene der Performanzkomponenten

(s. Kap. 2.1.3 CMOP):

- Zugang zum eigenen Gefühlserleben finden
- Wahrnehmung für innerseelische Vorgänge sensibilisieren
- Unterscheiden von Erlebnisqualitäten durch Materialerfahrung
- Auseinandersetzung mit Bedürfnissen und Wünschen
- Einordnen lernen von eigenen Gefühlsqualitäten
- Finden von Ausdrucksmöglichkeiten
- Aufbau des Selbstbildes
- Üben der Distanzierung von starken Gefühlen
- Stärkung der Selbstkontrolle
- Aufbau von Selbstsicherheit
- Nutzung der Medien zum Umgang mit Spannungen.

Überprüfbare Zielebenen

- Beschreiben des Entstehungsprozesses der Gestaltung
- Beschreibung des persönlichen Bezuges zu den Farben/der Form/der Gesamtgestaltung
- Benennen der momentanen Gefühle
- bei Bedarf Skalierung des Gefühls (1 = sehr niedriger bis 10 = höchster Grad der Erregung).

Themen und Materialien

Die Medien der ausdruckszentrierten Methode setzen sich aus bildnerischen und plastischen Materialien zusammen. Es können *Farbmaterialien* aller Art angeboten werden:

- Buntstifte
- Aquarellfarben
- Dispersionsfarben
- Ölkreiden
- Pastellkreiden
- Fingerfarben
- Wachsstifte
- Wasserfarben.

Gemalt werden kann auf *Papieren* aller Größen und Farben. Das Sortiment sollte umfassen:

- Zeichenpapiere verschiedener Größen
- Aquarellpapiere
- Papierrolle (Breite 1 m).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Mit folgenden Papieren kann frei gestaltet werden (z. B. reißen, schneiden, kleben, knüllen):
- Buntpapiere
- Transparentpapiere
- Seidenpapiere
- alte Zeitschriften
- Tonpapiere
- Tonkarton.

Für das *plastische Gestalten* können verschiedenste Materialien zum Einsatz kommen:
- Ton in verschiedenen Farben
- Plastiform-Masse
- Gipsbinden
- Speckstein
- Ytong
- Sand
- Schuhkarton
- Materialien aus der Natur (z. B. Zweige, Steine, Blätter)
- Stoffe, Garne, Perlen, Puppen, Symbole etc.

Die Materialien können zu Beginn der Therapie gezeigt werden. Bei der ausdruckszentrierten Methode empfiehlt sich ein *themenzentriertes Arbeiten*. Die Themen sollten auf die Patientengruppe und die Zielsetzung abgestimmt sein. Dies kann sich je nach Klientel stark unterscheiden. Ausdruckszentriertes Arbeiten mit Suchtpatienten sollte andere Inhalte und Themen (s. S. 404) bearbeiten als bei einer Gruppe mit depressiven Patienten.

Je nach Thema kann die Ergotherapeutin das Material vorgeben, aus einer begrenzten Anzahl auswählen lassen oder die Wahl freistellen. Um die Gruppenkohäsion zu fördern, empfiehlt es sich, allen Patienten das gleiche Material anzubieten.

Die Themen sollen sorgfältig ausgewählt werden. Besonders geeignet sind Themen, die sich bei den Teilnehmern schon aus ihrem Störungsbild ergeben. Zusätzlich soll die Ergotherapeutin einen ressourcenorientierten, stützenden Ansatz wählen, da ihr in der Regel eine Psychotherapieausbildung fehlt. Stützende/ressourcenorientierte Themen können sein:
- Ein Ort, an dem ich mich geborgen fühle.
- Eine Farbe, die mir im Moment guttut (alle Farbmaterialien ausprobieren; Collage mit Papieren in dieser Farbe).
- Dinge, die ich gerne tue.
- Traum vom Glück.
- Inneres Wohlergehen.
- Malen nach einem vorgelesenen Märchen.
- Ein kleiner Wunsch.

Themenzentriertes Arbeiten mit der ausdruckszentrierten Gruppe

Das themenzentrierte Arbeiten bietet eine Struktur und Orientierung für Ergotherapeutin und Patienten. Arbeitet die Ergotherapeutin beispielsweise mit homogenen Gruppen, d. h. etwa nur mit Essgestörten in einer Gruppe oder ausschließlich mit Patienten, die eine Sucht- oder Depressionsproblematik haben, kann sie die Themen gut vorbereiten und aufeinander aufbauend anbieten.

Aufbau einer ausdruckszentrierten Gruppe am Beispiel depressiver Patienten

In der Depression spielt das Thema der Kontrolle und des „Nicht-loslassen-Könnens“ eine große Rolle. Die Gefühle sind entweder nicht mehr spürbar oder es wird ein tiefer Schmerz mit Todeswunsch empfunden. Das negative Denken steht im Vordergrund, es bestehen überhöhte Erwartungen an sich selbst.

Der Umgang mit Gefühlen kann mit der ausdruckszentrierten Methode geübt werden. Welche Gefühle kann der Betroffene bei sich wahrnehmen, wie wirken sich geäußerte Gefühle auf andere aus? Welche Gefühle können bei den Mitpatienten wahrgenommen werden?

Der Aufbau einer themenzentrierten Gruppe für Depressive könnte sich wie folgt gestalten:
- Eine Farbe wählen, die Wärme und Freude bedeutet. Diese Farbe mit verschiedenen Materialien als Bild gestalten (z. B. aus Zeitungsschnipseln, Seidenpapier, Tonpapier, Transparentpapier oder verschiedenen Farbmaterialien).
- An welchem Ort fühle ich mich geborgen? (Diesen Ort mit Ton formen lassen.)
- Mit einer Farbe spielen (Nass-in-nass-Malen mit Aquarellfarben), dabei kann ruhige Entspannungsmusik gehört werden. Eventuell mehrere Bilder malen lassen.
- Was ist für mich Kontrolle? Was ist für mich Loslassen?
  - (Stichworte als Hilfen auf ein Plakat schreiben:
  - „Gut zu wissen, wie es geht“, „Zwang“, „Ordnung“, „So muss es sein!“
  - „Freiheit“, „Ich lasse es entstehen“, „Es mag kommen, wie es will.“
  - Zwei Bilder gestalten lassen, eigene Formen malen lassen.)
- Wo bleibt meine Aggression? Jetzt redet meine Wut! (Diese Gefühlslage malen oder tonen lassen.)
- Ein Innenbild malen, ich zeige meine Stimmung!

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Im Verlauf dieser geschlossenen Gruppe können die Patienten einen Weg finden, ihre Wahrnehmung langsam für sich und andere zu öffnen.

Hülsewiesche und Gierig (2002) zeigen mit ihrer Orientierungsgruppe eine Möglichkeit, die ausdruckszentrierte Methode in Verbindung mit systemischen und kurzzeittherapeutischen Methoden in der Akutpsychiatrie einzusetzen. Dahinter steht der Wunsch, die Patienten im Sinne einer klientenzentrierten Arbeit bei ihrer persönlichen Standortbestimmung zu begleiten. Die Ziele der Orientierungsgruppe setzen sich zusammen aus

- der Auseinandersetzung mit der Ausgangssituation des Patienten
- der Abklärung der Veränderungswünsche
- dem Abgleichen der bisherigen Therapieerfahrungen und
- der Motivationsarbeit zu einer verbesserten Nutzung der Therapieangebote.

Das Thema der Orientierungsgruppe ist vorgegeben und lautet: „Mein Weg".

Das Bild als Ausdruck des Patienten wird „zur Klärung des momentanen Zustandes (Standortdefinition) … zur kreativen Auseinandersetzung mit möglichen Zielen, zur Entdeckung von Ressourcen, Ausnahmezuständen und Lösungen" (Hülsewiesche u. Gierig 2002, S. 17) genutzt. Hülsewiesche (2008) bietet in ihrer Schrift „Lösungen im Blick" eine detaillierte und praxisnahe Beschreibung von Methodik und theoretischen Hintergründen.

Umgang mit den Gestaltungen

Jede Gestaltung ist ein Ausdruck ihres Gestalters. Der Patient zeigt seine inneren Bilder. Ein respektvoller Umgang damit ist Voraussetzung für die therapeutische Arbeit.

Die Beziehung des Gestalters zu seiner Gestaltung und seine Assoziationen bilden den Fokus in der ausdruckszentrierten Methode. Deshalb soll der Gestalter in der Nachbesprechung zuerst selbst beschreiben, wie es entstanden ist. Der Gestalter darf die Arbeit und sich selbst schützen, wenn Inhalte zerredet oder abgewertet werden oder wenn ihm die Worte eines Mitpatienten zu nahe gehen. Manchmal muss die Ergotherapeutin diese Schutzfunktion übernehmen.

Der Gestalter trägt die Verantwortung für seine Gestaltung. Er entscheidet, was mit ihr passieren soll. Er kann sie nach jeder Einheit mitnehmen oder der Ergotherapeutin zur Aufbewahrung überlassen. Am Ende der Therapie versorgt der Patient seine Bilder und Plastiken selbst.

Manchmal ist es hilfreich, eine Gestaltung, die den Gestalter in dem Moment besonders bewegt, mitnehmen zu lassen. Die Stärke des Affektes kann sich durch wiederholte Betrachtung verändern. Etwas als bedrohlich Erlebtes wird nach und nach als ein Teilaspekt der Realität angenommen und in die Wahrnehmung integriert. Um dies zu erreichen, kann das Bild vorübergehend an einem ausgewählten Platz in der persönlichen Umgebung des Patienten (z. B. Klinikzimmer) aufgehängt werden. Die Wahrnehmung des Bildes soll nachfolgend durch die Ergotherapeutin thematisiert werden.

Aufgaben der Gruppenleitung

Die Ergotherapeutin führt Vorgespräche mit den Patienten, die an einer ausdruckszentrierten Gruppe teilnehmen werden.

Die Ergotherapeutin passt die Rahmenbedingungen der Gruppe in ihr Arbeitssetting ein. Sowohl im klinischen als auch im ambulanten Bereich gibt es Vorgaben der Kostenträger (z. B. BfA 2007) bzw. einen Indikationskatalog (Ferber u. Gans 2004), der bestimmte Kriterien von Leistungen festlegt:

- Geschlossene Gruppen! (mindestens halboffen, d. h. Aufnahme neuer Patienten nur alle zwei Wochen)
- 3–4 Wochen, zweimal pro Woche, 1,5 Stunden
- 4–8 Teilnehmer
- Indikationsstellung für themenzentriertes Arbeiten.

Die Ergotherapeutin teilt die Zeit in drei Phasen ein. Die Einstiegsphase (ca. 15 Minuten), die Arbeits- oder Gestaltungsphase (ca. 30–40 Minuten) und die Nachbesprechungsphase (ca. 30 Minuten).

Einstiegsphase

- Begrüßung der Teilnehmer und Vorstellung der Ergotherapeutin
- Vorstellung der Gruppenteilnehmer
- Inhalte und Ziele der ausdruckszentrierten Gruppe noch einmal bekannt geben
- Zeigen der Medien
- Bekanntgabe des Themas und der Sozialform
- Bekanntgabe von möglichen *Gruppenregeln*:
  - Hier kann nichts falsch gemacht werden.
  - Allen Gestaltungen ist mit Respekt zu begegnen.
  - Jeder versorgt seine Gestaltungen selbst.
  - Kein Sprechen über andere Gruppenmitglieder außerhalb der Gruppe zum Schutz des Einzelnen.
  - Persönliche Grenzen werden akzeptiert.
- Zeit für Fragen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die Bekanntgabe von Regeln, das Zeigen der Materialien und das Erklären der Gruppeninhalte verschaffen den Teilnehmern eine Orientierung. Auch wenn es für die Ergotherapeutin mühsam ist, so führt es doch zu mehr Akzeptanz und Sicherheit in der Gruppe.

Arbeits- oder Gestaltungsphase

- Abstinente, beobachtende Haltung (Scheiber 1995).
- Hilfestellung gering halten.
- Aufzeigen des zeitlichen Rahmens, 10 Minuten vor Beendigung der Gestaltungsphase darauf hinweisen.

Auch auf eine Rollendifferenzierung nach Schindler (1957/1958) (s. Kap. 2.4.1, S. 140ff) kann bei Gruppenarbeiten geachtet werden. Nach der Gestaltungsphase werden die Arbeitsmittel weggeräumt. Die Ergotherapeutin initiiert die dritte Phase der Gruppeneinheit, indem sie die Sitzform für die Nachbesprechung bestimmt. Die Gestaltungen sollen möglichst für alle Teilnehmer sichtbar sein. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die bewusst gewählt werden sollen:

- Alle sitzen um einen großen Tisch, in die Mitte wird jeweils die Gestaltung gelegt, die besprochen werden soll. So ist immer nur ein Werkstück im Blickfeld. Das gegenseitige Vergleichen und Bewerten kann bewusst verhindert werden. Diese Form der Betrachtung eignet sich besonders zu Beginn einer Gruppe.
- Sitzkreis: Jeder legt seine Gestaltung vor sich auf den Boden. Zu Beginn der Nachbesprechung können alle einmal um die Gestaltungen gehen und sie anschauen. Der Vergleich ist möglich. Dies bietet auch Identifikationsmöglichkeiten.
- Sitz-Halbkreis: Die Gestaltungen hängen/stehen als „Gegenüber" an der Wand. Konfrontation und Vergleich mit anderen ist hier besonders gegeben!

Nachbesprechungsphase

- Lenkung der Gesprächsführung durch Wiederholung des Themas und direkte Ansprache der Teilnehmer, der Patient soll:
  - die Gestaltung noch einmal betrachten
  - die Entstehung beschreiben
  - eigene Assoziationen äußern
  - Feedback durch andere Teilnehmer bekommen.
- Frühzeitiger Verweis auf das Ende der Gruppensitzung, um den zeitlichen Rahmen zu halten. (Scheiber 1995)

Die Ergotherapeutin leitet und lenkt die Nachbesprechung. Besonderheiten zu der Gesprächsführung werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Gesprächsführung in den Nachbesprechungen

Bei der Nachbesprechung und Aufarbeitung des Gestaltungsprozesses lenkt die Ergotherapeutin das Gespräch vor allem durch Fragetechniken. Sie unterstützt den Patienten in seiner Beziehungsaufnahme zum Objekt, indem sie offene Fragen stellt. Die Fragen beziehen sich auf den Ausdruck, das Sichtbare im Bild und die wahrnehmbaren Gefühlsqualitäten. Während der Patient seine Gestaltung und den Entstehungsprozess beschreibt, können folgende Wie- und Was-Fragen eine Konkretisierung fördern:

- Welche Farbe nimmt in dem Bild den meisten Raum ein?
- Was bedeutet für Sie diese Farbe?
- Welche Gefühlsqualitäten entdecken Sie in Ihrem Bild?
- Welcher Platz in Ihrem Bild/Ihrer Figur zieht Sie besonders an?
- Welche Stelle stößt Sie ab?
- Wie könnte das Gegenteil dieses Gefühlsausdruckes, den Sie heute gestaltet haben, für Sie aussehen?
- Wie könnte die Gestaltung heißen?
- Was kann verändert werden, damit es für Sie auszuhalten ist (bei ausweglos erscheinenden Bildinhalten)?
- Wie könnte das Bild aussehen, wenn dieses Problem gelöst ist?

Nachdem der Gestalter seine Assoziationen geäußert hat, können die Mitpatienten ihre Fantasien rückmelden. Von Bedeutung für den Patienten ist in erster Linie das, was er sich selbst erarbeitet. Äußerungen der anderen Teilnehmer können jedoch die Wahrnehmung des Gestalters erweitern und bereichern.

Ergotherapeutische Gesprächsführung

Sie zeichnet sich durch folgende Aspekte aus:

- Generell sollte die Ergotherapeutin sich zurückhalten. Gezieltes Feedback gibt sie im Anschluss an die anderen Teilnehmer.
- Wertungen sollten immer als Interpretationen angesprochen werden. In ihnen verbergen sich eigene Anteile des Sprechers. Die Ergotherapeutin interveniert, indem sie es als subjektive Wahrnehmung benennt.
- Die Ergotherapeutin deutet nicht. Freie Assoziationen zu Bildinhalten oder Symbolen gelten eben-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

falls als subjektive Wahrnehmungen. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil die Patienten gern auf das hören, was die Therapeutin sagt.
- Die Ergotherapeutin gibt Fragen an die Gruppe weiter, um ein Gespräch unter den Teilnehmern zu ermöglichen.
- Sie bezieht Schweiger mit in die Gruppe ein.
- Die Ergotherapeutin achtet darauf, dass sie während der Nachbesprechung von jedem Teilnehmer mindestens eine kurze Reflexion hört. Sie strukturiert die Zeit entsprechend.
- Weitere Interventionen können sein: Wiederkehrendes als solches zu benennen, Veränderungen gegenüber früheren Gestaltungen aufzeigen.
- Unterschwellige Konflikte werden von der Ergotherapeutin angesprochen. Was innerhalb der Gruppe passiert, soll auch in ihr geklärt werden. Es bedarf einer gezielten Gesprächsführung zum Umgang mit Konflikten.

Umgang mit Störungen und Krisen in Gruppen

Beispiele für Störungen:
- Starke Gefühle sind in der Gruppe spürbar: Wut, Trauer, Enttäuschung.
- Die Gruppe wirkt wie gelähmt.
- Unterschwellige Aggressionen sind zu spüren.
- Jemand wird angegriffen.
- Schweigen wird zum Machtkampf.

Die Ergotherapeutin kann gerade mithilfe der ausdruckszentrierten Methode Medien einsetzen, um Störungen zu klären. Supervision und Weiterbildung in der Gesprächsführung und Gruppendynamik sind empfehlenswert.

Interventionsmethoden

Gemaltes Blitzlicht

- Jeder bekommt ein Blatt Papier.
- Jeder soll sich eine Farbe auswählen (z. B. Jaxonkreiden):
  - Das eigene Empfinden in einer Bewegung mit der Farbe zum Ausdruck bringen oder
  - ein Symbol malen, was zur momentanen Situation passt.
- Jeder soll sein/e Bewegung/Farbe/Symbol auf dem Blatt mit der persönlichen Bedeutung beschreiben.
- Gegenseitig Rückmeldung anregen: Wie wirkt das auf die anderen? Wer findet Ähnlichkeiten? Wo sind Unterschiede in der Wahrnehmung?

Das eigentliche Thema bzw. die Störung kann nun sachlich besprochen werden. Zur sachlichen Klärung von Konflikten können folgende Gesprächstechniken angewendet werden:
- TZI-Regeln (themenzentrierte Interaktion, Cohn 2004)
- Feedbackstrategien (Fengler 2004).

Abgrenzung der ausdruckszentrierten Methode zur klinischen Kunst- und Gestaltungstherapie

Grundsätzlich gesehen sind die Bedingungen, unter denen Ergotherapeuten sowie Kunst- und Gestaltungstherapeuten arbeiten, meist die gleichen. Und doch gibt es Unterschiede, die die Inhalte der Arbeit betreffen.

Die theoretischen Hintergründe unterscheiden sich in hohem Maße. Die oben dargestellte Objektbeziehungstheorie wird von den Kunst- und Gestaltungstherapeuten innerhalb ihres komplexen Theoriehintergrundes ebenfalls benannt, wenn auch speziell auf tiefenpsychologisch fundierter Basis. Die Gestaltungstherapie, wie sie vom Deutschen Arbeitskreis für Kunst- und Gestaltungstherapie (DAGTP) als vierjährige berufsbegleitende Weiterbildung angeboten wird, hat ihre theoretische Grundlage im psychodynamischen Krankheitsverständnis der Psychoanalyse und der Analytischen Psychologie (Schrode 1995).

Klinische Kunst- und Gestaltungstherapeuten verfügen nach abgeschlossenem Weiterbildungsstudiengang über 510 Stunden Selbsterfahrung in tiefenpsychologischer Psychotherapie. Darin enthalten sind Einzelselbsterfahrung sowie künstlerische Selbsterfahrung und Atelierarbeit. Dazu kommen 504 Stunden Methodikseminare zur therapeutischen Technik und Theorie sowie 206 Stunden Supervision. Während der Weiterbildung wird eine gestaltungstherapeutische Praxis von 680 Stunden erworben. Diese Zahlen können mit anderen Weiterbildungen in Psychotherapie durchaus konkurrieren und sprechen für sich (DAGTP 2008).

Ergotherapeuten erwerben mit einer Weiterbildung dieser Kategorie ein Fundament für ihre einzel- und gruppentherapeutischen Tätigkeiten und eine Erweiterung ihrer therapeutischen Kompetenzen. Die Psychodynamik als Wechselspiel zwischen Therapeut und Patient mit den Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen, Bildbetrachtungen und Deutungen, der Umgang mit unbewussten Inhalten von Bildern werden durch den hohen Selbsterfahrungsanteil zugänglich gemacht. Die tiefenpsychologisch fundierte Sichtweise stellt eine Möglichkeit therapeutischen Vorgehens dar.

Aus Sicht der Ergotherapie bietet sich mit der ausdruckszentrierten Methode eine andere Vorgehens-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

weise an. Das Bild und die Gestaltung werden als Momentaufnahmen gesehen. Der Fokus richtet sich auf aktuelle Stimmungen und Gedanken des Patienten. Die Inhalte, die in der momentanen Situation eine Bedeutung für den Patienten haben, werden angeschaut. Dabei geht es auch um die Integration schwer zu ertragender Gefühlsqualitäten, jedoch nicht um eine tiefergehende Aufarbeitung früherer Beziehungsmuster. Einen theoretischen Hintergrund dieses Umganges mit Emotionen findet die Ergotherapie vielleicht eher in verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Ergotherapeuten brauchen diese Bezüge auch für ihre professionelle Haltung den Patienten gegenüber. Die kognitive Verhaltenstherapie hat erfolgreiche Ansätze für den Umgang mit Emotionen entwickelt. Übungen zur Emotionsregulation oder Stresstoleranz könnten auch in Verbindung mit der ausdruckszentrierten Methode eingesetzt werden. Hierzu findet sich Näheres im Kapitel zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (s. S. 235ff).

Der Versuch einer Abgrenzung macht darüber hinaus trotz allem deutlich:

- Ergotherapeuten benötigen einen eindeutigen theoretischen Bezugsrahmen innerhalb ihres Arbeitssettings.
- Ergotherapeuten können mit dieser Methode innerseelische Konflikte des Patienten berühren, für die ein Raum der Bearbeitung gegeben sein muss. Hier kann auch das interdisziplinäre Team genutzt werden.
- Ergotherapeuten brauchen spezielle Kenntnisse in der Gesprächsführung wie auch über psychodynamische Prozesse.

Wahrnehmungszentrierte Methoden

Beate Kubny-Lüke

Wahrnehmungszentrierte Methoden in der Ergotherapie stellen die Sinneswahrnehmung und die Körperwahrnehmung in den Vordergrund der therapeutischen Arbeit. Dabei handelt es sich in der Regel um ein prozessorientiertes Vorgehen, währenddessen dem Patienten sensorische Erlebnisse und sensomotorische Erfahrungen in strukturierter Weise oder frei vermittelt werden, um

- seine Sinnes- und Körperwahrnehmung zu fördern und ihn für Sinnes- und Körpererlebnisse zu sensibilisieren
- ihn zu unterstützen, seine Sinnes- und Körperwahrnehmung und ihren Bezug zu äußeren und inneren Reizen wahrzunehmen
- ihn dabei zu fördern, seine Sinnes- und Körperwahrnehmung besser zu integrieren und damit seine neurophysiologischen Voraussetzungen für höhere kognitive Leistungen zu unterstützen
- ihn dabei zu unterstützen, Auswirkungen, die die sensorische und die Körperwahrnehmung auf die affektive Gestimmtheit sowie die sozioemotionale Situation wechselseitig aufeinander haben können, zu erkennen
- ihm die Möglichkeit zu eröffnen, sensomotorische Aktivitäten und sensorische Erlebnisse zur Eigenstimulation bzw. -beruhigung zu nutzen.

Körperorientierte Vorgehensweisen sind in der Psychiatrie schon lange bekannt und werden bei einer Vielzahl von psychischen Erkrankungen angewandt. Es kann sich hierbei um rein funktionelle körperliche Maßnahmen handeln (z. B. Massagen oder Sporttherapie), um Angebote, bei denen Körpererfahrung mit Psychotherapie kombiniert wird (z. B. die Konzentrative Bewegungstherapie oder die Bioenergetik), um Angebote, bei denen eine körperorientierte und gestalterische Psychotherapie kombiniert werden (Budjuhn 1992, Pankow 1968, Schottenloher 1989), sowie um neurophysiologisch ausgerichtete Therapieformen (z. B. die sensorische Integrationstherapie nach J. Ayres oder auch die aus der Sonderpädagogik kommende basale Stimulation nach Fröhlich).

Im Folgenden werden nun die sensorische Integrationstherapie, die basale Stimulation und die Konzentrative Bewegungstherapie als wahrnehmungszentrierte Methoden dargestellt. Um diese Therapiemethoden als Ergotherapeutin fundiert und gezielt einzusetzen, werden Zusatzqualifikationen benötigt.

Auch ohne eine dieser Zusatzausbildungen ist es jedoch möglich, den Aspekt der sensorischen Wahrnehmung und Körperwahrnehmung in die ergotherapeutische Behandlung verstärkt einzubeziehen. Dies gelingt zum einen dadurch, dass Tätigkeiten und Materialien unter dem Aspekt der in ihnen enthaltenen sensorischen Erfahrungsmöglichkeiten ausgewählt und eingesetzt werden. Zum anderen kann durch die Bereitstellung von entsprechenden Materialien und Medien (z. B. Fühlbäder unterschiedlicher Qualitäten, Schaukelstuhl, Hängematte) eine Umwelt für den Patienten geschaffen werden, die ihn zum Wahrnehmen einlädt.

Eine weitere Möglichkeit, wahrnehmungszentriert in der Ergotherapie zu arbeiten, sind angeleitete Übungen zur Körper- und Wahrnehmungserfahrung, z. B. indem Körperteile (z. B. die Hände, die Füße, der Rücken) in Einzel- oder Partnerübungen mit gestalterischen Medien und/oder sensomotorischen Übungen gezielt erfahren werden.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Angeleitete Körpererfahrungen der Hände – Möglichkeiten

***Gestalterische* Übungen für die Wahrnehmung der Hände:**

- Handabdruck in Ton
- Handumriss umfahren
- Hand zeichnen
- Hand in Ton modellieren
- Gipsabdruck einer Hand erstellen, diesen mit Gips ausgießen.

***Sensomotorische* Übungen für die Wahrnehmung der Hände:**

- Hände reiben oder kneten
- Hand mit einem Igelball massieren
- Hände selbst eincremen oder eincremen lassen
- Hände in Fühlbäder unterschiedlicher Qualitäten tauchen
- Wahrnehmungsspiele: „Tasten und Erkennen von Gegenständen und Materialien".

SI-Therapie in der Psychiatrie

Die sensorische Integrations-(SI-)Therapie nach Jean Ayres ist ein Therapiekonzept, mit dem Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen vor allem bei Kindern behandelt werden. Sie findet daher im psychiatrischen Bereich vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ihren Einsatz.

Hier ist heute unbestritten, dass Kinder mit Wahrnehmungsstörungen ein erhöhtes Risiko für andere psychiatrische Auffälligkeiten haben. Eingeschränkte Körperwahrnehmung, tägliche Misserfolge in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen oder Schwierigkeiten in der Schule führen fast immer zu einem geringen Selbstwertgefühl und niedrigem Selbstbewusstsein und damit zu einer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung.

Somit können Wahrnehmungsstörungen ursächlich bzw. komorbid bei verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern (wie z. B. bei der emotionalen Störung, bei der einfachen Aufmerksamkeitsstörung, bei der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens) auftreten.

SI-Therapie in Kombination mit klassischer Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Möglichkeit, den betroffenen Kindern zu helfen. Allerdings sind die strukturellen und inhaltlichen Bedingungen nicht gleichzusetzen mit den Möglichkeiten einer SI-Therapie, beispielsweise in einer ergotherapeutischen Praxis.

Aufgrund der geringen Verweildauer der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Anschluss an den stationären Aufenthalt meist noch eine ambulante SI-Therapie erforderlich (s. Kap. 5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Auch in der Erwachsenenpsychiatrie wird in den letzten Jahren zunehmend davon ausgegangen, dass die sensorische Integrationstherapie durch bahnende und hemmende Hilfen die Organisation von Sinnesreizen psychiatrischer Patienten positiv beeinflussen kann mit dem Ziel, grundlegende Voraussetzungen beim Patienten zu schaffen, damit sich dieser innerlich geordnet auf weitere Therapieangebote einlassen kann (Scheepers 2000, Kubny-Lüke 1993, Scheepers 1997, Hesse u. Königer 1998, Hesse u. Prünte 2003 a–c, Hesse 2005).

Die Hypothesenbildung fußt u. a. auf jüngeren Erkenntnissen der Psychoseforschung, die im sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin u. Spring 1977, Ciompi 1982, Wienberg 1995) dargestellt werden. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell versteht die psychotische Dekompensation des Erkrankten als eine Folge der ausgeprägten und den Betroffenen zunehmend stärker verunsichernden Informationsverarbeitungsstörungen. Phänomene wie assoziatives kognitives Geleiten, Handlungsdyspraxien, Störungen der selektiven Aufmerksamkeit u. a. gehen der psychotischen Dekompensation häufig schon lange voraus und klingen auch erst einige Zeit nach der akuten Erkrankung wieder ab. Man spricht hierbei auch von den sogenannten Basisstörungen (Süllwold 1986). Die beschriebenen Informationsverarbeitungsstörungen lassen auf eine inadäquate Wahrnehmungsverarbeitung beim Patienten schließen. Auf diese kann je nach dem Zustandsbild durch sensorische Angebote stimulierend oder beruhigend eingewirkt werden, um die inneren Voraussetzungen für höhere kognitive Leistungen zu unterstützen.

Um das Konzept der sensorischen Integrationstherapie auf die Arbeit mit erwachsenen Psychosekranken anzuwenden, braucht die Therapeutin Kenntnisse und Erfahrungen in der SI-Therapie nach J. Ayres, die über berufliche Weiterbildung erworben werden können.

Die Sensorische Integrationstherapie wurde von J. Ayres als ein Therapiekonzept für Kinder entwickelt (Ayres 2002, Borchert et al. 2005, Lande et al. 2006, Roley et al. 2007, Schaefgen 2007). Die im Rahmen der SI-Therapie entwickelten neurophysiologisch begründeten Befundsysteme und Behandlungsstrategien lassen sich nicht einfach auf die Arbeit mit erwachsenen psychisch Kranken übertragen. Es bedarf hier einer wohlüberlegten Anpassung des Behandlungskonzeptes, die immer fallspezifische individuelle biografische, psychosoziale und psychodyna-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

mische Besonderheiten des Patienten berücksichtigen muss.

Basale Stimulation – ein Behandlungsangebot der Gerontopsychiatrie

Die basale Stimulation nach Fröhlich stammt aus der Sonderpädagogik und wurde zur Behandlung schwerstbehinderter Menschen entwickelt (Fröhlich 1991). Mittlerweile wird sie von Ergotherapeuten auch bei der Behandlung von Demenzkranken in der Gerontopsychiatrie eingesetzt.

Jeder Mensch benötigt zur Eigenwahrnehmung einen gewissen sensorischen Input. Er entsteht aus der Eigenbewegung und der damit verbundenen Begegnung mit der Umwelt. Fehlt diese, wie z. B. im späten Stadium der Demenz (s. Kap. 5.2, S. 337ff), reduzieren sich die sensorischen Wahrnehmungsmöglichkeiten und ein Selbstgefühl kann nur erschwert aufgebaut werden bzw. schwindet. Es kann zu Stereotypien oder selbstverletzenden Verhaltensweisen kommen. Mithilfe der basalen Stimulation wird versucht, mangelnde sensorische Erfahrungen zu kompensieren.

Im Umgang mit schwer demenzkranken Menschen bieten sich vielfältige Möglichkeiten, die basale Stimulation einzusetzen. Sowohl im Rahmen von Pflegehandlungen wie Waschen und Anziehen als auch in der Ergotherapie können sensorische Erlebnisse und Körperkontakt vermittelt werden. Über rhythmische Übungen, Vibrationsempfindungen, Wärme- bzw. Kälteerlebnisse auf der Haut und optische Reize (z. B. in Snoezelräumen) kann ein Kontakt zum Demenzkranken gesucht werden. Grundlegendes Ziel aller therapeutischen Aktivitäten bei Demenzkranken ist es, die sensorische und kommunikative Isolation zu überwinden und den Betroffenen eine aktive soziale Anteilnahme zu eröffnen.

Konzentrative Bewegungstherapie

Anne Marie Stein

Als leiborientiertes, psychotherapeutisches Verfahren ermöglicht die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT), die Einheit von Körper, Gefühl, Denken und Handeln zu erfahren. Dabei greifen KBT-Therapeuten, wie auch in der Ergotherapie üblich, handlungsbezogene Aspekte auf, jedoch mit dem Schwerpunkt der persönlichen Körperwahrnehmung im „Hier und Jetzt".

Während jeder körperlichen Wahrnehmung seit der frühesten Kindheit und auch bereits vorgeburtlich entsteht ein Leibgedächtnis. Darin sind Erinnerungen an positive und negative körperliche Erfahrungen (z. B. liebevolle Zuwendung oder Mangelerleben) ein Leben lang gespeichert und ggf. über Wahrnehmungsangebote körperlich erinnerbar. Unsere Erfahrungen finden physisch, psychisch und kognitiv in Eindrücken, Haltungen (Fehlhaltungen), Spannungen, im Verhalten und in einer besonderen, eigenen Art zu fühlen, zu denken und zu handeln einen persönlichen Niederschlag. So verfügt jeder Mensch über seine ganz eigene verkörperte Lebensgeschichte. Der Körper erzählt seine Geschichte, wenn wir seine Sprache verstehen und deuten können.

Der Körper, den ich habe, das bin ich. Über dessen Beachtung, über das Erspüren und Erleben des Körpers lässt sich z. B. ein instabiles, fragmentiertes Ich an realen Gegebenheiten überprüfen, neu erfahren, begreifen und in einem neuen Selbstbezug stabilisieren.

Arbeitsweise

Die Konzentrative Bewegungstherapie war anfangs eine, vorrangig in der Behandlung von neurotisch strukturierten Patienten angewandte, leiborientierte, psychotherapeutische Methode, „... bei der Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln genützt werden. Auf der Basis von entwicklungs- und tiefenpsychologischer sowie lerntheoretischer Denkmodelle werden unmittelbare Sinneserfahrungen verbunden mit psychoanalytisch orientierter Bearbeitung. (...) Im Umgang mit Materialien und Personen (Objekten) wird, neben den realen Erfahrungen, ein symbolisierter Bedeutungsgehalt erlebbar. Die differenzierte Wahrnehmung ermöglicht ein Vergleichen eigner Einstellungen und eigenen Verhaltens zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Situationen, im Umgang mit verschiedenen Gegenständen und Partnern. Das Erproben neuer Wege kann fixierte Haltungen und Fehlerwartungen abbauen. Die Fähigkeit zu wählen und zu entscheiden, wird wieder gewonnen und weiterentwickelt. Wesentlich ist dabei – in Abhebung von anderen psychotherapeutischen Verfahren – dass Leibliches die Grundlage und das Beziehungsfeld für individuell-eigengesetzliche physische, psychosomatische und psychische Abläufe bildet. Die aktualisierten Inhalte werden so konkret erfahrbar, die Problematik wird begreifbar und kann weiter bearbeitet werden. Dies kann durch Auseinandersetzung mit der Körpererfahrung im Hier und Jetzt geschehen oder durch verbale Interpretation der aus bewusster und unbewusster Lebensgeschichte aufgetauchten Inhalte. Auf beiden Wegen können sich Veränderungen im Sinne einer Persönlichkeitserweiterung entwickeln." (Deutscher Arbeitskreis für Konzentrative Bewegungstherapie 2003) Kompetenzen in der KBT können durch Weiterbildung erworben werden.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Durch ein Zertifikat des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT) erhält die Therapeutin die berufsrechtliche Erlaubnis zur Durchführung der Methode als Therapie.

Inzwischen haben KBT-Therapeuten den Therapieansatz modifiziert und publiziert und sich dabei auch zunehmend der Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder angenommen.

Krietsch und Heuer (1997) nennen vier KBT-Leitthemen für die Grundlagenarbeit mit psychosekranken Menschen, die auch für die ergotherapeutische Behandlung gelten können:

- Beziehung zum eigenen Körper
- Beziehung zu Raum und Zeit
- Beziehung zu Dingen (unbelebte Objekte)
- Beziehung zu Mitmenschen (belebte Objekte).

Seelisches Erleben wird demnach spürbar durch:

- die Wahrnehmung unserer Sinne
- die Wahrnehmung von Raum, Zeit und Grenzen
- die Wahrnehmung von Bewegungen und Handlungen
- die Wahrnehmung von Beziehungen zu Dingen und Menschen und zum eigenen Körper.

KBT-Angebote sind keine nonverbalen Therapieangebote. In der therapeutischen Beziehung (und auch in anderen Beziehungen) entstehen Gefühle, die wir nicht kontrollieren können, deshalb muss die Art, wie sich Gefühle ausdrücken, besprochen und reflektiert werden. Die verbale Auseinandersetzung mit dem Erlebten ist also ein wesentlicher Teil des therapeutischen Prozesses.

Therapie mit strukturierten KBT-Angeboten

KBT-Behandlungsansätze in der Therapie von psychiatrischen Krankheitsbildern beinhalten schwerpunktmäßig strukturierte Erfahrungsangebote der Körperwahrnehmung, vergleichbar dem strukturierten Vorgehen in der ergotherapeutischen Behandlung (Klarheit, Begrenzung, Absicherung, Konzentration auf das Wesentliche).

Diese Erfahrungsangebote entsprechen einem Urbedürfnis des Menschen nach Struktur und bilden die Basis für emotionale Strukturen. „Ver-rückungen“ in der Wahrnehmung der Selbst- und Weltbezüge werden dabei spürbar und nachvollziehbar. Sie sind an realen Gegebenheiten zu überprüfen. Durch eine reale Selbstwahrnehmung ist die Präsenz des eigenen Körpers zu bestärken und die basalen Ich-Dimensionen (Scharfetter 1985) sind zu stabilisieren.

Der Ausdruck einer Psychose kann als Abbild von Gefühlen verstanden werden. Einige sind zu benennen: Angst, Traurigkeit, Wut usw. „Ver-rückte“ Zustandsbilder sind aber auch oft ein Ausdruck von Befindlichkeiten, die sich nicht in Worten (= Symbolen) ausdrücken lassen. Sie brauchen eine Hinführung, ein Verdeutlichen dessen, was den Menschen gefühlsmäßig bewegt, z. B.:

- Sich nicht „richtig“ fühlen führt zu einer elementaren Verunsicherung, Angst und zu innerem Druck.
- Beim Stimmen hören wird die Umwelt ggf. bedrohlich erlebt.
- Körperlich (nicht reale) Fragmentierungen lösen extremes Unbehagen und Gefühle der Verlorenheit aus.
- Handlungsunfähigkeit kann in einer inneren Gelähmtheit, in empfundener Unklarheit und in purem Entsetzen begründet sein.
- Kontaktmangel unterstützt „Ver-rückungen“ und verstärkt Einsamkeit.
- Angst vor Nähe wird empfunden, wenn Nähe und Distanz nicht relativiert werden können, wenn die eigene Grenze nicht deutlich ist oder gewaltvoll überschritten wurde.

Erfahrungsangebote der KBT setzen bei Therapeuten ein sicheres Selbst- und Körperbewusstsein voraus. Eine umfassende Schulung in der Körper- und Selbstwahrnehmung und fundierte Kenntnisse physischer, psychischer und körperpsychotherapeutischer Zusammenhänge sind vorauszusetzen. Für den Patienten müssen vertrauensbildende Maßnahmen den körpertherapeutischen Angeboten vorangehen.

Wenn wir die körperliche Wahrnehmung in die Behandlung psychisch erkrankter Menschen mit einbeziehen, offenbaren sich deren Not, das ganze seelische Dilemma und ihr Leiden. Schon ganz normale alltägliche Abläufe überfordern diese hoch empfindsamen Menschen, die aufgrund einer anderen Wahrnehmung der Welt anders agieren und reagieren. So erklärt sich deren Tendenz, sich in eine eigene Welt zurückzuziehen, daraus, dass sie von sich aus in der Welt nur wenige gesicherte Bezüge herstellen können.

Das Körpererleben psychoseerfahrener Menschen ist auf allen Ebenen menschlicher Wahrnehmung mehr oder weniger tief greifend beeinträchtigt.

Sie nehmen den Zusammenhang des Körpers und der Körpergrenzen unzulänglich wahr und begreifen sich oft nicht in persona (mangelnde Ich-Konsistenz; s. Scharffetter 1985).

Um sich in einer funktionalen Ganzheit zu erfahren, müssen der Übergang, der Zusammenhang einzelner Körperbereiche und der Körperaufbau durch KBT-Angebote deutlich werden (Scheepers 1993). Denn Aufmerksamkeit auf Erfahrungen mit anderen Menschen und mit Gegenständen kann nur derjenige

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

lenken, der die Gewissheit hat, einen eigenen Körper zu haben.

Erstes Ziel ist es also, die Präsenz des eigenen Körpers spürbar zu erleben und zu verankern. Weitere Ziele lassen sich, an ergotherapeutischen Indikationen orientiert, nach den von Scharfetter entwickelten fünf basalen Dimensionen formulieren (Scharfetter 1985, Stein 2000a, 2000b).

Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsbehandlung

Psychiatrische Patienten haben oft Berührungsängste. Unsicher im Umgang mit Nähe und Distanz fühlen sie sich manipuliert oder fremdbestimmt. Sie nehmen ihren Körper oder Körperteile verändert oder als nicht existent wahr. Das kann zu verschiedenen Eindrücken führen, z. B.: „Ich habe keine Füße mehr!“ oder „Ein Fuß ist ganz groß und der andere ist ganz klein.“ Der Körper wird undeutlich, oft als nicht zusammenhängend erlebt oder ist gar nicht präsent. Die Patienten erleben dies als ihre Realität und leiden unter dem Verlust und der „ver-rückten“ Wahrnehmung. Ein symbolisches Verständnis kann nicht hergestellt werden.

Das Empfinden, keine Füße zu haben, kann verschiedene symbolische Bedeutungen beinhalten, z. B.: „Ich kann nicht gehen, wohin ich will.“ oder „Ich kann nicht stehen, kann keinen Standpunkt einnehmen.“ Die körperliche Wahrnehmung und der gefühlsmäßige Zusammenhang können vom psychisch kranken Menschen sehr wahrscheinlich nicht benannt werden.

Bewegungstherapeutische Angebote der KBT können an frühkindliche Erfahrungsebenen anknüpfen. Entsprechende körpertherapeutische Angebote tangieren vorverbale Entwicklungsphasen und ermöglichen entsprechende Körpererinnerungen. Die sogenannten Frühen Störungsbilder haben ihre Manifestation in einer Entwicklungsphase, während der ein Mensch noch keine Sprache zur Verfügung hat. Sie sind deshalb mit überwiegend verbalen Psychotherapieangeboten oft nicht grundlegend zu behandeln. Auch die späteren Entwicklungsphasen werden infolge einer Frühen Störung beeinträchtigt. Die Patienten sind dann oft „sprachlos“ in Bezug auf ihr psychisches Erleben.

Auch bei depressiven Erkrankungen, die mit frühen Störungsanteilen einhergehen, bieten sich KBT-Angebote zur Stabilisierung des Patienten an. Im Vordergrund stehen hier die Förderung von Wachheit, Lust, die Welt zu erfahren und sich zu spüren und zu bewegen. Bei psychotherapeutischer Indikation kann durch KBT Offenheit als Basis zur Bearbeitung diverser Traumata entwickelt werden. Qualitativ neue Körpererfahrungen münden dann in eine psychotherapeutische Bearbeitung, durch die psychische Inhalte in einen neuen Sinnzusammenhang gestellt werden können.

Zusätzlich zu den krankheitsbedingten Störungen in der Körper- und Selbstwahrnehmung führt die Behandlung mit Neuroleptika bei psychisch Kranken ggf. zu einer weiteren Beeinträchtigung des Körpererlebens und bedarf der Beachtung. In ihrem Beitrag „Empirische Untersuchungen zum Körpererleben in der Schizophrenie“ weisen Röhricht und Priebe (1998) auf Studien hin, die verdeutlichen, dass sich Patienten während einer Neuroleptikabehandlung deutlich anders einschätzen als gesunde Menschen. Sie zeigen diesen gegenüber größere Abweichungswerte und signifikante Über- oder Unterschätzungen sowie Auffälligkeiten im Körperbild und -schema.

Während einer Wahrnehmungsbehandlung, z. B. der Füße, ist es empfehlenswert, die Füße zuerst mit warmen Sandsäckchen zu belegen oder mit Igelbällen abzurollen, um sie präsent zu machen. Danach werden die Füße deutlich wahrgenommen und eine Reintegration der abgespalteten Selbstanteile wird angebahnt.

Beispiel: *Bewegungstherapeutische Intervention für die Füße*

„Gehen Sie im Raum, spüren Sie die Beschaffenheit des Bodens (warm, kühl, glatt, rau etc.), richten Sie ihre Aufmerksamkeit auf die Gegenstände am Boden, spüren Sie mit Ihren Füßen, welche Unterschiede Sie wahrnehmen (z. B. weich, hart, rund, eckig, lang oder kurz). Nehmen Sie die Gegenstände mit der Ferse wahr, mit dem Mittelfuß, an den Zehen. Rollen Sie den Ball mit einem Fuß schnell hin und her, bis der Fuß warm wird, vergleichen Sie die Wahrnehmung beider Füße miteinander …“ usw.

Durch die geleitete Fokussierung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Körperbereiche und auf verschiedene Materialien werden der eigene Körper sowie belebte und unbelebte Objekte zunehmend deutlicher und präsent wahrgenommen. Über das Erfahren des Körpers, durch das Benennen der Körperbereiche, der wahrnehmbaren Strukturen und der körperlichen Zusammenhänge kann sich körperliche Gewissheit, Ich-Stabilität und -Identität entwickeln und ein Bezug zur inneren Affektlage kann entstehen. Patienten lernen, sich selbst besser zu beachten und zu den eigenen Bedürfnissen „hin-zu-spüren“, „wahr-zu-nehmen“, was sie brauchen, auszuprobieren, wie sich ein Eindruck positiv verändern lässt.

Aus der Erfahrung, dass sich schizophrene Patienten selbst berühren können und damit die eigene

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Körperwahrnehmung überprüfbar wird, lässt sich nicht die Regel ableiten, dass dies eine günstige Intervention ist. Bei vielen Patienten löst das Sich-selbst-Berühren große Ängste und Gefühle der Verlorenheit aus. Immer wenn mit Körperberührung an sich selbst, aber auch von der Therapeutin ausgehend therapiert wird, sind äußerste Vorsicht, Achtsamkeit, viel Einfühlungs- und Reflexionsvermögen gefordert. In der KBT können Intermediärobjekte eingesetzt werden, um den Körper erfahrbar zu machen: ein Ball, mit dem die Kontur des Körpers abgerollt wird, ein Tuch, auf dem ein Bein liegt, das angehoben und bewegt wird. Die direkte Berührung unterbleibt (vorerst).

KBT-Angebote bedeuten Beziehungsarbeit

Der Patient erobert sich seinen Körper durch die KBT-Erfahrung als persönlichen Bezugspunkt in der Welt (zurück). An ihm kann er die Welt und das Geschehen messen und in gute oder schlechte Erfahrungen einordnen. Er entwickelt Maßstäbe, Orientierungen, Werte und Strukturen, die er angenehmen oder ablehnen kann.

In der Behandlung geht es zuerst um die Förderung der Beziehung zum eigenen Körper:

- Beziehung zum eigenen Körper = Beziehung zum ICH
- Beziehung zur Therapeutin = Beziehung zum DU
- Beziehung zu anderen Personen = Beziehung zum WIR
- Beziehung zu Objekten = Beziehung zur (Objekt-) WELT.

Die KBT-Therapeutin nimmt an den Körpererfahrungsangeboten ggf. teil. Wenn die Patienten durch den Raum gehen, geht sie auch durch den Raum. Dies bietet der Therapeutin die Möglichkeit, die Patienten im Sinne eines Hilfs-Ichs zu unterstützen, wenn diese sich nicht wahrnehmen können. Die Therapeutin äußert z. B., was sie beim Gehen wahrnimmt. Patienten finden über diesen Weg zu Worten für das Erfahrene und zu einem neuen Selbstverständnis.

Psychotisch kranke Menschen werden zu Beginn der KBT-Behandlung dazu angeleitet, Erfahrungsangebote mit offenen Augen durchzuführen. Sehen zu können bietet die Möglichkeit, zu überprüfen, was passiert, und ermöglicht es, die Kontrolle über das Handeln zu behalten. Dies wirkt Ängsten entgegen. Sobald sich eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung entwickelt hat, kann der Patient während eines Erfahrungsangebotes dazu aufgefordert werden, die Augen zu schließen. Sehr aufmerksam muss dann darauf geachtet werden, dass die Situation den Patienten nicht überfordert. Unterstützend wirkt, wenn während der Übung der verbale Kontakt zum Patienten aufrechterhalten bleibt. Denn wenn der psychotische Mensch die Beziehung zu sich und den Mitmenschen verliert, verliert er sich selbst und den realen Bezug zur Welt.

Einzeltherapie oder Gruppentherapie?

Zu Beginn einer KBT-Behandlung, bei sozialen Ängsten oder einer stark beeinträchtigten Selbstwahrnehmung kann eine Einzeltherapie als vertrauensbildende Maßnahme und zum Aufbau des realen Selbstbezugs angebracht sein. Zunächst sind es oft einfache räumliche Bezogenheiten, die (wieder) erfahren werden müssen, denn der äußere Raum wird, ähnlich wie der Körperraum, als nicht begrenzt erlebt. Höhe, Breite und Tiefe des Raumes sind nicht nachvollziehbar. Gerade der psychotische Patient hat in weiten Bereichen die realistische Wahrnehmung verloren und muss bei jedem Rezidiv in der Selbst- und Fremdwahrnehmung erneut stabilisiert werden.

Während der Erststabilisierung werden die Vertrauensbildung und erste Selbstbezüge gefördert. Sozio- und bewegungstherapeutische Angebote (Stein 2000a, 2000b) können die medikamentöse Therapie unterstützen, ergänzen und erweitern. Motivation wird gefördert und die Überzeugung, in einem Feindesland zu leben, relativiert.

Nach dieser Stabilisierung werden die körpertherapeutischen Angebote als Gruppentherapie, d. h. in einem sozialen Kontext, fortgesetzt. Der Patient hat nun differenziertere Wahrnehmungsmöglichkeiten, die es ihm erlauben, seine Erfahrungen und sein Verhalten mit dem der anderen Gruppenteilnehmer zu vergleichen. Dieser Vergleich ist in vielen Variationen hilfreich: zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Situationen und im Umgang mit verschiedenen Partnern und Gegenständen.

Neue Erfahrungen unterstützen das „Richtig-sein“

Der Patient sammelt vielfältige Erfahrungen in der Gruppentherapie, z. B. Halt finden, gesehen werden, Mitgefühl und Akzeptanz erleben, verstanden sein, auch ohne Worte (oder gerade ohne Worte!) durch eine Person des Vertrauens oder durch Gruppenteilnehmer. Die Erfahrung, dass da jemand ist, der bestätigt, dass ich das, was ich wahrnehme, richtig sehe, fühle, rieche usw., ist von wesentlicher Bedeutung.

In der frühen Kindheit ist es in der Regel die Mutter, die sich die Zeit nimmt, dem kleinen Kind zu sagen: „Der Ball ist rot.“ Das Kind spricht es nach und die Mutter bestätigt ihm: „Ja, der Ball ist rot.“ Jetzt weiß es das Kind. Das lässt sich auf alle Grunderfahrungen übertragen. Menschen, denen diese bestätigende In-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

stanz fehlte oder die den Bezug hierzu verloren haben, sind unsicher in der Welt und nicht geborgen. Sie wissen nicht, wie sie ihre Wahrnehmung der Welt benennen sollen, wissen nicht, was richtig und was falsch ist, können sich nicht entscheiden und nicht sagen, was ihnen guttut (Ambivalenz). Es entsteht der Eindruck „mit mir stimmt etwas nicht“ oder „ich bin nicht richtig“. Ohne das sichere Gefühl von Zu(sammen)gehörigkeiten werden die Einsamkeit, die Verlorenheit und die Fremdheit in der Welt zunehmend größer.

Psychotisch erkrankte Menschen konnten oft noch nie spüren, wie es ist, sich klar und deutlich zu fühlen, und können sich deshalb auch nicht „be-greifen“ und „ent-sprechend“ äußern. Sie haben für ihre Wahrnehmung der eigenen Person, der Welt und der Mitmenschen häufig nur wenig Bestätigung gefunden. Dies kann dazu führen, dass psychotisch erkrankte Menschen ihrer Wahrnehmung und Sensibilität misstrauen und ihre Gefühle, als Maßgabe für ihre Bedürfnisse, nicht beachten. Sie sind deshalb schlecht gerüstet, mit Gefühlen und Konflikten umzugehen.

Es macht keinen Sinn, ihnen die Realität wörtlich nahe zu bringen. Sie brauchen die Körpererfahrung, um Gefühle entwickeln zu können. Diese Erfahrungen müssen immer wieder bestätigt werden, damit sie sich psychisch etablieren können.

Wir müssen also einen psychoseerfahrenen Menschen nicht von der Realität überzeugen, sondern ihm helfen, die Realität für ihn überprüfbar zu machen, und ihm diese bestätigen, damit er „richtig sein“ kann in seiner persönlichen Wahrnehmung der Welt.

Jeder Mensch braucht die Erfahrung, auf die eigene Art und Weise verstanden zu werden. Verbesserte psychische Gesundheit entsteht deshalb über die Entwicklung von Respekt und Achtung gegenüber den inneren Gedanken, Gefühlen, Wünschen und dem gewachsenen Selbstbild eines jeden Menschen. Sich selbst wahrzunehmen gibt Kraft und schützt davor, ins Unwirkliche abzugleiten.

Rückfallprophylaxe

Nach der Entlassung aus der Klinik kann KBT in ambulanter Behandlung präventiv fortgesetzt werden. Es gibt leider jedoch nur sehr wenige niedergelassene Ergotherapeuten mit der entsprechenden Zusatzausbildung! In der ambulanten Behandlung geht es darum, Rückfällen entgegenzuwirken. Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem Erhalt der „neu gesicherten“ Wahrnehmung und einer Erweiterung des stabilisierten Selbsterlebens.

Bei der ambulanten KBT-Behandlung erhalten die Patienten Wahrnehmungsangebote, die sie darin unterstützen zu spüren, was ihnen guttut, was ihnen hilft, Stabilität zu erfahren und sich den alltäglichen Problemen zu widmen. Das Bewerten von Stimmungen, schwierigen Erlebnissen und die Wahrnehmung der damit verbundenen Gefühle unterstützen den Patienten dabei zu verstehen, dass eine Realitätsverschiebung in einem Zusammenhang mit Gefühlsprozessen steht. Die Patienten lernen, mit emotional belastenden Situationen umzugehen, sich emotionalen Überforderungen nicht mehr auszusetzen bzw. ein sich schützendes Verhalten zu entwickeln.

Auch in dieser Phase steht in der KBT-Behandlung die Beziehung zum eigenen Körper im Vordergrund. Denn nur wenn der Mensch sich spürt, kann er eigenaktiv Beziehung zu sich und auch zur Außenwelt aufnehmen. Wenn dieser Prozess gelingt, dann entsteht ein „Spielraum zur Selbstentfaltung“ für den Patienten, der ihm die Offenheit ermöglicht, sich in der KBT oder Ergotherapie mit seinen Problemen auseinanderzusetzen.

Fallbeispiel

Ergotherapeutische Behandlung kombiniert mit Inhalten aus der KBT

Hier wird auszugsweise die Behandlung einer Patientin dargestellt, die seit einigen Jahren in ergotherapeutischer Behandlung ist und dazu zeitversetzt mit KBT-Elementen in Einzeltherapie behandelt wird. Dabei fließen Erfahrungsinhalte aus beiden Therapien zusammen, indem das Körpererleben in beiden Therapieformen thematisiert wird.

Diagnose: coenästhetische Schizophrenie

Symptome: Leibhalluzinationen

Die Patientin ist sich seit Längerem wieder der Existenz ihrer Füße nicht gewiss und spürt im Bereich der Lendenwirbelsäule einen Bruch. Der linke Arm wird als lang und dünn, der rechte als kurz und dick, mit einer übergangslos an den Fingern ausgeformten Hand wahrgenommen. Der Rücken wird im Schulterbereich höckerartig verformt empfunden. Dieser Wahrnehmung entspricht die geschwärzte Tonfigur **(Abb. 2.17a–b)**. Sie steht für das innere Selbstbild der Patientin.

Die Patientin hat bei Selbstberührungen eine Verstärkung ihrer Symptome. Sie kann sich jedoch während der Konzentrativen Bewegungstherapie berühren lassen (das ertragen andere Patienten meistens nicht). Über Bewegungen, oft unter Zuhilfenahme eines großen Spiegels, kann sie ihre Körperwahrnehmung überprüfen und realisieren. Dabei sieht und spürt sie ihre Haltung, korrigiert sich selbst erfahrend oder braucht einen Gegendruck, wenn sie sich (nicht real) nach rechts gezogen fühlt. Dadurch kann sie das innere und äußere Selbstbild

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

a

b

Abb. 2.17a–b Das innere Selbstbild einer Patientin mit Leibhalluzinationen (Farbtafel I). **a** Von vorne. **b** Von hinten.

immer wieder kurze Zeit realistischer in Übereinstimmung bringen. Es bedarf einiger wiederholter Erfahrungen, um dieses zu festigen. Die gewonnene Sicherheit kann bei einem erneuten Schub zerfallen und muss dann wiederhergestellt werden. Dabei kann es durch die Vorerfahrungen zu einer schnelleren Stabilisierung kommen (Stein 2000a, 2000b).

Das mit ihr besprochene Ziel ist, in der Ergotherapie und Konzentrativen Bewegungstherapie am Thema Selbstwahrnehmung zu arbeiten. In der Ergotherapie soll sie mit Ton einen Frauenkörper formen, der sich an der Realität, dem Fassbaren und Überprüfbaren ihres realen Körpers orientiert. Wir modellieren nebeneinander. So kann ich ihr bei Unsicherheiten vieles an meiner Tonfigur, ohne Eingriff an ihrer Figur, zeigen und schaffe Voraussetzungen für ein „Vorbildlernen" (Identifikation).

Es fällt der Patientin schwer, der Figur ausgewogene Proportionen zu geben. Immer wieder überprüft sie (tastend und schauend) die Länge der Beine. Durch Hinstellen der Figur neben meine und am eigenen Körper vergleicht sie die Proportionen.

Dabei sprechen wir über die Gelenke, die Verbindungsstellen des Körpers, über die Funktionen der Muskulatur, ihren Einfluss auf Aussehen und Bewegung eines Menschen. Mit dem relativ weichen Ton kann sie verschiedene Körper-, Arm-, Bein- und Kopfhaltungen ausprobieren (eine Erfahrung, die sie vorher in der KBT auch schon körperlich machen konnte).

So entsteht eine Figur **(Abb. 2.18a–b)**, die ohne Unterstützung auf starken Beinen und breiten Füßen stehen kann. Die Patientin zeigt Freude über diese fassbare Stabilität. Sie versucht, sich der „normalen Körperlichkeit" zu nähern. Dieser kraftvolle Körper in Ton wirkt nach innen, wirkt sich auf das Körperschema aus und macht es deutlich: „Es entsteht ein inneres Bild vom Körper."

Die folgende Aufgabe, eine Figur ohne paralleles Arbeiten mit der Therapeutin, nur durch Beobachtung und Ertasten der körperlichen Realität am eigenen Körper oder bei einer anderen Person herzustellen, macht ihr große Mühe. Sie weiß z. B. nicht, wie die Hüfte zu formen ist, prüft dies am eigenen Körper und bei einer anderen anwesenden Frau. Sie benennt, was sie dabei wahr-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

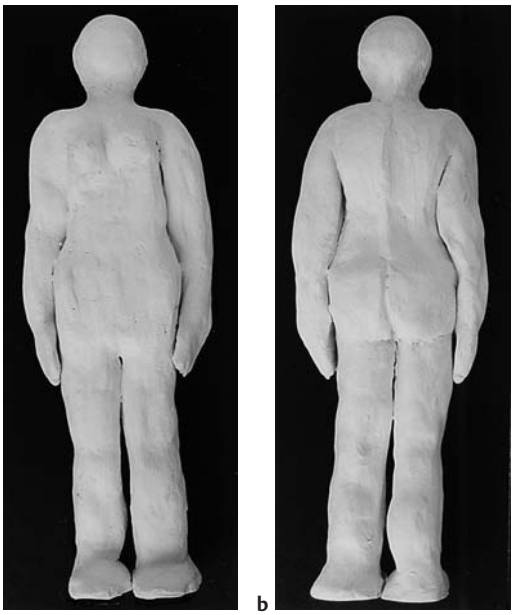

Abb. 2.18a–b Frauenkörper aus Ton, geschaffen durch „Vorbildlernen" am Modell der Therapeutin (Farbtafel II). **a** Fassbare Stabilität von vorne. **b** Stehen ohne Unterstützung von hinten.

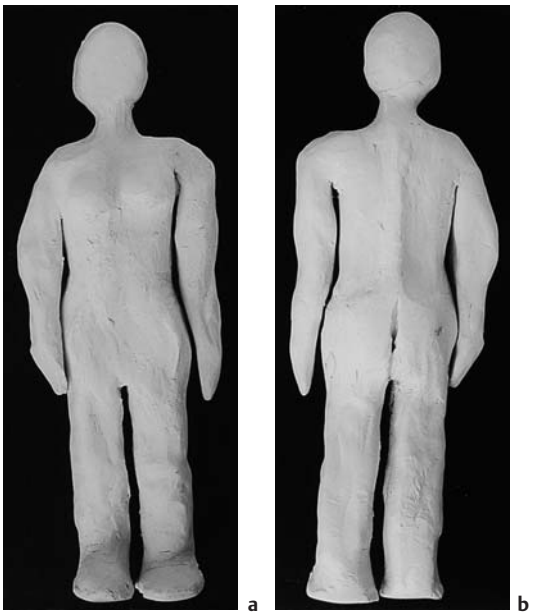

Abb. 2.19a–b Selbstständig geschaffene Figur der Patientin (Farbtafel II).

nimmt, mit Worten und kann dies dann auf die Figur übertragen. Die Figur **(Abb. 2.19a–b)** steht ohne Unterstützung, ist etwas kleiner und im Bereich der Arme eigenartiger ausgearbeitet, jedoch stark an der vorhergehenden orientiert.

Die nächste Figur **(Abb. 2.20)** ist ihre Lieblingsfigur. Sie wurde ohne Vorgabe gefertigt. Die Figur sitzt mit angezogenen Knien und einer nach links geneigten Kopfhaltung. Die Patientin stellt sich beim Modellieren selbst die Aufgabe, die rechte Schulter (am eigenen Körper und bei der modellierten Figur) mehr nach unten zu halten. Sie zieht real die rechte Schulter stark nach oben, weil sie sich nach rechts gezogen fühlt. So versucht sie, einen Gegenhalt herzustellen. „Halt und Haltung" sind schon seit Längerem Thema in der Therapie.

Diese vierte Tonfigur mag sie besonders, weil wie sie sagt, „… die Handhaltung verschmelzend ist und die Person nicht nur danach sucht, sondern Geborgenheit vermittelt. Sie strahlt Alleinsein mit dem Wunsch nach Kontakt aus."

„Offen sein für das, was kommt", so benennt sie die nun folgende Figur **(Abb. 2.21)**, da deren Hände funktional und offen sind. Sie findet also für die vierte und fünfte Figur einen körpersymbolischen Ausdruck für innerseelische Prozesse.

Zur nächsten Figur **(Abb. 2.22)** erhält sie die Aufgabe, einen tragfähigen Boden herzustellen, den sie zuerst so dünn gestaltet, dass er zerbricht. Sie ärgert sich darüber und fertigt einen neuen, stabileren Boden an. Darauf setzt sie eine „Erinnerungsmauer" und sagt: „Das ist eine Erinnerung an eine Mauer, die abgebrochen war, bei der die Ziegel doch nicht so stabil sind, wie ich dachte."

Die Mauer soll sie daran erinnern, den Boden nie mehr so dünn zu arbeiten und an eine Tonfigur, deren Beine nach einer Arbeitspause, beim Auspacken aus der Folie, abgebrochen waren: „Diese realitätsbezogene Figur mit abgebrochenen Beinen! Ich habe so geweint und kann doch nicht weinen über das, wie ich mich wahrnehme."

Vielleicht ist diese Mauer auch ein unbewusster Ausdruck für das nahe Therapieende, das durch den Umzug der Therapeutin verursacht wird. In den Worten der Patientin („Mauer, die abgebrochen *war*") liegt eine „zeitlich-räumliche" Unstimmigkeit, die es zu überprüfen gilt. Als Unterstützung und zur Überprüfung der Realität werden von der Patientin Fotos in verschiedenen Körperhaltungen gemacht, denn in der zweidimensionalen Abbildung (Foto) ihrer Person sieht und erlebt sie die körperlichen „Verkennungen" nicht und nimmt ihre Gestalt optisch real wahr. Es gilt also, die dreidimensionale Wahrnehmung zu festigen, von sich, den Dingen und der Welt, um realistische Bezüge zu stabilisieren.

Nach diesen Therapiesitzungen berichtet die Patientin, dass sie nun auf ihren Spaziergängen andere Men-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 2.20 Lieblingsfigur der Patientin „Halt und Haltung“ (Farbtafel III).

Abb. 2.21 „Offen sein, für das was kommt“ (Farbtafel III).

Abb. 2.22 Auf einem tragfähigen Boden steht die „Erinnerungsmauer“ (Farbtafel III).

schen betrachtet: „Ich sehe dann hübschere und hässlichere. Ich fange an zu gucken und vergleiche. Ich möchte endlich das Menschsein begreifen und meinen Körper.“

Ihre Erkrankung begann mit dem 16. Lebensjahr, mit „Personenverkennungen“, d. h., sie sah immer wieder in fremden Menschen bekannte Personen. Andere verfremdete Wahrnehmungen sind aus der Kindheit bekannt: „Schon damals beschäftigten mich Gesichter sehr mit ihrer Nuancierung, mit der ich nicht klarkam.“ Die Menschen sah sie dann „plastikartig“ und „puppenhaft“, später „wachsfigurenhaft“: „Ich habe es nie erfasst, wie es ist, ein Mensch zu sein, mit Gesicht und Körper, mit verschiedenen Hauttönungen und Ausprägungen.“ Aus der Anamnese ist bekannt, dass ihr wesentliche Berührungserfahrungen in der Kindheit nicht möglich waren. Sie entwickelte nicht die Fähigkeit, das Wesentliche der dreidimensionalen Wirklichkeit des Körpers wahrzunehmen und zu realisieren.

Mithilfe der KBT-Behandlung gelingt es ihr, sich damit zu „be-fassen“, wie die Teile des Körpers zusammengehören. Dadurch kann sie die eigene Körperlichkeit festigen und zunehmend der Destruktion des Ich-Bewusstseins entgegenwirken. Die KBT-Behandlung setzt an der Ich-pathologischen Störung an und ermöglicht, in Kombination mit ergotherapeutischen Mitteln durch das figürliche Gestalten, Erfahrungen an der Körpergrenze, mit den harten und weichen Anteilen des Körpers, seiner

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Stabilität, Beweglichkeit und dem Körperausdruck. Die Kombination von Ergotherapie und KBT hat es ermöglicht, Vorgehensweisen beider Therapien zu verbinden. Der körperliche Bezug wurde an sich selbst und durch das nachvollziehbare Gestalten eines Körpers in Ton dreidimensional überprüfbar gemacht. Dieses Vorgehen ermöglicht, ein inneres, plastisches Bild der Wirklichkeit zu entwickeln, und hilft, spürbare Selbstbezüge herzustellen und zu festigen.

2.4.2 Neuropsychologische Behandlungsverfahren – Hirnleistungstraining

Beate Kubny-Lüke

Die Neuropsychologie beschäftigt sich mit den sogenannten „höheren" Hirnleistungen oder auch kognitiven Leistungen. Neuropsychologische Störungen treten vor allem im Zusammenhang mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen auf.

Im Arbeitsfeld Psychiatrie begegnen Ergotherapeuten neuropsychologischen Störungen:

- Im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen in der Gerontopsychiatrie. Zu Beginn und im mittleren Verlauf der Demenz sind es vor allem die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis, die Orientierung und der Antrieb, die von der Erkrankung zunehmend stärker betroffen werden bis zu ihrem vollständigen Verfall im Zustand der fortgeschrittenen Demenz. Das Spätstadium der Demenz ist von einem generalisierten Abbau alltäglicher Handlungsfähigkeiten begleitet, das Sprachverständnis und die Sprachfähigkeit gehen weitgehend verloren, der betroffene Mensch regrediert auf das Niveau eines Kleinkindes und Säuglings. Ergotherapie unterstützt Demenzerkrankte vor allem im frühen und mittleren Stadium durch wahrnehmungsorientierte Angebote und kognitives Training. Ziel ist es, den Abbauprozess möglichst lange hinauszuzögern (s. Kap. 5.2).
- In der Allgemeinpsychiatrie z. B. bei Patienten mit einer schizophrenen Psychose. Jüngere Forschungen zeigen, dass Informationsverarbeitungsstörungen zur schizophrenen Erkrankung gehören. Nach dem Konzept der sogenannten Basisstörungen (Süllwold 1977) begleiten sie die Betroffenen lange vor und nach der akuten Erkrankung und beeinflussen ihr Erleben und Verhalten zum Teil sehr. Es handelt sich um Kernstörungen, die eine längere Zeit intensiv und stabil sind. Vor allem die Störungen der Konzentrationsfähigkeit lassen sich nur schwer therapeutisch beeinflussen. Neuropsychologische Behandlungsverfahren, wie z. B. das computergestützte kognitive Training, werden bei schizophrenen Patienten vor allem dann eingesetzt, wenn es gilt, das Gedächtnis, die Konzeptbildung und die Auffassung zu verbessern. Darüber hinaus hat das kognitive Training häufig einen positiven Einfluss auf die psychosoziale Verfassung der Betroffenen, z. B. das Interesse, den Antrieb, die Motivation und das Selbstwertgefühl (Suslow et al. 1998).
- Auch im Rahmen von Suchterkrankungen und bei affektiven Psychosen. Hier kann es zu kognitiven Leistungseinbußen kommen, die eine neuropsychologisch orientierte Behandlung notwendig machen.

Unter einem ergotherapeutischen Hirnleistungstraining bzw. einer neuropsychologisch orientierten ergotherapeutischen Behandlung versteht man die gezielte Therapie krankheitsbedingter Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen (Ferber et al. 2004). Behandelt werden zum einen Störungen der kognitionsstützenden und höheren Funktionen wie

- Aufmerksamkeit
- Konzentration
- Ausdauer
- Merkfähigkeit und Gedächtnis
- Reaktion

zum anderen die daraus resultierenden Störungen im Bereich der Handlungsfähigkeit und Problemlösung.

Da sich neuropsychologische Funktionsstörungen beeinträchtigend auf die Fähigkeiten zur Selbstversorgung, zur Alltagsbewältigung, auf das situationsgerechte Verhalten, die zwischenmenschlichen Beziehungen und auch die Möglichkeiten zur Durchführung von Arbeitstätigkeiten auswirken, liegen hier die zentralen Zielsetzungen:

- Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung
- Entwicklung und Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, des Realitätsbezugs und der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Entwicklung und Verbesserung von Problemlösungsstrategien und Handlungsplanung
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten (Ferber et al. 2004, S. 70 f.).

Mithilfe der ergotherapeutischen Angebote zur neuropsychologisch orientierten Behandlung werden verschiedene kognitive Funktionen und Gedächtnisleistungen aufgebaut und trainiert, z. B.

- selektive und geteilte Aufmerksamkeit, Alertness, Vigilanz

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Konzentration
- Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis und Merkspanne
- Orientierung zu Raum, Zeit, Ort und Person
- Reaktionstempo, Reaktionszeit und -geschwindigkeit
- sprachlogisches und numerisches Verständnis
- visuelle und auditive Wahrnehmung und Wahrnehmungsgeschwindigkeit (Ferber et al. 2004).

Die neuropsychologisch orientierte Behandlung wird als Einzelbehandlung erbracht, um kognitive Leistungsdefizite so spezifisch wie möglich zu trainieren, d. h. ohne andere und/oder komplexe Hirnleistungen zu beanspruchen.

Erfolgt die neuropsychologisch orientierte Behandlung in der Kleingruppe (3–5 Patienten), werden sozioemotionale Aspekte der Gruppensituation, wie z. B. ein erhöhter Konkurrenzdruck oder die Möglichkeit, ein besseres Ergebnis durch Zusammenarbeit zu erreichen, als fördernde Elemente mit einbezogen.

Die ergotherapeutischen Angebote zur Förderung der kognitiven Funktionen umfassen z. B.

- Hirnleistungstraining mit starkem Realitäts- und Biografiebezug (z. B. Realitätsorientierungstraining nach Folsom u. Taulbee, s. Kap. 5.2, S. 337ff)
- Hirnleistungstraining mit speziellen und individuell adaptierten Programmen (z. B. Hirnleistungstraining nach Rigling 2002, Gehirnjogging nach Lehrl et al. 1996)
- Hirnleistungstraining am Computer mit spezieller Therapiesoftware (s. S. 174ff.)
- an Handlungen orientiertes Training der kommunikativen Fähigkeiten (z. B. im Rahmen des Integrierten psychologischen Trainingsprogrammes nach Brenner, s. Kap. 2.4.1, S. 154f.)
- Training zur Verbesserung des Lernverhaltens und der Grundarbeitsfähigkeiten (z. B. leittextgestütztes Arbeiten)
- vorberufliches Training und Belastungserprobung (s. Kap. 2.4.3, S. 178ff.).

Man kann diskutieren, ob die Angebote zum kognitiven Training und Hirnleistungstraining im psychiatrischen Bereich nicht ebenso den psychosozialen Behandlungsverfahren, im Besonderen der kompetenzzentrierten Methode, zugerechnet werden können. Denn der Übergang zwischen den Verfahren erscheint oft fließend, da die wenigsten Behandlungsangebote so konzipiert sind, dass sie selektiv neuropsychologische Defizite behandeln.

Die Entscheidung im Rahmen dieser Veröffentlichung, die neuropsychologisch orientierte Behandlung in einem eigenen Kapitel anzuführen, dient dazu, das Augenmerk der in der Psychiatrie tätigen Ergotherapeuten auf dieses Behandlungsangebot zu stärken und im Besonderen den Einsatz computergestützter Verfahren darzustellen.

Computergestütztes Training in der Psychiatrie

Christiane Schlicht

Der Computer hat sich in den Lebensbereichen *Arbeit* und *Freizeit* zunehmend etabliert. Nach einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (2000) haben sich die neuen Technologien in allen Berufs- und Arbeitsfeldern durchgesetzt, wobei sie eher eine Ergänzung zu den herkömmlichen Arbeitsmitteln darstellen.

Es zeichnet sich eine Entwicklung von der Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft hin zu einer Informations- und Wissensgesellschaft ab. Durch die sich ausweitende Computertechnologie verändern sich die Bedingungen und Möglichkeiten in der Arbeits- und Freizeitgestaltung. Es entstehen neue Berufe, die mit einer vielfältigen Spezialisierung einhergehen, Arbeitszeiten und -bedingungen wandeln sich. Zur Alltagsbewältigung ist inzwischen fast ein Mindestmaß an Kompetenzen im Umgang mit dem Computer erforderlich.

Die Ausweitung der Computernetze und die Einführung der Computer in den Schulen erlauben jederzeit einen Zugriff auf Informationen. Arbeit und Lernen verbinden sich immer mehr miteinander; ein lebenslanges Lernen wird erforderlich. Um der Informationsflut im Internet und den sich ständig verändernden Soft- und Hardwareanforderungen gewachsen zu sein, sind ein problemorientiertes Lernen und die Fähigkeit, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden, eine Voraussetzung in der Arbeit mit dem Computer (Marotzki 2001).

Die Computertechnologie erweitert positiv und kreativ die Möglichkeiten der Arbeits- und Freizeitgestaltung, es entstehen aber auch durch ungenügende Anpassungen der Hard- und Software, der Arbeitsbedingungen und -umgebung gesundheitliche Belastungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens.

Aus erhöhten Anforderungen an Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen, die Informationsaufnahme, -verarbeitungskapazität und -geschwindigkeit sowie an die Entscheidungsfindung können psychische Belastungen resultieren. Eine weitere Ursache für Beeinträchtigungen der Befindlichkeit durch die Arbeit am Computer können Qualifizierungsdefi-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

zite sein. Physische Belastungen entstehen überwiegend durch einseitige Körperhaltungen und Bewegungsarmut (Richter 2000).

Bedeutung des Computers in der Therapie

Aus der Etablierung der Computertechnologien in der Lebenswelt des Menschen folgt zwangsläufig die Nutzung dieses Mediums als ein weiteres ergotherapeutisches Mittel.

Dies stellte für Ergotherapeuten eine Herausforderung dar. Zunächst mussten sie sich selbst Computerkenntnisse aneignen und die Anwendbarkeit des Computers als therapeutisches Mittel erfahren. Es fehlten (und fehlen) für die therapeutische Arbeit geeignete Anleitungen für Standardprogramme. Computerbücher stellten sich als wenig brauchbar dar, da diese kaum Übungsaufgaben enthielten, die ein therapeutisches Arbeiten ermöglichten. Eine Ausnahme bildeten Therapieprogramme, wie z. B. das Cognition 1, Vorläufer des Cogpack, die zu den Übungen klare Anweisungen und Auswertungen aufwiesen. Inzwischen gibt es auch für Standardprogramme Übungsmaterial, allerdings mit einer eher pädagogischen Ausrichtung. Die rasante Entwicklung in der Soft- und Hardwareindustrie erfordert eine ständige Auseinandersetzung mit diesem Medium.

Insgesamt sind Hard- und Software benutzerfreundlicher und attraktiver geworden. Patienten haben häufig ein Mindestmaß an Computerkenntnissen, sodass auf Hemmungen und Ängste gegenüber dem Computer jetzt nur noch selten eingegangen werden muss.

Mittlerweile werden in der ergotherapeutischen Behandlung computergestützte Verfahren in allen psychiatrischen Bereichen zu diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Zwecken eingesetzt. Schwierigkeiten ergeben sich häufig aus unterschiedlichen Erwartungshaltungen. Aus therapeutischer Sicht ist der Computer vorrangig ein Medium, um z. B. die Arbeitsfähigkeiten zu ermitteln und zu trainieren mit dem Ziel der beruflichen und schulischen Integration, während Patienten im Allgemeinen den Wunsch haben, ausschließlich Computerkenntnisse zu erwerben und/oder ihre Computerkompetenzen zu erweitern. Außerdem hat der Computer als Prestigeobjekt einen hohen Aufforderungscharakter. Im Erstgespräch wie auch im Behandlungsverlauf ist es daher erforderlich, die Motivation des Patienten für die Arbeit am Computer abzuklären, um gemeinsam Therapieziele und -inhalte zu erarbeiten.

Ziele der computergestützten Arbeit

- Ermitteln und Trainieren kognitiver Fähigkeiten
- Ermitteln, Trainieren und Stabilisieren der sozioemotionalen und instrumentellen Arbeitsfähigkeiten
- Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit dem Computer im Hinblick auf eine vorbereitende berufliche, schulische oder soziale Integration.

Mögliche Arbeits- und Sozialformen sind Einzeltherapie, Einzelarbeit in der Gruppe, Partnerarbeit und Gruppenarbeit. Partner- oder Gruppenarbeiten können z. B. unter Anwendung von Standardprogrammen (Textverarbeitung, Grafikprogramme usw.) durchgeführt werden. Aufgaben können z. B. die Gestaltung von Einladungs- oder Glückwunschkarten, Plakaten oder die Herstellung eines Kalenders sein. Ein Thema und allgemein einzuhaltende Kriterien werden vorgegeben. In der Zusammenarbeit sind bei der Umsetzung gemeinsame Absprachen und Entscheidungen bezüglich der Planung, Gestaltung und Vorgehensweise gefordert. Für eine Partnerarbeit eignen sich auch einige Aufgaben aus dem Cogpack, z. B. Augenzeuge, Wortraten, Prozent.

Abhängig von der Zielsetzung werden therapeutische Angebote am Computer den neuropsychologisch orientierten Behandlungsverfahren oder den psychosozialen Behandlungsverfahren, hier der kompetenzzentrierten oder der interaktionellen Methode, zugeordnet.

In der therapeutischen Arbeit kommen verschiedene Softwaretypen zur Anwendung:

- Therapieprogramme: z. B. Cogpack (Marker 2007), Marburger Konzentrationstraining (MKT) (Krowtschek 2007), kognitives Training am Computer (KoCo) (Schacherl-Hofer et al. 2008)
- Standardprogramme: z. B. zur Textverarbeitung, Tabellenkalkulation, Grafikbearbeitung
- Lernprogramme: z. B. zu dem Tipptraining (Zehnfingerschreibsystem), zu Kulturtechniken, Sprachen
- Computerspiele: z. B. Rollen-, Denk-, Karten-, Simulations-, Abenteuerspiele
- Internet.

Der Nutzen des Computereinsatzes bei psychiatrischen Patienten liegt nach Tretter und Goldhorn (1993) u. a. in der motivationalen Aktivierung, Steigerung des Selbstwertgefühls, in der kognitiven Aktivierung, Standardisierung und aktiven Freizeitgestaltung.

Das Arbeiten am Computer stellt vorrangig *Anforderungen* an:

- abstraktes Denken und Vorstellungsvermögen

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- das Kurzzeitgedächtnis
- das Problemlösen
- die Auge-Hand-Koordination
- das Erkennen von Prioritäten
- die Entscheidungsfähigkeit
- die Umstellungsfähigkeit.

Therapieprogramme

Das kognitive Training bildet in der praktischen Arbeit häufig einen Schwerpunkt bei dem Einsatz des computergestützten Trainings in der ergotherapeutischen Behandlung.

Allerdings liegen zu der Effektivität kognitiven Trainings am Computer widersprüchliche Forschungsergebnisse vor. Die Patienten betonen immer wieder, wie wichtig ihnen das kognitive Training am Computer sei, und äußern subjektiv empfundene Verbesserungen kognitiver Fähigkeiten. Wichtig erscheint, dass nicht ausschließlich kognitive Trainingsprogramme zum Einsatz kommen.

Am häufigsten wird das Therapieprogramm Cogpack eingesetzt. Einen Überblick über weitere Therapieprogramme bietet der Softwarekatalog vom Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems e. V. (1996).

Cogpack ist ein kognitives neuropsychologisches Trainingsprogramm, mit dem seit 1986 therapeutisch gearbeitet wird. Es wurde ursprünglich für das Training von schizophrenen Patienten entwickelt, eignet sich aber auch zum Training bei anderen Diagnosestellungen. Vorrangige Ziele sind die Förderung gerichteter Aufmerksamkeit, kognitiver Strategien und Arbeitstechniken und die Etablierung einer realistischen Selbsteinschätzung.

Cogpack besteht aus 64 Übungen mit Unteraufgaben, die ständig aktualisiert werden und folgenden Trainingsbereichen zuzuordnen sind:

- Konzentration
- Reaktion
- Visu-Motorik
- Auffassung
- Gedächtnis
- Zahlen/Rechnen/Logik
- Worte und Sprache
- Spezielle Fähigkeiten.

Cogpack kann übungs- und messorientiert verwendet werden. Übungsorientiert können Lerndemos zugeschaltet, Lösungshilfen genutzt, Schwierigkeitsstufen geändert, Ergebniserklärungen aufgerufen, Wiederholoptionen und adaptive Abläufe eingestellt werden. Die übungsorientierte Einstellbarkeit z. B. adaptiver Abläufe ermöglicht eine Anpassung an das Leistungsniveau des Patienten, sodass Über- und Unterforderungen vermieden werden können. Messorientiert können zu einem Teil der Aufgaben Normwerte aus Nichtpatientenstichproben und diversen Diagnosegruppen herangezogen werden. Durch Erfolgs- bzw. Verlaufskontrollen können z. B. die Reaktionsfähigkeit und das Arbeitstempo gezielter erfasst und eine realistische Selbsteinschätzung der Patienten gefördert werden.

Zu Beginn des Einsatzes von Cogpack bestand aus therapeutischer Sicht die Sorge, dass das Anzeigen von Vergleichsdaten für die Patienten belastend sein könnte. Die Erfahrung hat aber gezeigt, dass die Rückmeldungen durch den Computer angenommen werden und sich nicht negativ auf die psychische Befindlichkeit auswirken. Der Computer als Gerät ist nicht emotional besetzt. Das Gelingen oder Misslingen von Arbeitsaufgaben am Computer wird von den Patienten im Vergleich zu Papier-Bleistift-Aufgaben emotional spontaner und stärker ausgedrückt.

Der überwiegende Teil der Patienten ruft Vergleichswerte auf und nutzt sie als Orientierungshilfe in der Beurteilung der eigenen Fähigkeiten. Für die diagnostische Arbeit ist eine ausreichende Anzahl von Vergleichsdaten notwendig. Das Setting (Einzeltherapie oder Einzelarbeit in der Gruppe) und vorhandene Computerkenntnisse des Patienten müssen bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt werden. So kann sich z. B. ein routinierter Umgang mit dem Computer auf die Bearbeitungsgeschwindigkeit auswirken. Bei der Einzelarbeit in der Gruppe können sich die Ablenkbarkeit durch Mitpatienten oder der Lärmpegel als Störfaktoren erweisen.

Eine vorgegebene Aufgabenabfolge erleichtert zu Beginn eine objektive Befundung. Nach einer Reflexion mit dem Patienten über Stärken und Schwächen seiner Fähigkeiten sollte eine individuelle Aufgabenauswahl erfolgen (Suslow et al. 1998).

Eine Aufgabenabfolge kann in Form einer schriftlichen Arbeitsanleitung vorgegeben oder am Computer als Serie erstellt werden. Die Therapeutin hat außerdem die Möglichkeit, aus vorhandenen Serien auszuwählen. Die Serien erzwingen einen festen Ablauf.

Für die Häufigkeit und Dauer des Einsatzes von Cogpack wird ein Training 3–4-mal pro Woche für jeweils 45 Minuten empfohlen (Müller et al. 2004). Insbesondere in der Schizophrenietherapie sollte das Cogpack-Training möglichst frühzeitig (Ersterkrankung) und auch langfristig (ambulant) erfolgen. Anzustreben ist eine vorangehende neuropsychologische Diagnostik, um mit funktionsspezifischen Aufgaben ein gezieltes Training entsprechend dem individuellen Störungsprofil durchführen zu können (Bender et al. 2003). Dabei sind Exekutivfunktionen,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufmerksamkeit und Gedächtnis im Hinblick auf die Alltagsfähigkeit und den Rehabilitationserfolg psychisch Kranker bedeutsam (Müller et al. 2004). Bei Kenntnis neuropsychologischer Definitionen kann eine entsprechende Zuordnung der Cogpack-Aufgaben vorgenommen werden (z. B. Schmid 2005). Ab der Cogpack-Version 8.0 sind Aufgaben nach Indikationen wählbar und in der Auswertung ist eine Zusammenfassung nach Leistungsbereichen möglich (Marker 2007).

Patienten erleben in der Regel das Arbeiten mit Cogpack als motivationsfördernd. Die klare Aufgabenstellung, die kurze Dauer und die abwechslungsreiche Gestaltung der Aufgaben werden für die Bearbeitung als hilfreich beschrieben. Die Patienten geben an, dass sich ihre Befindlichkeit und Konzentrationsfähigkeit häufig verbessert haben (Bender et al. 2004).

Cogpack kann z. B. auch mit einem entsprechenden Konzept zur Verbesserung der Selbsteinschätzung und damit der Stärkung des Selbstbildes und des Vertrauens in die eigene Leistungsfähigkeit als Voraussetzung für die Reintegration in das Arbeitsleben eingesetzt werden (Rupp u. Stemmler 2007).

Standardprogramme

Zu den Standardprogrammen gehören z. B. Microsoft Word (Textverarbeitung), Microsoft Excel (Tabellenkalkulation), Microsoft PowerPoint (Präsentationsprogramm), Paint (Zeichenprogramm) oder Corel Draw (Grafikbearbeitung). Sie werden überwiegend im arbeitsrehabilitativen Bereich verwendet. Zur Befundung der sozioemotionalen und instrumentellen Arbeitsfähigkeiten und zur Bearbeitung von Übungs- und Auftragsarbeiten haben sich schriftliche Arbeitsanleitungen bewährt. Sie erlauben eine vergleichende Diagnostik und ermöglichen dem Patienten ein strukturiertes Vorgehen.

Ein hilfreiches Verfahren zur Erstellung schriftlicher Arbeitsanleitungen bildet der Leittext. Das dem Leittextverfahren zugrunde liegende Modell der vollständigen Handlung – Informieren, Planen, Entscheiden, Ausführen, Überprüfen und abschließendes Bewerten – erfordert vom Patienten eine aktive Auseinandersetzung mit der Aufgabenstellung. Das Leittextverfahren fördert die Motivation durch komplexe, attraktiv gestaltete Aufgaben, die selbstständig bearbeitet werden können.

Fallbeispiel: Einführungsarbeit am Computer

Der Patient erhält zu Beginn Arbeitsblätter (62 Aufgaben) mit ersten Fragen zu EDV-Grundlagen. Eine dazugehörige alphabetisch geordnete Informationsmappe ermöglicht das selbstständige Lösen der Aufgaben. Vorgegebene praktische Übungen zu dem Umgang mit der Maus, den Dialogfenstern und der Tastatur (MaDiTa-Software) schließen sich an. Arbeitsanleitungen (46 Aufgaben), die in der Darstellung reizarm sind, nur die notwendigsten Informationen und möglichst nur eine Befehlsausführung haben, führen den Patienten dann in das Textverarbeitungsprogramm ein. Praktische Übungen am Computer und theoretische Papier-Bleistift-Aufgaben lösen einander ab. In regelmäßigen Abständen erfolgt eine Reflexion der Arbeitsergebnisse und -fähigkeiten, die symbolhaft in den Arbeitsanleitungen eingefordert wird. Nach Abschluss aller Aufgaben des Leittextes ist der Patient selbstständig in der Lage, seinen Lebenslauf am Computer zu erstellen.

Die Erfahrungen, die durch das Bearbeiten des beispielhaft genannten Leittextes von Patienten gemacht werden, und der gleichzeitige Erwerb von Kenntnissen erleichtern ihnen den Einstieg in den Umgang mit kommerziellen Computerbüchern und in die Anwendung von Computerfachbegriffen.

Mit Ausnahme der Einzeltherapie ist der Arbeitsprozess nicht immer fortlaufend beobachtbar. Abgeschlossene Aufgaben können zwar mit den geforderten Ergebnissen verglichen werden, die einzelnen Arbeitsschritte sind jedoch auf einem Ausdruck nicht erkennbar. Deshalb ist es notwendig, die geforderten Arbeitsschritte gemeinsam mit dem Patienten am Bildschirm zu überprüfen, um dann bei Abweichungen mögliche Lösungsstrategien mit ihm zu erarbeiten. Bei der gemeinsamen Besprechung der Aufgaben kann für die Therapeutin die Gefahr bestehen, dem Patienten zu schnell die Lösung vorzugeben, weil das Medium Computer im Vergleich zu handwerklich gestalterischen Mitteln dies leichter möglich macht.

Lernprogramme

In der computergestützten Arbeit stellen Lernprogramme ein weiteres Angebot dar. Vorrangiges Ziel ist das (Wieder-)Erlernen von Fertigkeiten. Daneben können Lernprogramme aber auch mit dem Ziel, kognitive Fähigkeiten zu trainieren, eingesetzt werden.

Beispielhaft soll der Tipptrainer, ein Tastaturschreibtraining zum Erlernen des Zehnfingersystems, genannt werden. Die gleichbleibende Aufgabenstellung, nämlich das Drücken der Tasten, macht den Patienten zum Handelnden und wirkt sich motivationsfördernd aus. Mitlaufende Lernzielkontrollen während des Trainings können auf der einen Seite Erfolgserlebnisse vermitteln, andererseits aber auch als sehr frustrierend erlebt werden. Der Tipptrainer

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

wird von den Patienten häufig zur Entlastung gewählt. Um einen Lernerfolg zu sichern, sollte der Tipptrainer täglich mindestens 10–30 Minuten eingesetzt werden.

Unter Berücksichtigung einer kurzen Verweildauer der Patienten steht beim Einsatz des Tipptrainers jedoch eher das Trainieren der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit im Vordergrund als das Erlernen des Zehnfingersystems.

Computerspiele

Zu den Computerspielen gehören u. a. Rollen-, Denk-, Karten-, Simulations- und Abenteuerspiele. Sie finden häufiger Anwendung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für einen Einsatz in der Arbeit mit Erwachsenen sind sie in der Regel zu schnell, zu spektakulär, zu effektbeladen und zu kompliziert. Ausnahmen bilden junge Erwachsene, die spielgeübt sind und auf die Computerspiele eine gewisse Faszination ausüben, da sie die Rolle des Handelnden übernehmen können. Bei der Auswahl eines Spieles zu therapeutischen Zwecken sollte genau geprüft werden, ob sein Einsatz zielgerichtet und effektiv möglich ist.

Internet

Die Nutzung des Internets als Informationsquelle ist in der arbeitsrehabilitativen Behandlung, z. B. für die Suche von Stellenangeboten, von Informationen zu Berufsausbildungen und Umschulungen bedeutsam. Die Patienten benötigen Strukturhilfen, z. B. in Form von schriftlichen Arbeitsanleitungen oder Absprachen mit einer klaren Aufgabenstellung und einer anschließenden Besprechung der Ergebnisse.

Ergonomie am Computerarbeitsplatz

Die Ergonomie am Computerarbeitsplatz spielt zur Vermeidung psychischer und physischer Belastungen wie auch von Beeinträchtigungen des Wohlbefindens eine wichtige Rolle. An dieser Stelle erfolgen keine näheren Ausführungen dazu. Es wird daher auf die Bildschirmarbeitsverordnung und ergonomischen Standards zur Arbeitsgestaltung nach DIN EN ISO 9241–2 verwiesen, in denen ausführliche Vorgaben und Beschreibungen zu finden sind (Gesellschaft Arbeit und Ergonomie – online e. V.).

2.4.3 Arbeitstherapeutische und arbeitsrehabilitative Verfahren

Kirsten Köhler und Petra Köser

Arbeitstherapie im 21. Jahrhundert

Ist die Arbeitstherapie auch Ergotherapie? In der täglichen Praxis fällt auf, dass die Bezeichnungen für die verschiedenen Formen der Ergotherapie nicht einheitlich gehandhabt werden. So werden in einigen Einrichtungen die Begriffe *Beschäftigungstherapie* und *Arbeitstherapie* genutzt und auch inhaltlich unterschiedlich gefüllt. In anderen Institutionen steht das gesamte Angebot unter dem Oberbegriff *Ergotherapie*. Die Grenzen der Aufgabenbereiche sind fließend. Eine Einigung auf die alleinige Bezeichnung *Ergotherapie* fällt auch schwer, weil bis heute der Gesetzgeber für die Ausbildung von Ergotherapeuten wie auch in der Sozialgesetzgebung die Arbeitstherapie als Aufgabengebiet gesondert benennt. Aus diesen Gründen wird der Begriff der Arbeitstherapie in diesem Kapitel wieder benutzt werden, obwohl es sich eigentlich um arbeitstherapeutische/arbeitsrehabilitiative Verfahren im Rahmen der Ergotherapie handelt.

Die Bedeutung und die Inhalte der Arbeitstherapie haben sich insbesondere im letzten Jahrzehnt drastisch verändert. Herrschten in den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts noch industrielle Arbeitsaufgaben in großen klinischen Arbeitstherapieabteilungen vor, so werden in heutiger Zeit Sinn und Machbarkeit arbeitstherapeutischer Verfahren in Fachkrankenhäusern kritisch diskutiert. Von vielen wird eine vollständige Verschiebung in den ambulanten und rehabilitativen Bereich gefordert. Insbesondere kürzere Verweildauern machen neue Konzepte der klinischen Arbeitstherapie unentbehrlich.

Wahrscheinlich verschiebt sich zukünftig der Schwerpunkt arbeitstherapeutischen Handelns weg von einer längerfristigen Arbeitstherapie in unterschiedlichen Handlungsfeldern hin zu einer beratenden Funktion der Ergotherapeuten. Der Einsatz traditioneller ergotherapeutischer Mittel ist unter dieser Prämisse gegen geeignete Verfahren einer Kurzdiagnostik der Arbeitsfähigkeiten abzuwägen.

Die Auseinandersetzung mit überwiegend im angloamerikanischen Raum entwickelten ergotherapeutischen Praxismodellen, wie z. B. MOHO (s. S. 34ff.) oder CMOP (s. S. 84ff.), ist hilfreich für die Konzeptbildung in arbeitstherapeutischen Einrichtungen.

Die Gemeinsamkeit dieser Modelle besteht darin, die Produktivität als wesentlichen Bestandteil des menschlichen Daseins zu beschreiben und zu werten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit und Bedeu-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tung arbeitstherapeutischer Interventionen im klinischen wie außerklinischen Rahmen.

Die Teilnahme an arbeitstherapeutischen Maßnahmen basiert auf vielfältigen Formen menschlicher Produktivität und muss zeitnah zum Behandlungsbeginn erfolgen. Der amerikanische Verband der Ergotherapeuten definiert in seiner *Uniform Terminology* (American Occupational Therapy Association 1994) *Produktivität* als zweckgebundene Aktivitäten zur eigenen Entwicklung, als gesellschaftlichen Beitrag und zum Lebensunterhalt. Demnach ist die Indikation für arbeitstherapeutische und arbeitsrehabilitative Verfahren sehr weit zu fassen. Klienten in der Ergotherapie können berufstätig im engeren Sinne, im Haushalt wie auch ehrenamtlich tätig oder sozial engagiert sein.

Schon zu Beginn des stationären Aufenthaltes muss der Aspekt der Produktivität im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden. Übergänge in ambulante und rehabilitative Maßnahmen müssen frühzeitig geplant und initiiert werden. Integration und Kooperation aller am Prozess Beteiligten sichern Effektivität und Ökonomie.

Die Definitionen von Arbeit, ihre Bedeutung und Funktion für psychisch kranke und behinderte Menschen sind ausführlich in dem Lehrbuch „Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln“ (Weber et al. in Scheepes et al. 2007) beschrieben.

Tätigkeitsfelder, Aufgaben und Ziele der Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation

Der grundsätzliche Verlauf arbeitstherapeutischer Verfahren, d. h. die Schritte des Prozesses, sind in allen denkbaren Tätigkeitsfeldern vergleichbar. Die Unterschiede in Ablauf und Inhalten ergeben sich aus der Zielsetzung, den angewandten Mitteln und besonders auch aus der zur Verfügung stehenden Zeit (Verweildauer).

Tätigkeitsfelder:

- Psychiatrische Fachkrankenhäuser
- medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen (z. B. Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK), berufliches Trainingszentrum (BTZ), Berufsförderungswerk (BFW), Berufsbildungswerk (BBW), Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)
- ambulante ergotherapeutische Einrichtungen (z. B. Praxen, Krankenhäuser, Tagesstätten)
- ambulante ergotherapeutische Begleitungs- und Beratungsdienste (z. B. Integrationsfachdienste und Integrationsfirmen).

Im Rahmen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation steht das Ermitteln und Trainieren der sozioemotionalen und instrumentellen Fähigkeiten im Vordergrund. Der Gesetzgeber (§ 27 Satz 1 Ziffer 6 SGB V und § 26 Satz 2 Ziffer 7 SGB IX) benennt Arbeitstherapie und Belastungserprobung als möglichen Rahmen. Dies kann sowohl auf stationärer, teilstationärer als auch auf ambulanter Basis erfolgen. Die Zielsetzungen sind die berufliche (Wieder-)Eingliederung, der Übergang in berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen und/oder die Entwicklung einer Lebens-/Arbeitsperspektive.

In der beruflichen Rehabilitation lassen sich als vorrangige Ziele die Orientierung, Stabilisierung und das Training von Schlüsselqualifikationen und beruflich relevanten Fertigkeiten benennen. Ziel ist die Eingliederung auf dem allgemeinen oder ggf. auf dem geschützten Arbeitsmarkt über Ausbildung, Umschulung und Qualifizierung. Der Gesetzgeber benennt hierzu Arbeitserprobung und Berufsfindung.

Im Rahmen der ambulanten Ergotherapie sind die Beratung, Unterstützung, Begleitung und das Training am realen Arbeitsplatz bei der (Wieder-)Eingliederung vorrangige Aufgaben. Übergeordnete Ziele sind der Erhalt bestehender und die Schaffung und Gestaltung neuer Arbeitsplätze.

Die übergreifenden Ziele aller arbeitstherapeutischen Interventionen sind das Ermitteln, Trainieren und Stabilisieren von sozioemotionalen und instrumentellen Arbeitsfähigkeiten **(Abb. 2.23)**.

Dies geschieht nicht durch eine einmalige Diagnose der Arbeitsfähigkeiten, sondern in einem fortlaufenden Prozess von diagnostischen Maßnahmen und daraus resultierendem Handeln bzw. Verhalten. Dabei handelt es sich um einen Prozess, der so lange anhält, bis sich die Arbeitsfähigkeiten stabilisiert haben. Daher ist der Begriff der „Prozessdiagnostik“ zutreffend.

Für Seyfried (Seyfried et al. 1993, S. 60) besteht die Aufgabe der Diagnostik darin, „Hinweise zu geben, mit welchen konkreten Schritten die berufliche Integration im Einzelfall gefördert und unterstützt werden könnte“.

Arbeitstherapeutische Interventionen sollten ebenso die Vorbereitung und Einleitung nachfolgender Maßnahmen, z. B. der beruflichen Rehabilitation/Integration, umfassen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

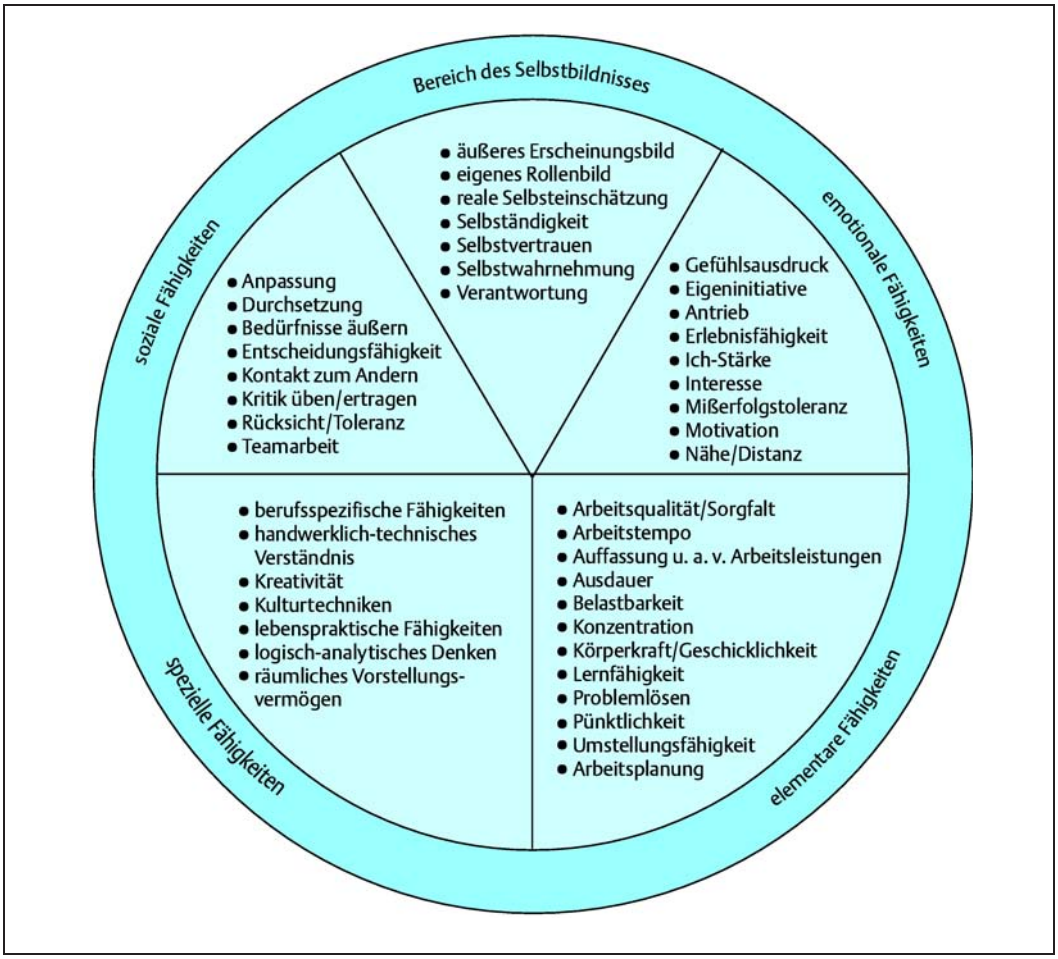

Abb. 2.23 Der Arbeitsfähigkeitenkreis (entstanden im Arbeitsdiagnostischen Zentrum Osnabrück als modifizierte Form des Kreises von C. Haerlin nach Cumming u. Cumming 1962).

Arbeitstherapeutischer Prozess

Der prozesshafte Ablauf arbeitstherapeutischer Maßnahmen lässt sich anschaulich am Modell des ergotherapeutischen Prozesses nach Hagedorn **(Abb. 2.24**) aufzeigen.

Überweisung

Ergotherapeuten arbeiten immer in einem multiprofessionellen Team. Aus der Zusammenarbeit aller am Prozess Beteiligten entsteht das gemeinsame Rehabilitationsziel. Dies schließt den Klienten und ggf. Angehörige mit ein.

Auf der Basis der ärztlichen Verordnung strukturieren Ergotherapeuten eigenverantwortlich den Prozess der arbeitstherapeutischen Behandlung.

Gemeinsam mit dem Klienten wird die Entscheidung für ein dem Rehabilitationsziel entsprechendes Handlungsfeld in einem Abklärungsgespräch getroffen. Dies gelingt nur, wenn das arbeitstherapeutische Setting den Anforderungen entspricht: Behandlungskonzepte und Verfahrensweisen müssen für den Klienten transparent, Handlungsfelder vielfältig sein und sich an gesellschaftlichen Bedingungen, z. B. dem aktuellen Arbeitsmarkt, orientieren. So sind z. B. traditionelle handwerkliche und industrielle Angebote kritisch zu hinterfragen. Der Computer ist in der heutigen Zeit als ergotherapeutisches Mittel unerlässlich.

Eine große Auswahl an Handlungsfeldern garantiert allerdings noch keine gute Diagnostik und The-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

rapie. Es ist eine gezielte, institutions- und klientenbezogene Auswahl zu treffen.

Fallbeispiel: Herr M.

Herr M. erscheint zu einem Abklärungs-/Informationsgespräch in der arbeitsdiagnostischen Abteilung eines psychiatrischen Fachkrankenhauses. Die stationsnahe behandelnde Ergotherapeutin hatte in der Teamsitzung arbeitsrehabilitative Maßnahmen vorgeschlagen, um u. a. eine berufliche Perspektive zu erarbeiten. Herr M. ist zum Zeitpunkt dieser dritten stationären Aufnahme 20 Jahre alt. Er leidet an einer endogenen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. In dem Gespräch werden Herrn M. die Ziele und Arbeitsweise der arbeitsdiagnostischen Abteilung erläutert und anschließend die Räumlichkeiten vorgestellt. Herr M. entscheidet sich für den Holzbereich, auch aufgrund seiner Vorerfahrungen mit diesem Material. Es wird mit ihm eine halbtägige Teilnahme für die erste Woche vereinbart.

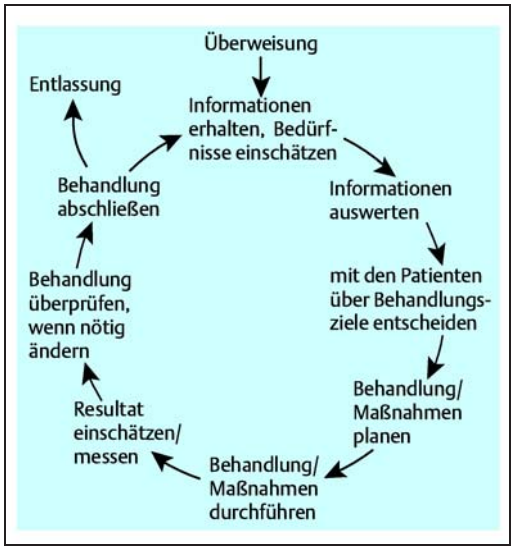

Abb. 2.24 Modell des ergotherapeutischen Prozesses (nach Hagedorn in Jerosch-Herold et al. 1999, S. 34).

Beschaffung von Informationen und Einschätzung der Bedürfnisse

Anamnese und Diagnostik

Zu Beginn der arbeitstherapeutischen Behandlung werden in schriftlicher Form und durch Interviews und Gespräche relevante Daten aus der Lebens- und Arbeitsgeschichte des Klienten, seiner derzeitigen Lebensgestaltung und seinem Umfeld gesammelt.

Bei der *Berufs- und Arbeitsanamnese* (BAA) geht es neben der Erfassung harter und weicher Daten auch um einen reflektierenden Umgang mit der eigenen Arbeitsgeschichte bzw. der derzeitigen Arbeitssituation.

Zum Einsatz können dabei verschiedene Formblätter kommen sowie vorhandene Assessments, z. B. WRI, WEIS nach MOHO.

Relevante Informationen zu Sozialanamnese, Krankheitsverlauf und aktuellem Krankheitsgeschehen werden in der Regel aus Teamsitzungen, durch Akteneinsicht sowie aus formellen und informellen Gesprächen gewonnen.

Durch den Einsatz weiterer Assessments, z. B. COPM und die Interessencheckliste nach MOHO, lassen sich wichtige Daten zu den Bereichen der Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit gewinnen.

Das anamnestische Schlussfolgern dient dem Erfassen von Fähigkeiten und Wünschen des Klienten, dem Erkennen von Problemen im Arbeitsverhalten und bisherigen Arbeitsleben. Der reflektierende Umgang mit der eigenen Arbeitsgeschichte gibt auch dem Klienten die Möglichkeit, Ansätze für die Entwicklung einer beruflichen Perspektive zu erkennen.

Fallbeispiel: Herr M.

In den ersten Tagen wird gemeinsam mit Herrn M. eine Berufs- und Arbeitsanamnese über einen Erfassungsbogen und ein Interview zu den weichen Daten erhoben. Herr M. verließ die Schule mit dem Realschulabschluss. Das sich anschließende Berufsgrundbildungsjahr Holztechnik musste er aus Krankheitsgründen abbrechen. Es kam zur ersten stationären Aufnahme. Herr M. berichtet, im Vergleich zu seinen Geschwistern schon immer weniger leistungsfähig gewesen zu sein. Seine Entwicklung sei verzögert gewesen. In der Schule habe er keinen Kontakt zu Mitschülern aufbauen und Unterrichtsinhalte nicht umsetzen können. Herr M. wünscht sich auch auf Drängen der Mutter, eine Ausbildung zu machen oder berufstätig zu werden. Er kann keine konkreten Vorstellungen äußern und orientiert sich bei seinen Ideen sehr an seinen erfolgreichen Geschwistern. Er berichtet, dass er in seiner Freizeit malt. Er könnte sich auch vorstellen, von dem Verkauf seiner Bilder zu leben.

Handlungsorientierte Diagnostik

Arbeitsfähigkeiten und -fertigkeiten werden gezielt unter Einsatz verschiedener Instrumente und Verfahren ermittelt. Strukturierten und unstrukturierten Beobachtungen folgt die Evaluation.

Die Orientierung an klaren, definierten Items, wie z. B. MELBA (Merkmale zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit, Föhres et al. 1997) ermöglicht eine Vergleichbarkeit und Objekti-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

vierung gemachter Aussagen z. B. in der Kooperation mit anderen am Prozess Beteiligten.

Der Einsatz von *Leistungsprofilen* und *Fähigkeitsprofilen* strukturiert die Diagnostik und erleichtert die differenzierte Einschätzung von Arbeitsfähigkeiten. Durch den Abgleich mit entsprechenden Anforderungsprofilen können in der Evaluation Stärken und Schwächen in den Arbeitsfähigkeiten des Klienten objektiviert werden.

Mittels *IDA-(Instrumentarium zur Diagnostik der Arbeitsfähigkeiten-)Koffer* – eines Sets aus 14 standardisierten Arbeitsproben mit standardisierter Instruktion und Beobachtung – wird eine Befundung nach MELBA-Kriterien ermöglicht.

Ein aktuelles Instrument, das die Chancen einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung erfasst, ist das O-AFP (Osnabrücker-Fähigkeitenprofil). Es stellt die Bereiche Lernfähigkeit, Fähigkeit zur sozialen Kommunikation und zur Anpassung in den Vordergrund.

Das *LFP (Lübecker Fähigkeitenprofil)* ist ein Instrument zur Dokumentation von Fähigkeiten und Verhaltensweisen in der Ergotherapie. Die Verfahren MELBA und ACIS/MOHO wurden in das Lübecker Fähigkeitenprofil integriert. In der Originalversion erfolgt die Erfassung nach 25, in der Kurzform nach 15 definierten Merkmalen.

Computergestützte kognitive Trainingsprogramme mit Auswertungsfunktion ermöglichen die Diagnostik und Dokumentation der kognitiven Leistungsfähigkeit von Klienten (u. a. Cogpack, Marker 2001).

Im Rahmen ausgewählter *Aufgabenbearbeitungen* unter Einsatz verschiedener Sozialformen, Anleitungsverfahren und Medien (z. B. auch Leittexten) lassen sich strukturiert oder unstrukturiert Arbeitsfähigkeiten ermitteln. *Semistandardisierte Aufgaben* ermöglichen durch eine vergleichende Diagnostik eine möglichst objektive Einschätzung demonstrierter Fähigkeiten. Die Form der Aufgabenstellungen ist klar und eindeutig. Strukturierte und unstrukturierte Beobachtungen auch im Rahmen weiterer Aktivitäten, z. B. Verhalten während der Pausen, vervollständigen das Bild.

Ohne die Berücksichtigung der Selbsteinschätzung des Klienten lassen sich nach Haerlin (1987, S. 90) keine objektiven Befundungsergebnisse erreichen. Zum Einsatz können insbesondere Instrumente zur Eigenbeurteilung (z. B. Eigenbeurteilungsbogen, Fragebögen) kommen.

Beobachtungsbögen ermöglichen die strukturierte handlungsorientierte Diagnostik (z. B. ACIS).

Fallbeispiel: Herr M.

Herr M. bearbeitet semistandardisierte festgelegte Einführungsarbeiten mit unterschiedlichen Anforderungen im Holzbereich. Er benutzt dazu vorhandene schriftliche Arbeitsanleitungen und erhält zusätzlich mündliche Anweisungen, Demonstrationen und ggf. Unterstützung durch die Ergotherapeutin. Die beobachteten Arbeitsfähigkeiten werden täglich in einem Erfassungsbogen kurz dokumentiert.

Auswertung von Informationen

Im Zusammenfügen aller bisher gewonnenen Informationen aus Anamnese und handlungsorientierter Eingangsdiagnostik ergibt sich ein Bild der Betätigungsfunktion bzw. -dysfunktion des Klienten. Dieses wird erst vollständig durch die gemeinsame Reflexion mit dem Klienten. In einem strukturierten Gespräch unter Zuhilfenahme z. B. eines Eigenbeurteilungsbogens wird der bisherige Verlauf analysiert und bewertet. Prioritäten können benannt und nachfolgende Schritte thematisiert werden.

Fallbeispiel: Herr M.

Herr M. füllt vor dem ersten Reflexionsgespräch einen Eigenbeurteilungsbogen aus und nutzt diesen im Gespräch zur differenzierten Reflexion der eigenen Arbeitserfahrungen. Er erhält ebenso gezielte Rückmeldung durch die Ergotherapeutin. Herr M. schildert u. a. im Rahmen der Aufgabenbearbeitung, deutliche Probleme mit seiner kognitiven Leistungsfähigkeit zu haben. Er sei leicht ablenkbar, unruhig, die Inhalte der Arbeitsanleitungen könne er nicht immer ohne Hilfe verstehen. In der Gruppe arbeite er gern allein an einem eigenen Werkstück. Andere arbeitende Menschen erlebe er jedoch als motivationsfördernd. Sie seien wie ein Motor für ihn.

Entscheidung über Behandlungsziele mit dem Patienten

Das Reflexionsgespräch endet mit der Vereinbarung von Zielen, die je nach Befindlichkeit und Situation vom Klienten selbst schriftlich festzuhalten sind bzw. offen protokolliert werden.

In der Auswahl der Ziele ist auf die Relevanz und die realistische Erreichbarkeit für den Klienten zu achten. Die Formulierung sollte konkret und nachvollziehbar sein. Das Vorstellen geeigneter Interventionen ergänzt und verdeutlicht die Zielvereinbarung.

Die Rehabilitationsziele ergeben sich auch aus der interdisziplinären Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams. Die Zielvereinbarung mit dem

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Klienten bezieht sich darüber hinaus auf die Richt- und Grobzielebene der Ergotherapie.

Soweit zu diesem Zeitpunkt möglich, sollten arbeitstherapeutische Maßnahmen vorgeschlagen und diskutiert werden. Insbesondere bei sich ergebenden Zielen aus den Bereichen der Selbstversorgung und der Freizeit sollten ergänzende ergotherapeutische Angebote eingeleitet werden.

Fallbeispiel: Herr M.

Mit Herrn M. werden folgende Ziele erarbeitet und in einem Protokoll schriftlich fixiert:

- Seine kognitiven Fähigkeiten im Rahmen des Verständnisses von Arbeitsanleitungen steigern.
- Erfahrungen mit Teamarbeiten sammeln.
- Zu selbstständiger, ausdauernder Aufgabenbearbeitung finden.

Herr M. soll dazu für das Lesen der Arbeitsanleitungen einen ruhigen Arbeitsplatz wählen. Vor Beginn der Ausführung soll das Verständnis für die Aufgabe in einem gemeinsamen Gespräch mit der Ergotherapeutin vertieft werden. In der kommenden Woche beginnt Herr M. gemeinsam mit einem Mitklienten eine Auftragsarbeit. Herr M. trägt in seinem Therapietagebuch Arbeits- und Pausenzeiten ein. Die Erarbeitung einer konkreten beruflichen Perspektive ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

Planung von Behandlung und Maßnahmen

Bei der Planung arbeitstherapeutischer Interventionen sollten alle möglichen Ebenen Berücksichtigung finden. Auf der Grundlage des aktuellen Befundes der Arbeitsfähigkeiten und der Zielsetzung kommt es zur Auswahl und klientenzentrierten Gestaltung der ergotherapeutischen Mittel, Methoden, Anleitungsverfahren und der Arbeitsumwelt. Ebenso wichtig ist ein kritisch reflektierender und flexibler Umgang mit der eigenen therapeutischen Grundhaltung. Im Sinne einer Prozessdiagnostik müssen weitere Assessments und Instrumente bei der Planung berücksichtigt werden. Die Planung vervollständigt sich durch Einbezug zusätzlicher interner und externer Maßnahmen und kooperierender Einrichtungen.

Der Zeitpunkt für die Durchführung geplanter Maßnahmen kann für den Erfolg entscheidend sein. So ist abzuschätzen, wann der Klient von der Intervention am meisten profitiert. **Tab. 2.21** gibt einen Überblick.

Fallbeispiel: Herr M.

Im weiteren Therapieverlauf werden mit Herrn M. mehrere Reflexionsgespräche geführt. Daraus resultiert die Planung von Maßnahmen. So werden komplexere Aufgaben gewählt, um Herrn M. kognitiv zu fordern. Im Rahmen einer Partnerarbeit erfährt er serielle, gleichbleibende Aufgabenstellungen. Die anfangs vorwiegend strukturierende, darbietende therapeutische Grundhaltung wechselt zu impulsgebend, aber auch fordernd, z. B. bei Terminarbeiten. Zur Erfassung beruflicher Interessen wird ein Test der Berufsinteressen mit anschließendem Besuch des Berufsinformationszentrums der Arbeitsagentur geplant und durchgeführt.

Durchführung der Behandlung und Maßnahmen

Die Planung bestimmt die gezielte ergotherapeutische Vorgehensweise. Im Rahmen bewusst gewählter und gestalteter Aufgabenbearbeitung kommt es fortlaufend zu weiteren strukturierten sowie unstrukturierten Beobachtungen.

Veränderungen, unerwartete Ereignisse, wie z. B. eine Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit, oder unerwartet schnelle Leistungssteigerungen erfordern einen flexiblen Umgang mit der zuvor geplanten Vorgehensweise.

Fallbeispiel: Herr M.

Bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen ist zu beobachten, dass Herr M. durchaus zu komplexen kognitiven Leistungen in der Lage ist. Diese erhöhten Anforderungen kann er jedoch nur kurzzeitig bewältigen. Er reagiert bei Überforderungen mit verstärkter Unruhe, massiver Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit und muss sich anschließend im Rahmen gleichbleibender, einfacher Aufgaben wieder stabilisieren. Bei der Auswertung des Tests der Berufsinteressen stehen kreativ-gestalterische Neigungen stark im Vordergrund. Herr M. informiert sich differenziert über einige entsprechende Berufsbilder.

Einschätzung und Messung des Resultats

Alle durchgeführten Maßnahmen werden regelmäßig dokumentiert. Der Therapieverlauf kann auf verschiedenen Ebenen festgehalten werden. Von Wichtigkeit sind dabei die Befindlichkeit und demonstrierte Arbeitsfähigkeit der Klienten, der zeitliche Umfang der Therapie und deren jeweilige Inhalte. Die Form der Dokumentation kann unterschiedlich sein, z. B. von einfachen Ankreuzverfahren bis hin zu ei-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **2.21** Auswahl und Gestaltung arbeitstherapeutischer Interventionen

Ergotherapeutische Mittel/Betätigung	Ergotherapeutische Methoden	Therapeutische Grundhaltung, Einsatz des therapeutischen Selbst	Gestaltung der Umwelt (sozial, räumlich, zeitlich)	Anleitungsverfahren	Durchführung/Nutzung weiterer Assessments/Instrumente	Zusätzliche Maßnahmen
■ Handlungsfelder, z. B. Garten, Hauswirtschaft, Büro/Computer ■ Arbeitsaufgaben ■ Anforderungsniveau ■ Interviews ■ Reflexionsgespräche	■ Kompetenzzentriert ■ Interaktionell	■ Erarbeitend-entwickelnd ■ Strukturierend ■ Impulsgebend ■ Unterstützend ■ Gewährend ■ Darbietend ■ Direktiv ■ Fordernd	■ Sozialform ■ Therapiearbeitsplatz ■ Raum ■ Ergonomie ■ Therapieeinheiten ■ Therapiezeiten ■ Behandlungsorganisation	■ Schriftlich ■ Mündlich ■ Arbeitsanleitungen ■ Leittexte ■ Bildmaterial ■ Medien	■ Reflexionsgespräch ■ Ergänzung der Berufs- und Arbeitsanamnese ■ Berufsinteressenstest ■ MOHO ■ COPM ■ MELBA ■ u. a.	Intern: ■ Bewerbungstraining ■ Sozialtraining ■ ADL ■ Themenzentrierte Gruppen, z. B. Freizeit ■ Kognitives Training ■ Sozialpädagogische Beratung ■ u. a. Extern: ■ Berufsberatung ■ Rehaberatung/Rentenberatung ■ Berufsinformationszentrum ■ Belastungserprobung ■ Stufenweise Wiedereingliederung ■ Psychosoziale Beratungsstellen (z. B. Studienberatung) Kooperation: ■ Sozialpsychiatrischer Dienst (SPD) ■ Integrationsfachdienste/Berufsbegleitender Dienst ■ Arbeitsamt ■ Rentenversicherungsträger

Ku
Di
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!

nem ausführlichen Bericht, von selbst entworfenen bis zu standardisierten Assessments und von handschriftlichen bis zu computergestützten Dokumentationssystemen.

In regelmäßig stattfindenden Reflexionsgesprächen werden individuelle Ressourcen und Defizite in den Arbeitsfähigkeiten (Betätigungsfunktion und -dysfunktion) gemeinsam mit dem Klienten erörtert und mögliche Strategien erarbeitet. Das Reflexionsgespräch dient einer Standortbestimmung, in der es insbesondere um die Bedeutung der gewonnenen Erkenntnisse für die weitere Therapie und Perspektive des Klienten geht. Bewährt hat sich der Einsatz eines Eigen- und/oder Fremdbeurteilungsbogens und die gemeinsame Erstellung eines Ergebnisprotokolls.

Hilfen zur Einschätzung des therapeutischen Verlaufs für den Klienten können individuell gestaltete Reflexionsbögen oder das Führen eines Therapietagebuches sein.

Fallbeispiel: Herr M.

Herr M. erkennt, dass er den Anforderungen einer gewünschten Berufsausbildung noch nicht gerecht werden kann. Auch seine schwankende Leistungsfähigkeit im Rahmen der Ergotherapie wird ihm immer bewusster. Im Profilvergleich eines erstellten Fähigkeitsprofils zum Anforderungsprofil eines Arbeitsplatzes in einer Werkstatt für psychisch behinderte Menschen wird das derzeitige Leistungsvermögen deutlich bestätigt. Herrn M. wird eine Belastungserprobung über acht Wochen in einer nahe gelegenen Werkstatt für seelisch behinderte Menschen vorgeschlagen, um unter realistischen Bedingungen seine Arbeitsfähigkeiten zu überprüfen und ihn zu einer nachfolgenden Berufsbildungsmaßnahme zu motivieren. Nach einem gemeinsamen Besuch in der Werkstatt stimmt er dem Vorschlag zu.

Überprüfung und eventuelle Änderung der Behandlung

Die Einschätzung der Resultate kann eine Fortführung der bisherigen Behandlung, ihre Beendigung oder eine Änderung der ergotherapeutischen Vorgehensweise bedingen. In die notwendigen Entscheidungsprozesse kann und sollte erneut das multiprofessionelle Team mit einbezogen werden. Unter Umständen ist die Rehabilitationszielsetzung zu überprüfen, sind Interventionen kritisch zu hinterfragen und die Durchführung weiterer Assessments wird erforderlich. In diesem Fall beginnt der Behandlungskreis erneut.

Fallbeispiel: Herr M.

Während der Belastungserprobung befindet sich Herr M. zunächst weiterhin in stationärer Behandlung. In regelmäßigen Teamsitzungen berichtet die Ergotherapeutin von ihren Besuchen am Arbeitsplatz des Herrn M. Seine Arbeitsfähigkeiten haben sich deutlich stabilisiert. Herr M. wirkt entlastet, geht täglich für vier Stunden zur Arbeit und hat neue Kontakte geknüpft. Als gemeinsames Rehabilitationsziel wird die Aufnahme in die Werkstatt formuliert. Unter den nun stabilisierten Bedingungen kann auch die Umsetzung des geplanten selbstständigen Wohnens erfolgen.

Behandlungsabschluss und Entlassung

Die Behandlung schließt mit der Einleitung der nachfolgenden Schritte der beruflichen Integration ab. Dies beinhaltet in der Regel ein Abschlussgespräch, in dem noch einmal mit dem Klienten die erreichten Ergebnisse festgehalten, nachfolgende Maßnahmen erörtert und eingeleitet werden. Bei diesem und auch bei vorherigen Gesprächen kann eine Teilnahme weiterer für den Klienten wichtiger Bezugspersonen sinnvoll sein, so z. B. Familienangehörige, Bezugstherapeuten, Betreuer, Integrationsfachdienst, Sozialpädagogen.

Am Ende des arbeitstherapeutischen Prozesses steht die vollständige Dokumentation aller Ergebnisse, die in der Regel in Form eines Abschlussberichtes festgehalten werden.

Fallbeispiel: Herr M.

Nach einem gemeinsamen Gespräch des behandelnden Arztes und der Ergotherapeutin, Herrn M. und seiner Mutter gelingt es, die Zustimmung und Unterstützung der Familie zu erhalten. Der Antrag auf eine Berufsbildungsmaßnahme wird gestellt. Nach Entlassung aus der stationären Behandlung zieht Herr M. in eine betreute Wohngruppe.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2.4.4 Soziale Unterstützung

Albrecht Konrad

Soziale Unterstützung stärken – ein Ansatz zur Gesundheitsförderung in der Ergotherapie

Der Begriff soziale Unterstützung (social support) beschreibt den gewinnbringenden und förderlichen Effekt, den sozialer Kontakt zur Familie, zu Freunden, Arbeitskollegen usw. erzeugen kann. Dabei sollen in diesem Kapitel auch die sozialen Kontakte berücksichtigt werden, die zu Fachleuten aus den Gesundheits- und Sozialberufen entstehen – vor allem durch die Ergotherapie.

Menschen erfahren meist erst in Notsituationen die Bedeutung sozialer Unterstützung. Sie gibt dem Betroffenen das Gefühl, nicht allein zu sein mit einem Problem, einer chronischen Erkrankung und/oder einer schwierigen Situation. Aber auch im Alltag kann soziale Unterstützung hilfreich sein, z. B. indem sie motiviert, regelmäßig einer Arbeit nachzugehen, seinen Alltag und seine Freizeit zu gestalten oder sich gesellschaftlich, z. B. in einer Selbsthilfeorganisation, zu engagieren.

Soziale Unterstützung ist somit die wichtigste soziale Ressource, die von sozialen Beziehungen ausgeht (Bogetto 2007).

Mit dem Konzept der sozialen Unterstützung befasst sich vor allem die Sozialforschung. Es wird darunter eine Reihe von Themen gebündelt, die im engeren Sinne mit sozialen Netzwerken verbunden sind. Es existieren diverse theoretische Ansätze, mit denen versucht wird, den Nutzen der sozialen Unterstützung zu erfassen. Mittels dieser Ansätze werden meist objektive Faktoren der sozialen Unterstützung gemessen und beschrieben (z. B. welche unterschiedlichen Personen in ihren jeweiligen Funktionen/Rollen an dieser beteiligt sind).

Welche innerseelischen Wirkungen und Empfindungen durch soziale Unterstützung beim Betroffenen erzeugt werden, lässt sich dagegen nur schwer mithilfe von standardisierten Methoden erfassen. Sozialforschung in Bezug auf soziale Unterstützung muss daher immer auch qualitative und beschreibende Forschungsmethoden nutzen.

Was ist soziale Unterstützung?

In den Sozialwissenschaften gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs soziale Unterstützung, sondern unterschiedliche Ansätze und Sichtweisen. Grundlage für dieses Kapitel ist zunächst die folgende, *allgemeine* Definition.

> *Soziale Unterstützung* (social support): Zwischenmenschliche Beziehungen, die als positiv und förderlich wahrgenommen werden bzw. einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden einer Person haben.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass soziale Kontakte nicht generell eine unterstützende Funktion haben. Sie können auch als belastend erlebt werden und einen schädigenden Einfluss haben.

Um die allgemeine, oben genannte Definition genauer erfassen zu können, lohnt es sich, im Folgenden kurz die verschiedenen Erklärungsansätze einzelner Fachrichtungen zu betrachten. Im Kontext der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gehört die soziale Unterstützung zu den Kontextfaktoren, die eine fördernde Wirkung auf die Teilhabe des beeinträchtigten Menschen haben können. Diese gilt es aufzubauen und zu verstärken. (Kap. 5 [e575] Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung; DIMDI 2005). Darüber hinaus beinhaltet die ICF weitere Kapitel, die sich speziell mit dem Thema soziale Interaktionen und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben befassen.

In der Psychologie ordnet man unter das Konzept der sozialen Unterstützung drei, recht weit gefasste Kategorien (Barrera 1986):

- soziales Eingebettetsein oder auch ein soziales Netzwerk haben
- Erfahren oder Erleben von sozialer Unterstützung als Empfänger
- Praktizieren von sozialer Unterstützung als Sender.

Welchen Effekt soziale Unterstützung hat, ist abhängig von der Art der Unterstützung und davon, von wem diese Unterstützung gegeben wurde. Daher unterscheidet die Soziologie verschiedene Formen sozialer Unterstützung (de Ridde u. Schreurs 1996 zit. nach Isaksson et al. 2007):

- informative Unterstützung, d. h. das Erhalten oder Geben von Ratschlägen, Tipps usw.
- instrumentelle Unterstützung, d. h. das Erhalten oder Geben praktischer Hilfestellungen usw.
- emotionale Unterstützung, d. h. das Erhalten oder Geben von Trost, Wertschätzung, Achtung, Respekt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Mit den bisher beschriebenen Kategorien lässt sich das Erleben, das mit dem Empfangen von sozialer Unterstützung verbunden ist, jedoch noch nicht ausreichend erfassen. Die Recovery-Forschung bezieht das subjektive Erleben mit ein.

Wirkung sozialer Unterstützung

Eine der wesentlichen Wirkungen von sozialer Unterstützung ist, dass sie dabei hilft, subjektiv erlebten Stress zu reduzieren. Soziale Unterstützung hat die Funktion eines Stressmoderators (Ochel 2007, Nestmann 2007) und kann zu einer Art dämpfendem *Puffer* zwischen Stressursache (Stressor) und Stresserfahrung werden.

Unangenehme Stressfolgen werden so verringert und sind mit einem positiven Effekt für Wohlbefinden und Gesundheit verbunden. Man nennt dies in der psychologischen und soziologischen Fachwelt den *Puffer*effekt sozialer Unterstützung (Nestmann 2007, Borgetto 2007).

Eine Zusammenfassung der Literatur über soziale Unterstützung in Bezug auf unterschiedliche Stressmodelle kommt zu folgender Aussage:

Wer soziale Unterstützung erfährt,

- erlebt weniger Stress bzw. verfügt über ein reduziertes Stresserleben
- leidet weniger unter Stress bzw. kann besser mit diesem umgehen
- ist (physisch und psychisch) gesünder, stabiler bzw. weniger beeinträchtigt (Udris u. Frese 1992).

Ein vertrauensvolles Netzwerk aus verschiedenen privaten, beruflichen und professionellen Personen bietet den größten Schutz. Dies gilt nicht nur für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Zu wissen „ich bin nicht allein, wenn etwas passiert" vermittelt Sicherheit und innere Ruhe. Dies hat den positiven Effekt, dass Kraft und Konzentration nicht in angstreduzierende Regulationen investiert werden, sondern auf die tatsächlich anstehenden Aufgaben und Tätigkeiten im Alltag oder bei der Arbeit gerichtet werden können.

Soziale Unterstützung kann für die Gesundheitsfürsorge einer Person eine wichtige Funktion einnehmen. Im Alltag vergessen viele Menschen, auf die eigene Gesundheit zu achten und z. B. immer wieder Ruhepausen einzulegen. Auch bereits Erreichtes kann häufig nicht wertgeschätzt werden. Dabei neigen vor allem Menschen, die über einen längeren Zeitraum Stress erleben, dazu, die eigene Gesundheitsfürsorge zu vernachlässigen.

Soziale Unterstützung, die eine Person des Vertrauens leistet, kann hier einen ausgleichenden Einfluss haben. Dies geschieht z. B., indem die betroffene Person daran erinnert wird, auf ihre Gesundheit zu achten und Ruhepausen einzulegen. Einen ausgleichenden Effekt kann es auch haben, wenn der Betroffene sich über seine Ängste, seinen Ärger oder Enttäuschungen aussprechen kann, ohne Ratschläge zu erhalten. Diese Unterstützung kann sowohl von unterstützenden Personen aus dem privaten Bereich als auch aus dem professionellen Bereich, z. B. im Rahmen der Ergotherapie, geleistet werden.

Die ergotherapeutische Behandlung scheint zur Erbringung von sozialer Unterstützung ein besonders geeigneter Rahmen zu sein. So berichten Menschen, die im Anschluss an eine berufliche Rehabilitation eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben, dass die soziale Unterstützung, die sie durch die Ergotherapeutin erfahren haben, ihnen vor allem dabei geholfen hat, eine Balance zwischen den (beruflichen) Anforderungen und den Erholungs- bzw. Entlastungsphasen zu finden. Durch die ergotherapeutischen Interventionen wurde es ihnen möglich, ein aktives Kräftemanagement zu betreiben (Konrad 2008).

Soziale Unterstützung und Recovery

Die Recovery-Bewegung entwickelte sich in den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts und wurde zunächst vor allem von der Selbsthilfebewegung der Psychiatrieerfahrenen wahrgenommen. Seit einigen Jahren befasst sich auch die psychiatrische Fachwelt zunehmend mit diesem Ansatz.

> *Recovery* (engl.): Im medizinischen Kontext bedeutet der Begriff Erholung, Gesundung, Genesung und Wiedererlangen (PONS 2003, Amering u. Schmolke 2007).

Der hier beschriebene Recovery-Ansatz geht davon aus, dass eine persönlich erlebte Katastrophe oder ein Trauma (wie z. B. eine psychische Erkrankung) sich nicht wieder ungeschehen machen lässt. Das Erlebte muss stattdessen akzeptiert werden und der Betroffene muss einen Weg finden, wie er damit umgehen kann. Heilung im Sinne von Recovery meint daher nicht unbedingt, dass der Betroffene völlig symptomfrei ist, sondern dass der Betroffene trotz der Erkrankung und ggf. zurückbleibender Einschränkungen ein selbstbestimmtes, erfülltes und zufriedenes Leben führt. Nach dem Recovery-Ansatz orientieren sich die Lösungen, die gefunden werden

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

müssen, damit dies möglich wird, am betroffenen Individuum (Klientenzentrierung). Dabei kommt bei ihrer Umsetzung dem Betroffenen ein hohes Maß an Eigenverantwortung zu (Anthony 1993).

Die Klienten werden durch den Recovery-Ansatz verstärkt aufgefordert, aktiv mit ihrer Erkrankung und den begleitenden Symptomen und Einschränkungen eigenverantwortlich umzugehen. So wie der Patient mit einem Diabetes mellitus seine Ernährungsgewohnheiten anpassen muss, sollen psychisch kranke Menschen im Alltag auf ihre individuellen psychischen Stärkungs- und Belastungsfaktoren achten. Viele Betroffene benötigen hierbei Unterstützung, z. B. durch ein hilfreiches soziales und medizinisches Netzwerk und soziale Unterstützung.

Die Recovery-Forschung geht davon aus, dass soziale Unterstützung ein komplexer Prozess (Corrigan u. Phelan 2004) ist, der durch objektive und subjektive Faktoren bestimmt wird. Dabei widmet sich dieser Ansatz neben den objektiven Faktoren (siehe oben) auch der erlebten Qualität eines Kontaktes, die durch folgende Aspekte bestimmt wird, wie z. B.:

- Qualität der Kontakte, z. B. inwieweit sie zur Befriedigung, Beruhigung, Ermunterung beitragen
- Wohlgefühl während und nach einem Treffen
- ausreichende Häufigkeit/Frequenz der einzelnen Kontakte.

Zusammenfassend lässt sich folgende, *spezielle* Definition für den Begriff soziale Unterstützung formulieren.

> *Soziale Unterstützung im Sinne von Recovery* (Gesundung): Der positive Gewinn (die subjektiv erlebte Qualität) zwischenmenschlicher und auch professioneller Beziehungen, die in sozialen Netzwerken (objektive Personen) gelebt bzw. wahrgenommen werden.

Was ist ein soziales Netzwerk?

Soziale Netzwerke unterscheiden sich u. a. hinsichtlich Größe, Belastbarkeit oder Stabilität, Dauerhaftigkeit, Gestaltungsvielfalt und der Wechselseitigkeit der Kontakte sowie der Frequenz und Intensität (Borgetto 2007).

> *Soziales Netzwerk:* Gesamtheit der sozialen Beziehungen, in die eine Person eingebettet ist.

Es bezieht alle Personen ein, die in einem sehr nahen, persönlichen, vertrauten, aber auch entfernten zwischenmenschlichen Kontakt zur jeweiligen Person stehen. Ein soziales Netzwerk ist eine grundsätzliche Voraussetzung, um am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (WHO 2001).

Ein soziales Netzwerk zeigt eine breite Wirkungsweise auf unser seelisches, psychisches Wohlbefinden und somit auch auf unsere Gesundheit:

- Sich in einem umfangreichen, vielseitigen sozialen Netzwerk zu bewegen bedeutet soziale Gemeinschaft, Geselligkeit und Wohlbefinden im Gegensatz zu sozialer Isolation und Einsamkeit.
- Soziale Netzwerke vermitteln Werte, kulturelle Normen und Verhaltensanweisungen, z. B. zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit. Man spricht von *sozialer Regulation* oder auch von *sozialer Kontrolle*. Sie hat den Effekt, dass z. B. das Essverhalten, die Körperpflege, sportliche und andere Freizeitaktivitäten reguliert, aber auch Risiko- und Gefahrenquellen in sozialen Beziehungen reduziert werden. Zudem können gemeinsame Aktivitäten im Sport und in der Freizeit als sozial unterstützend und gesundheitsfördernd erlebt werden (Nestmann 2007).
- Ein weiterer Effekt ist die Stärkung des Selbstbewusstseins. Das Gefühl, akzeptiert und respektiert zu sein, Zugehörigkeit, Bestätigung, Wertschätzung und Aufgehobenheit zu empfinden sind elementare psychische Bedürfnisse. Sie haben direkten Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden und Selbstwertgefühl. Die Summe solcher Erfahrungen stärkt das Selbstbewusstsein. Darüber hinaus wird eine konstruktiv-optimistische Atmosphäre erzeugt, die einen motivierenden Effekt hat und Mut macht, z. B. einen wichtigen, aber gefürchteten Handlungsschritt zu wagen oder einer sinnvollen Betätigung nachzukommen. Personen, die gut in ein soziales Netzwerk eingebettet sind, erfahren Sicherheit, denn bereits die zuverlässige Aussicht auf Hilfe reduziert Ängste.
- Einen besonders stärkenden Effekt zeigen Bindungen in einem sozialen Netzwerk, die auf Geben und Nehmen basieren. Hilfestellungen anzunehmen und geben zu können erzeugt ein bestätigendes Gefühl von Gebrauchtwerden und von Kontroll- und Selbstkontrollerfahrungen (Nestmann 2007).

Soziale Netzwerke psychisch erkrankter Menschen

Häufig ist zu beobachten, dass die sozialen Netzwerke chronisch kranker Menschen kleiner und enger sind als die von Gesunden. Qualität und Quantität des Netzwerks und die von außen beobachtbaren Unterstützungsleistungen sind geringer ausgeprägt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sie repräsentieren die objektive Seite der sozialen Unterstützung (Bogetto 2007).

Untersuchungen sozialer Netzwerke wurden in vielen Bereichen der Psychiatrie durchgeführt. So ergab z. B. eine Studie mit schizophrenen Patienten, dass ihr Netzwerk weniger Personen enthielt als das von vergleichbaren gesunden Menschen. Es war auch kleiner als das Netzwerk von Alkoholikern und von Patienten mit depressiven Symptomatiken. Je länger die Krankheit schon bestand und je häufiger eine klinische Wiederaufnahme notwendig war, desto stärker reduzierte sich das persönliche Netzwerk. Im Rahmen dieser Studie wurde diskutiert, dass dies nicht zwangsläufig als eine Folge von sozialer Isolation betrachtet werden muss, es könnte sich dabei z. B. auch um eine bewusste oder unbewusste Strategie gehandelt haben, sich vor belastenden Situationen zu schützen (Klusmann 1992). Dieses Beispiel zeigt, dass Erkenntnisse über soziale Netzwerke meist nicht eindeutig zu interpretieren sind, sondern weitere Forschungsfragen nach sich ziehen.

In einer ergotherapeutischen Studie aus Schweden mit 103 Teilnehmern wurde der Einfluss von sozialen Netzwerken bei Menschen mit andauernden psychischen Erkrankungen in Bezug auf ihre berufliche Tätigkeit und sinnvolle Betätigung untersucht (Eklund 2006). Die Probanden repräsentierten in ihren Beschäftigungsformen den gesellschaftlichen Durchschnitt, der in westlichen Kulturen bei psychiatrischer Klientel zu beobachten ist:

- Arbeit, Ausbildung oder Studium
- Beschäftigungen in gemeindenahen Anlaufstellen, vergleichbar mit Tagesstätten, Sozialpsychiatrische Zentren etc.
- keine reguläre Arbeit, Betätigung und/oder Aufgabe.

In Bezug auf soziale Interaktionen wurden objektive und subjektive Faktoren gemessen, die eine Beschäftigung/Betätigung beeinflussen, wie z. B.:

- Wie viel Zeit wird neben der Arbeit/dem Studium in produktive/soziale Aktivitäten investiert?
- Wie aktiv erlebt sich die Person gerade in ihren verschiedenen Lebens- und Arbeitsbereichen?
- Wie zufrieden ist man mit den täglichen Arbeiten und Aufgaben?
- Welchen persönlichen Wert hat die eigene Arbeit/Betätigung?

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass das soziale Netzwerk allen Betroffenen, ungeachtet welcher Arbeit und Beschäftigungsform sie nachgehen, ein Gefühl von Sicherheit und Zugehörigkeit vermitteln kann. Darüber hinaus scheint dies den Einzelnen zu motivieren, sinnvolle Handlungen und Aktivitäten auszuführen. Die Förderung und der Aufbau von Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk der Klienten sollte daher bei der ergotherapeutischen Behandlung mit berücksichtigt werden.

Soziale Unterstützung im Fokus der psychiatrischen Ergotherapie

Für die psychiatrische Ergotherapie ist das Konzept der sozialen Unterstützung ein Ansatz, um die Ressourcen des Patienten zu stärken, denn es dient als motivierende und stabilisierende Kraft auf dem Weg zur psychischen Stabilisierung. Wie im Fallbeispiel (s. S. 190f) beschrieben, kann soziale Unterstützung unterschiedlich wirken. Sie kann z. B. das Stresserleben eines Klienten reduzieren, diesen motivieren und sein Selbstwertgefühl stärken.

Eine Analyse des sozialen Netzwerks in der Ergotherapie ist der erste Schritt, um gemeinsam mit dem Klienten daran zu arbeiten, dass er soziale Unterstützung erlebt. Durch die Analyse lernt er, seinen sozialen Kontext besser zu verstehen und ggf. soziale Unterstützung zu (re)aktivieren.

Soziale Unterstützung ist eine Ressource, die bei psychisch kranken Menschen jeden Lebensalters genutzt werden kann. Unabhängig vom Ort der ergotherapeutischen Leistungserbringung (z. B. Psychiatrisches Krankenhaus, Ergotherapiepraxis, Berufliches Trainingszentrum, Werkstatt für behinderte Menschen) ist die Auseinandersetzung mit sozialer Unterstützung und dem sozialen Netzwerk meist dann besonders hilfreich, wenn sich der Klient im Übergang zwischen verschiedenen Behandlungs- und Rehabilitationsphasen befindet, z. B. beim Übergang aus der Klinikbehandlung in den Alltag oder im Anschluss an eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme bei der Aufnahme einer Arbeit.

Die Ergotherapeutin wird vorübergehend – ebenso wie andere psychiatrische Fachkräfte – durch ihre Interventionen und Maßnahmen ebenfalls zu einem Teil der sozialen Unterstützung, die der Patient erfährt. In der Ergotherapie umfassen Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Unterstützung in aller Regel praktische Interventionen und Beratung. Diese wirken stärkend auf das Selbstbild (Innenwelt) des Patienten und dienen der Entwicklung des bestehenden sozialen Netzwerkes (Außenwelt).

Ziel ist es, dass das soziale Netzwerk und die damit verbundene soziale Unterstützung dem Klienten helfen, seinen Lebens- und Berufsalltag zu bewältigen und psychisch stabil zu bleiben. Dabei geht es jedoch nicht darum, dass der Klient im Rahmen der sozialen Unterstützung eine passiv-empfangende Haltung

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

einnimmt, sondern sich aktiv und eigenverantwortlich verhält.

In der Ergotherapie werden gemeinsam mit dem Klienten die Ressourcen seines sozialen Netzwerkes bezogen auf die verschiedenen Lebensbereiche untersucht. Dabei kann die soziale Unterstützung im sozialen Netzwerk als eine Art Sicherheitsnetz verstanden werden, das den Einzelnen auffängt, wenn es notwendig ist. Dieses Sicherheitsnetz hat nach Konrad (2008), der in einer Studie psychisch erkrankte Menschen befragte, vier Aspekte, die es durch Ergotherapie zu unterstützen gilt:

- das Netzwerk im Privatleben, bestehend aus Familie, Partner, Freunde usw.
- das Netzwerk im Arbeitsleben, bestehend aus Chef, Abteilungsleiter, direkte und indirekte Kollegen usw.
- das Netzwerk der Gesundheitsfürsorge, bestehend aus Arzt, Psychotherapeut, Ergotherapeut usw.
- sowie selbstunterstützende Aktivitäten, wie z. B. Sport, Kino, Lesen, Hobbys.

Bezogen auf den individuellen Wunsch des Klienten wird daran gearbeitet, wie weitere Ressourcen entwickelt oder vorhandene gestärkt werden können. Die Ergotherapeutin wird zu einer Art Vermittlerin im Netzwerk und unterstützt den Klienten aktiv, förderliche Kontakte zu knüpfen.

Es gibt innerhalb der Ergotherapie kein Assessment, das die verschiedenen objektiven und subjektiven Aspekte der sozialen Unterstützung erfasst. Um herauszufinden, welche selbstunterstützenden Aktivitäten für einen Klienten bedeutsam sind, kann sich z. B. der Einsatz der Interessencheckliste basierend auf dem Model of Human Occupation (MOHO, Matsutsuyu 1967) als hilfreich erweisen (s. Kap. 2.1.1).

Je nach Fragestellung kann es auch sinnvoll sein, weitere Assessments anzuwenden, z. B. das Worker Role Interview (WIR, Bravemann et al. 2007) oder die Work Environment Inventory (WEIS, Moore-Corner u. Kielhofner 2009). Darüber hinaus werden im Model of Human Occupation (MOHO) weitere Erkenntnisse über unterschiedliche Faktoren beschrieben, die unser Sozialverhalten und unser Handeln beeinflussen. So schreibt Gary Kielhofner (2004), dass Motivation, Gewohnheiten, Handlungsfähigkeit und Umweltfaktoren (bzw. die Rahmenbedingungen) sich wechselseitig beeinflussen und die Gedanken und Gefühle sowie das Verhalten eines Menschen verändern bzw. prägen. Darüber hinaus haben räumliche, kulturelle und soziale Umweltfaktoren als äußere Gegebenheiten entscheidenden Einfluss auf das Sozialverhalten (die Sozialisation) und die Motivation des einzelnen Menschen (Individuum), sich sinnvoll zu betätigen.

Als Ansatz zur Veranschaulichung der komplexen Faktoren, die auf das Leben eines Klienten wirken, könnte auch in Deutschland zukünftig das in Asien entwickelte Kawa-(Fluss-)Modell (s. Kap. 2.1.4) verstärkt herangezogen werden. Dieses Modell zeigt in einer anschaulichen Art und Weise anhand der Metapher „Lebensfluss“, welche Faktoren diesen blockieren oder ihn auch wieder zum Fließen bringen können. Der sozialen Unterstützung wird bei diesem Modell eine wichtige Rolle zugeschrieben.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es zwischen sinnvoller Betätigung (Arbeit, Alltag und Freizeit) und den verschiedenen Aspekten eines sozialen Netzwerkes eine Verbindung mit Wechselwirkung gibt. Je besser sich der Einzelne in sein soziales Netzwerk (*objektive Personen*) eingebunden fühlt (*subjektives Empfinden*), desto eher entwickelt er das Bedürfnis, produktiv tätig zu sein, und wird sich motiviert und sicher fühlen, einer sinnstiftenden Betätigung in Arbeit und Freizeit nachzukommen. Darüber hinaus hat soziale Unterstützung auch eine gesundheitsfördernde Wirkung. Der zur Stressreduktion dienende *Puffereffekt* kann von der Ergotherapie gezielt eingesetzt bzw. genutzt werden, um Belastungen, die durch die (Handlungs-)Anforderungen des Lebens entstehen, auszugleichen und damit eine Balance zwischen Belastung und Erholung herzustellen.

Soziale Unterstützung und das soziale Netzwerk werden somit zu Komponenten, die im Rahmen präventiver Konzepte und Maßnahmen in der psychiatrischen Ergotherapie im Sinne einer rehabilitativen Strategie genutzt und berücksichtigt werden sollten.

Fallbeispiel: Frau M. – „Ohne die Nachbetreuung hätte ich es nicht geschafft!”

Die 39-jährige Frau M. ist gelernte Köchin und wurde vor ca. zwei Jahren mit einer akuten Psychose in eine Klinik eingewiesen. Es folgte eine medizinische Rehabilitation, später absolvierte sie ein berufliches Training in einem Beruflichen Trainingszentrum, um einerseits ihre Belastbarkeit zu trainieren und andererseits sich eine realistische berufliche Perspektive aufzubauen.

Nach erfolgreicher Beendigung des Trainings arbeitet sie nun wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Köchin. Sie hat ihr Tätigkeitsfeld gewechselt und kocht heute in einem Betriebsrestaurant, da die Arbeitszeiten in einem Restaurant, die meist bis nach Mitternacht gingen, schädlich waren für ihre Gesundheit. Darüber hinaus fühlte sie sich sowohl

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

dem Stress der Gastronomie nicht mehr gewachsen als auch dem meist sehr rauen Umgangston.

Trotz eines vorangegangenen achtwöchigen Praktikums und der förderlichen Rahmenbedingungen, die sie am neuen Arbeitsplatz vorfand, hatte sie große Ängste vor der Arbeitsaufnahme.

Beim Abschlussgespräch im Beruflichen Trainingszentrum wurde ihr eine Nachbetreuung für zunächst 6 Monate durch die Ergotherapeutin zugesagt. Sie hatten bereits im Training intensiv zusammengearbeitet und dabei eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufgebaut. Darüber hinaus konnte Frau M. mit ihr sowohl arbeitsbezogene Themen besprechen als auch private Angelegenheiten.

Im ersten Gespräch der Nachbetreuung berichtete Frau M. der Ergotherapeutin über aktuelle Sorgen und Ängste, aber auch erfolgreich bewältigte Situationen. Sie äußerte sich sehr dankbar über die berufliche Chance. Sie gab an, sie wolle möglichst alles richtig machen, und habe große Ängste, zu versagen bzw. von den Kollegen abgelehnt zu werden. Zudem erzählte sie, dass sie außer in der Nachbetreuung kaum jemand habe, bei dem sie sich aussprechen könne und das ihr dies jedoch besonders wichtig sei.

Die Ergotherapeutin nahm dies zum Anlass, gemeinsam mit ihr nach Unterstützungsmöglichkeiten zu suchen. Dabei wurde anhand der vier Aspekte des Sicherheitsnetzes untersucht, ob es Personen gibt, deren Unterstützung Frau M. aktiv suchen könnte.

Im Bereich des Netzwerks der Gesundheitsfürsorge erwies sich der psychiatrische Facharzt als Person mit einem hohen Vertrauensstatus. Sie äußerte, sie könne auch mit dem behandelnden Psychotherapeuten über ihre hohen Ansprüche an sich selbst spechen und über ihre Versagensängste. Aufgrund dieser Erkenntnis heraus bereitete die Klientin die kommenden Therapiesitzungen vor, indem sie sich Themen notierte.

Die weitere Analyse des Netzwerkes ergab, dass sie sich vor allem im privaten Bereich einsam fühlte. Ihr Vater war bereits vor Jahren gestorben und die Mutter war, seit sie in der psychiatrischen Klinik war, sehr besorgt. Sie meinte, die Mutter könne ihr nur wenig Sicherheit vermitteln. Frau M. erzählte von ihrem entfernt lebenden älteren Bruder, mit dem sie ab und zu telefoniere. Sie gab an, die Telefonate hätten für sie immer einen sehr aufbauenden Charakter. Die Ergotherapeutin fragte sie, ob sie sich wünsche, mit ihrem Bruder einen regelmäßigen Telefonkontakt aufzubauen. Frau M. wollte darüber nachdenken und dies vielleicht sogar mit dem Bruder selbst besprechen.

Frau M. erinnerte sich an einen weiteren privaten Kontakt aus ihrer Behandlung in der Tagesklinik. Da habe sie sich mit einer Frau sehr gut verstanden, aber danach den Kontakt nicht weiter gepflegt. Sie nahm sich vor, dieser Frau in den kommenden zwei Wochen eine Postkarte zu schreiben oder sie einfach anzurufen. Darüber hinaus wurde der Ausbau des privaten sozialen Netzwerkes mithilfe der Ergotherapeutin als weiteres Ziel für die Nachbetreuung festgehalten.

Die Sammlung möglicher Anknüpfungspunkte und Adressen wurde von Ergotherapeutin und Klientin zur Vorbereitung für das nächste Treffen vereinbart. Frau M. wollte z. B. ihr Adressbuch durchsehen, um sich eventuell bei alten Freunden zu melden. Die Analyse des privaten Netzwerks zeigte insgesamt, dass Frau M. nur wenig stützende, haltende Kontaktpersonen hatte.

In Bezug auf das Netzwerk im Arbeitsleben berichtete Frau M., dass ihr Chef für sie ein wichtiger Ansprechpartner sei und dass sie auf seine Meinung großen Wert lege. Den Vorschlag seitens der Ergotherapeutin, den Chef vermehrt als Ansprechpartner zu nutzen, lehnte sie ab, da sie zu großen Respekt vor ihm habe. Sie könne sich aber vorstellen, eine sympathische Kollegin ab und zu anzusprechen, da ihre Art sie aufheitere. Die Ergotherapeutin unterstützte sie in ihrem Vorhaben, thematisierte jedoch auch, dass soziale Kontakte am Arbeitsplatz langsam entstehen sollten, da im Falle eines Konflikts am Arbeitsplatz sich hieraus eine zusätzliche Stressquelle ergeben könnte.

Die Ergotherapeutin fragte auch nach selbstunterstützenden Aktivitäten und machte sie darauf aufmerksam, dass sie dank der geregelten Arbeitszeiten regelmäßig Freizeitaktivitäten durchführen könne. Gemeinsam wurde gesammelt, welche Hobbys und Freizeitaktivitäten der Klientin vor ihrer Tätigkeit in der Gastronomie Freude bereitet hatten, sie nannte: Radfahren, Lesen und Ins-Kino-Gehen. Gemeinsam wurde ein abgestufter Plan entwickelt, wie Frau M. erste Schritte gehen könne, um die alten Hobbys wieder zu aktivieren. Dabei wurde auch darüber nachgedacht, wie diese Hobbys genutzt werden könnten, um weitere soziale Kontakte zu knüpfen.

In den weiteren Nachbetreuungsterminen wurden die vorgenommenen Teilschritte überprüft und besprochen. Nicht immer schaffte Frau M. es, alle Zwischenziele zu erreichen. Häufig lag es daran, dass sie sich zu viel auf einmal vornahm und zu wenig Geduld und Gelassenheit mit sich und den Dingen hatte. Dann wurde dies besprochen und neue, erreichbare Zwischenziele formuliert. Eine entscheidende Intervention der Ergotherapeutin bestand darin, die Klientin zu ermutigen, sich einerseits Ziele zu ste-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

cken, diese jedoch so zu gestalten, dass sie bewältigt werden konnten.

Frau M. beschäftigte es sehr, wie sie von ihrem Chef eingeschätzt würde. Sie war jedoch weiterhin zu unsicher, um ihn darauf anzusprechen. Einen gemeinsamen Termin mit der Ergotherapeutin und dem Vorgesetzten lehnte sie ab, da ihr dies das Gefühl gegeben hätte, nicht selbstständig zu sein. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin wurde abgewogen, welche Vor- und Nachteile es habe, weiter abzuwarten oder den Mut aufzubringen, um den Chef anzusprechen.

Nach einer gewissen Zeit setzte sich Frau M. selbst das Ziel, bis zum nächsten Nachbetreuungstermin aktiv auf den Küchenleiter zuzugehen, um sich eine Rückmeldung über ihren derzeitigen Einarbeitungsstand geben zu lassen. Sie äußerte, dass sie sich nun einen Termin setzen müsse, damit sie sich überwinden könne, ihn anzusprechen.

Vor der nächsten Nachbetreuungssitzung meldete Frau M. sich bei der Ergotherapeutin und schlug vor, das kommende Treffen in einem Café durchzuführen. Bei diesem Treffen berichtete sie stolz, über das Gespräch mit ihrem Vorgesetzten, der sich positiv über ihre Leistung geäußert habe. Er habe auch Verbesserungsvorschläge für sie gehabt, die sie jedoch gut nachvollziehen könne. Seit diesem Gespräch fühle sie sich gestärkt und habe deswegen das Bedürfnis gehabt, sich „ganz normal" nach Feierabend in einem Café zu treffen. „Für mich ist das wie ein kleines Fest.", sagte sie zur Begrüßung und berichtete, dass der Treffpunkt Café für sie ein Symbol dafür sei, am Ziel zu sein und sich emotional stabil zu fühlen.

Die weiteren Treffen wurden ebenfalls im Café durchgeführt. Frau M. stabilisierte sich weiter und es gelang, ihr privates soziales Netzwerk auszubauen. So fand sie eine Freundin, mit der sie regelmäßig ins Kino geht, und schloss sich einer Freizeitgruppe an, die an den Wochenenden Radtouren veranstaltet.

Die Ergotherapeutin verringerte ihre Interventionen allmählich und bestärkte Frau M. darin, sich eigenverantwortlich um ihre Belange zu kümmern und selbst Wünsche und Ziele zu formulieren. Dabei unterstützte sie Frau M., durch ihre Fragestellung und Gesprächsführung sich immer wieder machbare Teilschritte vorzunehmen. Zum Abschluss der Nachbetreuung äußerte Frau M., dass sie sich gestärkt und stabilisiert fühle und an Selbstsicherheit gewonnen habe. Dies läge nicht nur an der Arbeitsstelle, mit der sie sehr zufrieden sei und die ihr viel Bestätigung und Sicherheit gäbe, sondern auch daran, dass sie das Gefühl hätte, immer mehr gute und unterstützende Kontakte im Privatleben zu entwickeln. Das Wichtigste für sie aber war, dass sie durch die Nachbetreuung eigene Herangehens- und Handlungsweisen entwickelt habe und sich gestärkt fühle, mehr eigenverantwortlich zu handeln.

2.5 Literatur

Aktion Psychisch Kranke. Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Tagungsmaterialien, Bonn; 1996.

American Occupational Therapy Association. Uniform terminology for occupational therapy (3 rd ed). Amer J Occup Ther. 1994; 48.

Amering M, Schmolke M. Recovery; Das Ende der Unheilbarkeit. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2007.

Anthony W. Recovery from Mental illness; the guiding vision of the mental health service system in the 1990 s. Psychological Rehabilitation Journal. 1993; 16(4):11–23.

Antons K. Grundlagen der Gruppendynamik. Göttingen: Hogrefe; 1996.

AOTA. Occupational Therapy Practice Framework. Bethesda: AOTA; 2002.

Arbeitsgemeinschaft ergotherapeutischer Schulen: Grundlagen der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.

Ayres J. Bausteine der kindlichen Entwicklung. 4. Auflage Heidelberg: Springer; 2002.

Baron K, Kielhofner G, Goldhammer V, Wolenski J. Occupational self assessment (OSA). (Reinhartz S, Trans.). Im Eigenverlag der Übersetzerin. AHA…Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE); 2000.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Chicago: Model of Human Occupation. Clearinghouse; 2002.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Deutsche Übersetzung: Reinhartz S. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.

Barrera M. Distinctions between Social Support Concepts, Measures and Models. American Journal of Community Psychology. 1986; 14(4).

Barris R, Oakley F, Kielhofner G. The role checklist. In: Hemphill B, ed. Mental health assessment in occupational therapy: an integrated approach to the evaluative process. Thorofare/NJ: Slack; 1998:73.

Baum CM, Law M. Occupational therapy practice: Focusing on occupational performance. American Journal of Occupational Therapy. 1997; 51:227–228.

Becker H. Konzentrative Bewegungstherapie. Gießen: Psychosozial Verlag; 2001.

Béguin H, Dreier S, Hansmann S, Nieuwesteeg M, Mosthaf U, Schüpbach H, Somazzi M, Fatzer V, Versümer G. Das Bieler Modell. Unveröffentlichtes Manuskript. Schule für Ergotherapie Biel (CH); 1998.

Béguin H, Dreier S, Nieuwesteeg M, Mosthaf U, Schüpbach H, Somazzi M, Versümer G. Das Bieler Modell – ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Maßnahmen. In: Ergotherapie. Fachzeitschrift des Ergotherapeutinnen-Verbandes Schweiz 1995; 9:21.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

cken, diese jedoch so zu gestalten, dass sie bewältigt werden konnten.

Frau M. beschäftigte es sehr, wie sie von ihrem Chef eingeschätzt würde. Sie war jedoch weiterhin zu unsicher, um ihn darauf anzusprechen. Einen gemeinsamen Termin mit der Ergotherapeutin und dem Vorgesetzten lehnte sie ab, da ihr dies das Gefühl gegeben hätte, nicht selbstständig zu sein. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin wurde abgewogen, welche Vor- und Nachteile es habe, weiter abzuwarten oder den Mut aufzubringen, um den Chef anzusprechen.

Nach einer gewissen Zeit setzte sich Frau M. selbst das Ziel, bis zum nächsten Nachbetreuungstermin aktiv auf den Küchenleiter zuzugehen, um sich eine Rückmeldung über ihren derzeitigen Einarbeitungsstand geben zu lassen. Sie äußerte, dass sie sich nun einen Termin setzen müsse, damit sie sich überwinden könne, ihn anzusprechen.

Vor der nächsten Nachbetreuungssitzung meldete Frau M. sich bei der Ergotherapeutin und schlug vor, das kommende Treffen in einem Café durchzuführen. Bei diesem Treffen berichtete sie stolz, über das Gespräch mit ihrem Vorgesetzten, der sich positiv über ihre Leistung geäußert habe. Er habe auch Verbesserungsvorschläge für sie gehabt, die sie jedoch gut nachvollziehen könne. Seit diesem Gespräch fühle sie sich gestärkt und habe deswegen das Bedürfnis gehabt, sich „ganz normal" nach Feierabend in einem Café zu treffen. „Für mich ist das wie ein kleines Fest.", sagte sie zur Begrüßung und berichtete, dass der Treffpunkt Café für sie ein Symbol dafür sei, am Ziel zu sein und sich emotional stabil zu fühlen.

Die weiteren Treffen wurden ebenfalls im Café durchgeführt. Frau M. stabilisierte sich weiter und es gelang, ihr privates soziales Netzwerk auszubauen. So fand sie eine Freundin, mit der sie regelmäßig ins Kino geht, und schloss sich einer Freizeitgruppe an, die an den Wochenenden Radtouren veranstaltet.

Die Ergotherapeutin verringerte ihre Interventionen allmählich und bestärkte Frau M. darin, sich eigenverantwortlich um ihre Belange zu kümmern und selbst Wünsche und Ziele zu formulieren. Dabei unterstützte sie Frau M., durch ihre Fragestellung und Gesprächsführung sich immer wieder machbare Teilschritte vorzunehmen. Zum Abschluss der Nachbetreuung äußerte Frau M., dass sie sich gestärkt und stabilisiert fühle und an Selbstsicherheit gewonnen habe. Dies läge nicht nur an der Arbeitsstelle, mit der sie sehr zufrieden sei und die ihr viel Bestätigung und Sicherheit gäbe, sondern auch daran, dass sie das Gefühl hätte, immer mehr gute und unterstützende Kontakte im Privatleben zu entwickeln. Das Wichtigste für sie aber war, dass sie durch die Nachbetreuung eigene Herangehens- und Handlungsweisen entwickelt habe und sich gestärkt fühle, mehr eigenverantwortlich zu handeln.

2.5 Literatur

Aktion Psychisch Kranke. Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Tagungsmaterialien, Bonn; 1996.

American Occupational Therapy Association. Uniform terminology for occupational therapy (3 rd ed). Amer J Occup Ther. 1994; 48.

Amering M, Schmolke M. Recovery; Das Ende der Unheilbarkeit. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2007.

Anthony W. Recovery from Mental illness; the guiding vision of the mental health service system in the 1990 s. Psychological Rehabilitation Journal. 1993; 16(4):11–23.

Antons K. Grundlagen der Gruppendynamik. Göttingen: Hogrefe; 1996.

AOTA. Occupational Therapy Practice Framework. Bethesda: AOTA; 2002.

Arbeitsgemeinschaft ergotherapeutischer Schulen: Grundlagen der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.

Ayres J. Bausteine der kindlichen Entwicklung. 4. Auflage Heidelberg: Springer; 2002.

Baron K, Kielhofner G, Goldhammer V, Wolenski J. Occupational self assessment (OSA). (Reinhartz S, Trans.). Im Eigenverlag der Übersetzerin. AHA…Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE); 2000.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Chicago: Model of Human Occupation. Clearinghouse; 2002.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Deutsche Übersetzung: Reinhartz S. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.

Barrera M. Distinctions between Social Support Concepts, Measures and Models. American Journal of Community Psychology. 1986; 14(4).

Barris R, Oakley F, Kielhofner G. The role checklist. In: Hemphill B, ed. Mental health assessment in occupational therapy: an integrated approach to the evaluative process. Thorofare/NJ: Slack; 1998:73.

Baum CM, Law M. Occupational therapy practice: Focusing on occupational performance. American Journal of Occupational Therapy. 1997; 51:227–228.

Becker H. Konzentrative Bewegungstherapie. Gießen: Psychosozial Verlag; 2001.

Béguin H, Dreier S, Hansmann S, Nieuwesteeg M, Mosthaf U, Schüpbach H, Somazzi M, Fatzer V, Versümer G. Das Bieler Modell. Unveröffentlichtes Manuskript. Schule für Ergotherapie Biel (CH); 1998.

Béguin H, Dreier S, Nieuwesteeg M, Mosthaf U, Schüpbach H, Somazzi M, Versümer G. Das Bieler Modell – ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Maßnahmen. In: Ergotherapie. Fachzeitschrift des Ergotherapeutinnen-Verbandes Schweiz 1995; 9:21.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bender S, Dittmann-Balcar A, Prehn G, Peters S, Thienel R, Gastpar M. Subjektives Erleben eines computergestützten kognitiven Trainings durch Patienten mit Schizophrenien. Nervenarzt. 2004; 75; 44:50.
Bender S, Thienel R, Dittmann-Balcar A. Schizophrenie: Kognitives Training per Computer. Der Neurologe und Psychiater. 2003; 1–2(49):51.
Beyermann G. Evidence based practice als Herausforderung für die Ergotherapie. Ergotherapie & Rehabilitation. 2002; 10, 19–23.
Beyermann G. Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 2000.
Beyermann G. Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage Stuttgart: Thieme; 2007.
Beyermann G. Woher – Wohin? Didaktischer Leitfaden zur Ausbildungsplanung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
BfA, Hrsg. KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 4. Aufl. Berlin; 2007. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de.
Bion WR. Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Frankfurt a. M.: Fischer TB Verlag; 1991, 2001.
Blaser Csontos M. Handlungsfähigkeit in der Ergotherapie. Berlin: Springer; 2004.
Blaser Csontos M. Modell zur Erfassung der Handlungsfähigkeit. Ergotherapie und Rehabilitation. 1998; 5.
Borchert K, Borchert D, Kohler J, Kradolfer F. Sensorische Verarbeitungsstörungen. Idstein: Schulz-Kirchner; 2005.
Boretto B, Born S, Bünemann-Geißler D, Düchting M et al. Forschungs-Pyramide-Diskussionsbeitrag zur Evidenz-Basierten Praxis in der Ergotherapie. ergoscience. 2007; 2:56–63.
Borgetto B. Psychosoziale Belastungen und Ressourcen. In: Weber A, Hörmann G, Hrsg. Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart: Gentner Verlag; 2007.
Braveman B, Robson M, Velozo C, Kielhofner G, Fisher G, Forsyth K, Kerschbaum J. Benutzerhandbuch für das Worker Role Interview (Version 10.0). Edition Vita Activa. Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B, Dehnhardt J. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2007.
Bravemann B, Robson M, Velozo C, Kielhofner G, Fisher G, Forsyth K, Kershbaum J. Worker Role interview (Version 10). Chicago: Model of Human Occupation. Clearinghouse; 2005.
Budjuhn A. Die psychosomatischen Verfahren. Dortmund: Verlag modernes Lernen; 1992, 1997.
Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling occupation: an occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE; 1997.
Capra F. The web of life. London: Harper Collins; 1997.
Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2004; 71:210–222.
Chapparo C, Ranka J. Occupational Performance Model (Australia). Monograph 1. Sydney: OP Network-Total Print Control; 1997.
Christ J, Hoffmann-Richter U. Therapie in der Gemeinschaft. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1997.
Christiansen C, Baum CM. Occupational Therapy Performance, Participation and Well-Being. Thorofare: Slack Incorporated; 2005.
Christiansen C, Baum CM. Occupational therapy: Enabling function and well-being. 2nd ed. Thorofare: Slack Incorporated; 1997.
Christiansen C, Baum CM. Occupational therapy: Overcoming human performance deficits. Thorofare: Slack Incorporated; 1991.
Ciompi L. Affektlogik. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 1998.
Cohn R. Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. 14. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
Corrigan P, Ralph RO. Recovery in Mental Illness: Broadening Our Understanding of Wellness. Washington: American Psychological Association; 2004.
Corrigan PW, Phelan SM. Social Support and Recovery in People with serious Mental Illness. Community Mental Health Journal. 2004; 40(6).
Cumming J, Cumming E. Ich und Milieu. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1962.
Dachs-Projekt. Ergotherapie – Was bietet sie heute und in Zukunft? Bozen: Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe in Bozen/Südtirol. Eigenverlag; 2007.
Dalhoff A, Döring A, Hirsekorn B, Timmer A. Das ergotherapeutische Handlungsfeld in der Psychiatrie. Ein Praxisleitfaden zur Entwicklung von Qualitätsstandards. Idstein: Schulz-Kirchner; 1999.
de las Heras CG, Geist R, Kielhofner G, Li Y. The Volitional Questionnaire. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse; 2002.
de las Heras CG, Geist R, Kielhofner G, Li Y. The Volitional Questionnaire. Handbuch zum Volitionsbogen. Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B und J. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2009.
Dehnhardt B, Fischer A, Marotzki U, Mentrup C, Scheffler J. Fachwörterbuch Ergotherapie. 5. komplett überarb. Auflage Idstein: Schulz-Kirchner; 2006.
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e. V. www.dgpt.de. 16. 3. 2008.
Deutscher Arbeitskreis für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT) e. V. Methode. www.dakbt.de 2007.
Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V. Prävention und Gesundheitsförderung in der Ergotherapie. Eigenverlag; 2006.
Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V. Über den DVE. Satzung und Ethik. www.ergotherapie-dve.de. 2007.
DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen ICF), Hrsg. International Classification of Functioning, Disability and Health. Deutsche Version Oktober 2005. WHO Genf; PDF-file.
DIN (Deutsches Institut für Normierung). DIN EN ISO 9000. Berlin: 2000.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Doi T. The anatomy of dependence. Tokyo: Kodansha International; 1973.
Dunn W, Brown C, McGuigan A. The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. American Journal of Occupational Therapy. 1994; 48(7):595–607.
Eklund M. Occupational factors and characteristics of social network in people with persistent mental illness. American Journal of Occupational Therapy. 2006; 60:587–594.
Erbsch W, Laula C, Wichmann A. CMOP in Deutschland. AHA… Books Schriften zur Ergotherapie, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE). Eigenverlag; 2000.
Färber R, Steves K, Wiegels J (Projektgruppe Qualitätsmanagement). Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsmethoden im Krankenhaus. Düsseldorf: Krankenhausgesellschaft NRW e. V. Eigenverlag; 2004.
Feiler M. Klinisches Reasoning in der Ergotherapie. Berlin: Springer; 2003.
Fengler J. Feedback geben. Strategien und Übungen. 3. Aufl. Weinheim: Beltz; 2004.
Fengler J. Feedback geben. Strategien und Übungen. Weinheim: Beltz; 1998.
Ferber R, Gans M, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), Hrsg. Indikationskatalog Ergotherapie. Die Darstellung des derzeitigen Spektrums der Ergotherapie in der Sozialversicherung. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
Fischer A, Steinhagen A. Die betätigungsorientierte Befunderhebung in der Ergotherapie. Ergotherapie-Zeitschrift für angewandte Wissenschaft. 2004; 1:1–28.
Flotho W. Klientenzentrierter Ansatz. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2007.
Föhres F, Kleffmann A, Müller B, Weinmann S. MELBA – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Siegen: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; 1998.
Forsyth K et al. A user's guide to the assessment of communication and interaction skills (ACIS, Version 4.0). Chicago: University of Illinois at Chicago, Department of Occupational Therapy; 1995.
Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G. Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten. Mentrup C, Trans. Idstein: Schulz-Kirchner. Erscheint voraussichtlich 2009 (Originalarbeit erschienen 1998).
Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G. The Assessment of Communication and Interaction Skills. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse; 1998.
Franzen J, Lasch K, Schmalbruch I. Mit den Händen (be)-greifen. Limburg: Hogeschool Zuyd, Niederlande; 2005.
Frederico J, Kielhofner G. The Child Occupational Therapy Assessment. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse; 2002.
Fröhlich A. Basale Stimulation. Bundesverband für Spastisch Gelähmte und Körperbehinderte e. V. Verlag Selbstbestimmtes Leben; 2003.
Funke-Paulsen M. Fachkunde Handwerk. Idstein: Schulz-Kirchner; 1992.
Fürhoff J. Analyse handwerklich und gestalterischer Techniken aus therapeutischer Sicht. Idstein: Schulz-Kirchner; 2002.
Fürhoff J. Ergotherapeutische Mittel und Medien. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage Stuttgart: Thieme; 2007.
Gans M. Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Miesen M, Hrsg. Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V.: Berufsprofil Ergotherapie 2004. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
Geibel-Jakobs M, Olbrich R. Computergestütztes kognitives Training bei schizophrenen Patienten: Die Nutzung von Evaluationsergebnissen für die Entwicklung eines individualisierten Trainingsverfahrens. Psychiat Praxis. 1998; 25:111.
George S. Praxishandbuch COPM. Darstellung des COPM und Entwicklung eines Praxisleitfadens zur Durchführung des Interviews in der neurologischen Klinik. Idstein: Schulz-Kirchner; 2002.
Gesellschaft Arbeit und Ergonomie – online e. V., Wilhelm-Leuschner-Straße 69–77, 60329 Frankfurt/Main.
Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen, Industriegewerkschaft Medien, Druck und Papier, Publizistik und Kunst sowie Deutsche Postgewerkschaft, Hrsg. Die neue Bildschirmarbeitsverordnung. Verordnung, Kommentar, Arbeitshilfen. 1997.
Götsch K. Ausbildungskonzept Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
Götsch K. Occupational Therapy – Die Entwicklung in den Vereinigten Staaten. Ergotherapie und Rehabilitation. 1993; 5:422.
Gräff C. Konzentrative Bewegungstherapie in der Praxis. Stuttgart: Hippokrates; 1989.
Granse M le, Kinèbanian A, Josephsson S. Promoting autonomy of the client with persistent mental illness: A challenge for occupational therapists from The Netherlands, Germany and Belgium. Occup Therapy Int. 2006; 13(3):142–159. www.interscience.wiley.com DOI: 101002/oti.208; 9. 5. 2006.
Gutmann J. PAKT – Psychiatrische – Angehörigen – Klienten – Ergotherapie. Ergotherapie und Rehabilitation. 2002; 3:29.
Haase FC. Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007.
Habermann C, Kolster F. Neuropsychologische Verfahren. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2007.
Habermann C. Qualitätszirkel in der Ergotherapie. Ergotherapie und Rehabilitation. 2001; 5.
Haerlin C. Wie erarbeite ich mit dem Kranken eine realistische Perspektive in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit? In: Kunze H, Lehmann K, Hrsg. Praxis und Problem der Arbeitstherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1987.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Hagedorn R. Ergotherapie – Theorien und Modelle – Die Praxis begründen. Dt. Übersetzung: Dehnhardt B und J Stuttgart: Thieme; 2000.
Hagedorn R. Praxismodelle der Ergotherapie. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 2. überarb. Auflage. Berlin: Springer; 2004.
Hagedorn R. Theorie in der Ergotherapie – eine konzeptionelle Grundlage für die Praxis. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 2. überarb. Auflage. Berlin: Springer; 2004.
Hagedorn R. Umsetzung von Modellen in die Praxis. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 2. überarb. Auflage. Berlin: Springer; 2004.
Haglund L, Ekbladh E, Thorell L, Hallberg I. Practice models in Swedish psychiatric occupational therapy. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2000; 7:107–113.
Haglund L, Karlsson G, Kielhofner G, Shei Lai J. Validity of the Swedish Version of the Worker Role Interview. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 1997; 4:23–29.
Harth A, Meyer A. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). In: Reuster T, Bach O, Hrsg. Ergotherapie und Psychiatrie. Perspektiven aktueller Forschung. Stuttgart: Thieme; 2002.
Harth A, Peper E. Qualitätsmanagement (QM): Grundlagen und Bedeutung für die Ergotherapie. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage Stuttgart: Thieme; 2007.
Harth A. Das Canadian Modell of Occupational Performance (CMOP). In: Marotzki U, Hrsg. Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Heidelberg: Springer; 2002.
Harth A. Evidenzbasierte Praxis in der Ergotherapie: Mythen, Wahrheiten und andere Gedanken. Eröffnungsrede, 52. DVE-Kongress 03. 05. 2007. www.kongress.dve.info. 28.9.07.
Harth A. Messverfahren in der Rehabilitation – Canadian Occupational Performance Measure. Ergotherapie und Rehabilitation. 1996; 2:122.
Hartmann M. Handwerklich-Gestalterische Handlungen in der Ergotherapie Psychiatrie. Zertifizierungsarbeit am Fortbildungsseminar für ErgotherapeutInnen Basel. 2002.
Hesse W, Hrsg. Sensorische Integration in der Psychiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2005.
Hesse W, Königer G. Erfahrungen mit Angeboten zur sensorischen Integration in der Behandlung akut schizophrener Patienten. In: Ergotherapie und Rehabilitation 1998; 1:5.
Hesse W, Prünte K. Sensorische Integration für schizophrene Patienten. Theoretische Grundlagen – Therapiekonzept – Erfahrungen. Dortmund: verlag modernes leben; 2004.
Hesse W, Prünte K. Sensorische Integration und schizophrene Störungen. Teil 1: Grundlegende theoretische Modelle. In: Ergotherapie und Rehabilitation. 2003a; 1:12.
Hesse W, Prünte K. Sensorische Integration und schizophrene Störungen. Teil 2: Ein heuristisches Rahmenmodell zu Störungen der sensorischen Integration bei schizophrenen Patienten. In Ergotherapie und Rehabilitation 2003b; 3:15.
Hesse W, Prünte K. Sensorische Integration und schizophrene Störungen. Teil 3: Ein ergotherapeutisches Behandlungskonzept für akut psychotische schizophrene Patienten. In Ergotherapie und Rehabilitation 2003c; 4:11.
Hooydonk E van, Oberauer B. Systematische Erfassung neuropsychologischer Defizite im Alltag – ein australisches Modell. In: Ergotherapie u. Rehab. 1998; 5:169.
Huber W, Schönle PW, Weber P, Wiechers R, Hrsg. Computer helfen heilen und leben. Computer in der neurologischen Rehabilitation. Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des Zentralen Nervensystems e. V. Bad Honnef: Hippocampus; 2002.
Hülsewiesche D, Gierig L. Die Orientierungsgruppe. Ein systemisch-lösungsorientierter Ansatz unter Einbeziehung der ausdruckszentrierten Methode. Ergotherapie und Rehabilitation. 2002; 7:15.
Hülsewiesche D. Lösungen im Blick. Die Verknüpfung der ausdruckszentrierten Methode mit der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. Deutscher Verband der Ergotherapeuten. AHA… Books Schriften zur Ergotherapie; 2002. Voraussichtlicher Erscheinungstermin 2008.
Hüppe M. Handwerkliche und gestalterische Angebote als ergotherapeutisches Medium im psychosozialen Bereich. Fachhochschule Nordhessen, Standort Hannover; 2007.
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB): Kurzbericht. Nr. 6, 16. 5. 2000.
Isaksson G, Lexell J, Skär L. Social support provides motivation and ability to participate in occupation. Occupation, Participation and Health. 2007; 27(1).
Iwama MK. Alles im Fluss. Praxisnahes Modell aus Japan. Ergopraxis. 2008; 1:24–27.
Iwama MK. Kawa-(Fluss-)Modell – Überwinden kultureller Bregrenzungen der zeitgenössischen Theorie der Ergotherapie [Kawa-(River-)Model – Overcoming Cultural Limitations of Contemporary Occupational Therapy Theories]. Ergoscience. 2007; 3(2):107–119.
Iwama MK. Revisiting culture in occupational therapy research; a meaningful endeavour. Occupational Therapy Journal of Research; Occupation, Participation & Health. 2004b; (24)1:1–2.
Iwama MK. The issue is… toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy. 2003; 57(5): 582–588.
Iwama MK. The kawa (river) model; nature, life flow & the power of culturally relevant occupational therapy. In: Kronenberg F, Algado S, Pollard N, editors. Occupational Therapy Without Borders – Learning from the Spirit of Survivors. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier Press; 2004a.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Iwama MK. The Kawa Model. Culturally Relevant Occupational Therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier Press; 2006.
Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Ergotherapie – Reflexion und Analyse, Rehabilitation und Prävention 49. 2. überarb. Auflage. Heidelberg: Springer; 2004.
Jerosch-Herold C. Evidenzbasierte Praxis – Wie beweisen wir als Ergotherapeuten unsere klinische Wirksamkeit? Ergotherapie & Rehabilitation. 2000; 5:13–19.
Jones D, Blair SEE, Hartery T, Jones RK. Sociology & Occupational Therapy. An integrated Approach. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
Jones M. Clinical Reasoning: Fundament der klinischen Praxis und Brücke zwischen den Ansätzen der Manuellen Therapie. Manuelle Therapie. 1998; 2.
Kaplan K, Kielhofner G. Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale. New York: Thorofare; 1989.
Kayser E, Schanz V, Rotberg A von. Objektbeziehungen und Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 1988.
Kayser E. Objektbeziehungen und Körperselbst in der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 1999.
Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, Walens D. A user's guide to the Occupational Performance History Interview-II. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse; 1997.
Kiefhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, Walens D. The Occupational Performance History Interview (Version 2.1) (Interview zur Betätigungsvorgeschichte). Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B u. J. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008.
Kielhofner G, Marotzki U, Mentrup C. Model of Human Occupation (MOHO), Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer; 2005.
Kielhofner G, Mentrup C, Niehaus A. Das Model of Human Occupation: Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer; 1999.
Kielhofner G, Mentrup C, Niehaus A. Das Model of Human Occupation: Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 2. überarb. Auflage. Heidelberg: Springer; 1999, 2004.
Kielhofner G. Conception foundation of occupational therapy. 3 rd ed. Philadelphia: FA Davis; 2004.
Kielhofner G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis; 2000.
Kielhofner G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. 3 rd ed. Philadelphia: FA Davis; 2004.
Kielhofner G. Model of Human Occupation. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1995.
Kielhofner G. Model of Human Occupation. 3 rd ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
Kielhofner G. Model of Human Occupation. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
Klusmann D. Soziales Netzwerk: Ein fruchtbares Konzept für die Psychiatrie? In: Anderson B, Hrsg. Mensch – Psychiatrie – Umwelt; ökologische Perspektiven für die soziale Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1992.
Köhler K, Steier-Mecklenburg F, Hrsg. Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation. Stuttgart: Thieme; 2007.
Köhler K. Qualitätssicherung – angewandt in der arbeitstherapeutischen Abteilung eines Landeskrankenhauses. Ergotherapie und Rehabilitation. 1998; 3:174.
Kokott I, Uffmann-Fey L. Die Projektgruppe als Therapiemethode. Schriftenreihe Psychiatrie. BTZ Köln; 1996.
Konrad A. Bridging the Gap; Experiences with social support after a vocational training for persons with mental illness, who are now working in the labour market. Master thesis; 2008.
Köser P. Hilfen zur Befundung/Arbeitsdiagnostik. Edition vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtlicher Erscheinungstermin 2008.
Krefting L. The use of conceptual models in clinical practice. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1985; 52(4):173–178.
Krietsch S, Heuer B. Schritte zur Ganzheit. Stuttgart: Gustav Fischer; 1997.
Krowtschek D. Marburger Konzentrationstraining. Göttingen: Hogrefe; 2000, 2007.
Kubny-Lüke B. Diagnostische Erhebungen. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 2000a.
Kubny-Lüke B. Diagnostische Erhebungen. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2007a.
Kubny-Lüke B. Psychosoziale Behandlungsmethoden und Behandlungsmittel. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 2000b.
Kubny-Lüke B. Psychosoziale Behandlungsmethoden und Behandlungsmittel. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2007b.
Kubny-Lüke B. SI in der Psychiatrie? In: Ergotherapie und Rehabilitation. 1993; 6:515.
Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems e. V., Rochusstraße 24, 53123 Bonn; 1996.
Lagemann H. Wie kommt der Alltag in die Therapie? Ergotherapie und Rehabilitation. 2007; 46:6–11.
Lakoff G, Johnson M. Metaphors We Live By. Chicago: Univ. of Chicago Press; 1980.
Lane S, Murray E, Bundy A. Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis: Theorie Und Praxis. Berlin: Springer; 2006.
Laurin F. Zum Stellenwert des Handwerks in der deutschen Ergotherapie. Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen; 2002.
Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. COPM – Canadian Occupational Performance Measure. Deutsche Übersetzung Dehnhardt B, Harth A, Meyer A. Im Eigenverlag der Übersetzerinnen 1999 (Originalarbeit 1998). Zu beziehen über: www.copm-zertifikat.de.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian occupational performance measure. CAOT Publications ACE; 1998.
Law M, Cooper BA, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996; 63(1): 9–22.
Law M, McColl M A. Knowledge and use of theory among occupational therapists: a Canadian survey. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1989; 56(4): 198–204.
Law M, Stewardt D, Letts L, Pollock N, Bosch J, Westmorland M. Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien. McMaster University. www.srs-mcmaster.ca. 4.10.07.
Law M. Client-centred occupational therapy. Thorofare: Slack Incorporated; 1998.
Le Granse M. Mosey. Modell der Profession und das Konzept der angepassten Fertigkeiten (Mosey Model of the Profession and the Concept of Adaptive Skills). In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 2. überarb. Auflage. Berlin: Springer; 2004.
Lebra S. Japanese Patterns of Behavior. Honolulu: University of Hawaii Press; 1976.
Lee SW, Renee T, Kielhofner G, Fisher G. Theory Use in Practice: A National Survey of Therapists Who Use the Model of Human Occupation. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62:106–117.
Lehrl S, Koch G, Stengel F. Gehirn-Jogging 1. Stuttgart: Klett; 1996.
Linken-Vieten E. Theoretischer Bezugsrahmen ergotherapeutischer Methoden. Idstein: Schulz-Kirchner; 1996.
Luft J. Einführung in die Gruppendynamik. Frankfurt: Fischer; 1991.
Mallinson T, Kielhofner G, Mattingly C. Metaphor and meaning in a clinical interview. American Journal of Occupational Therapy. 1996; 50:338–346.
Marker KR. Info zum Programmpaket Cogpack. Ladenburg: Marker Software; 2007.
Marotzki U, Hrsg. Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Heidelberg: Springer; 2002.
Marotzki U, Reichel K, Hrsg. Psychiatrische Ergotherapie heute. Bonn: PsychiatrieVerlag; 2006.
Marotzki U. Praxismodelle in der Ergotherapie. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2006.
Marotzki W. Bildung – Die Antwort auf Veränderungen in der Arbeits- und Lebenswelt infolge des Vordringens neuer Informationstechnologien. Ergotherapie und Rehabilitation. 2001; 8:5.
Matsutsuyu J. The Interest Checklist. Amer J Occup Ther. 1967; 11:170.
Matsutsuyu J. The Interest Checklist. Amer J Occup Ther. 1969; 23:323.
McColl MA, Carswell A, Law M, Pollock N, Baptiste S, Polatajko H. Research on the Canadian Occupational Performance Measure: An Annotated Resource. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2006.
McColl MA. Selecting A Theroretical Approach. In: Fearing VG, Clark J. Individuals in Context. A Practical Guide to Client-Centered Practice. Thorofare: Slack; 2000.
Mecklenburg H, Storck J, Hrsg. Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation/Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Psychiatrie-Verlag; 2008.
Mentrup C. Comparing the views of novices and competent occupational therapists on communication. Unveröffentlichtes Manuskript; 2002a.
Mentrup C. Das Model of Human Occupation. In: Marotzki U. Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Berlin: Springer; 2002b.
Mentrup C. Model of Human Occupation. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2006.
Miesen M, Hrsg. Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V.: Berufsprofil Ergotherapie 2004. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
Miller RJ, Walker KF. Six perspectives on theory for the practice of OT. Rockville/MD: Aspen; 1988.
Mittermayr M. Computerunterstütztes Hirnleistungstraining in der Neurologie. Idstein: Schulz-Kirchner; 1999.
Moore-Corner R, Kielhofner G, Olson L. Work Environment Impact Scale. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse; 1998.
Moore-Corner R, Kielhofner G, Work Environment Impact Scale (WEIS). Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber. Deutsche Übersetzung: Marotzki U. Reihe vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.
Mosey AC. Activities therapy. New York: Raven; 1973.
Mosey AC. Applied scientific inquiry in the health professions, Bethesda: The American Occupational Therapy Association; 1996.
Mosey AC. Occupational therapy: configuration of a profession. New York: Raven; 1981.
Mosey AC. Psychosocial Components of OT. New York: Raven; 1986.
Mosey AC. Three frames of reference for mental health. Thorofare: Slack; 1970.
Müller SV, Hildebrandt H, Münte TF. Kognitive Therapie bei Störungen der Exekutivfunktionen. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2004.
Mulzheim S. Die handlungsorientierte Methode. Idstein: Schulz-Kirchner; 1999.
Munoz JP. Culturally responsive caring in occupational therapy. Occupational Therapy International. 2007; 14(4):256–280.
Nakane C. Tate shakai no ningen kankei [Human relations in a vertical society]. Tokyo: Kodansha; 1970.
National Board for Certification in Occupational Therapy. A practice analysis study of entry level occupational therapists registered and certified occupational therapy assistant practice. OTJR Occupation, Participation and Health. 2004; Volume 24:3–31.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Nelson D. Occupation: Form and performance. American Journal of Occupational Therapy. 1988; 42:633–641.
Nestmann F. Soziale Unterstützung. In: Weber A, Hörmann G, Hrsg. Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart: Gentner; 2007.
Oakley F, Kielhofner G, Barris R, Reichler RK. The role checklist: development and empirical assessment of reliability. Occup Ther J Res. 1986; 6:157.
Obert K. Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handels. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.
Ochel B. Psychosen und Stress; Stressbewältigung in der beruflichen Rehabilitation. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller; 2007.
Orgaß B. Neuropsychologisches Leistungstraining mit dem PC. Ergotherapie u. Rehabilitation. 1999; 5:351.
Pankow G. Gesprengte Fesseln der Psychose. München; 1968.
Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G, Adler C, Michel A. Das Model of Human Occupation Screening Tool. Dortmund: Borgmann; 2005.
Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G. The Model of Human Occupation Screening Tool (Version 2). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse; 2006.
Petzold I, Wolf M, Hörning A, Hoven J. Weißt du eigentlich, was mir wichtig ist? COSA – Child Occupational Self Assessment (Übersetzte und erweiterte Version 2.1). Dortmund: Borgmann; 2008.
Plößl I, Hammer M, Schelling U. ZERA. Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit. Psychosoziale Arbeitshilfen 16. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2006.
PONS, Großwörterbuch Englisch. Stuttgart: PONS; 2003.
Provencher HL, Greg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. Psychiatry Rehabilitation Journal. 2002; 26:132–144.
Raps W. Gesetz über den Beruf des Ergotherapeuten und Ausbildungs- und Prüfungsordnung. 9. Aufl. Remagen: Rehaverlag; 2000.
Reed K. Quick reference to occupational therapy. 3 rd ed. Gaithersburg: Aspen; 1993.
Reichel K. Potenziale im Berufsverständnis der psychiatrischen Ergotherapie. In: Marotzki U, Reichel K, Hrsg. Psychiatrische Ergotherapie heute. Bonn: Psychiatrie; 2006.
Reuster T, Bach O, Hrsg. Ergotherapie und Psychiatrie. Perspektiven aktueller Forschung. Stuttgart: Thieme; 2002.
Reuster T. Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Darmstadt: Steinkopff; 2006.
Richter G. Psychische Belastung und Beanspruchung. Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung (Fa 36). 3. Aufl. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2000.
Rigling P. Hirnleistungstraining. 7. verb. Auflage. Dortmund: verlag modernes lernen; 2002.
Roder V, Brenner HD, Kienzle N. Integriertes psychologisches Therapieprogramm. 5. überarb. Auflage. Weinheim: Beltz/PVU; 2002.
Roder V, Brenner HD, Müller D, Reisch T et al. Effekte neuer kognitiv-behavioraler Therapieprogramme zur Verbesserung spezifischer sozialer Fertigkeiten bei schizophren Erkrankten. Nervenarzt. 2001; 72.
Rogers C, Lewis M, Sklien J, Wood J. Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München: Kindler; 1982.
Rogers C. Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer; 2000.
Rogers C. Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e. V.; 1991.
Röhricht F, Priebe S. Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe; 1998.
Rosenberg W, Donald A. Evidenced based medicine: an approach to clinical problem solving. BMJ. 1995; 310:1122.
Rottluff J. Selbständig lernen. Arbeiten mit Leittexten. Weinheim: Beltz; 1992.
Rupp G, Stemmler C. Die Anwendung von Cogpack in der Arbeitstherapie. Konzept der Rehabilitationsklinik Bad Buchau. In: Ergotherapie & Rehabilitation. Idstein: Schulz-Kirchner; 2007;3:17.
Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Deutsche Übersetzung: Perleth M. Münchener Medizinische Wochenschrift. 1997;139(44):644–655.
Schacherl-Hofer I, Schacherl R. Kognitives Training am Computer (KoCo). www.koco-online.com 2008.
Schaefgen R. Praxis der Sensorischen Integrationstherapie. Erfahrungen mit einem ergotherapeutischen Konzept. Stuttgart: Thieme; 2007.
Scharffetter C. Allgemeine Psychopathologie. 5. neubearb. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2002.
Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2007.
Scheepers C. Ergotherapeutische Wahrnehmungsbehandlung schizophrener Ich-Störungen. Ergotherapie und Rehabilitation. 1997; 4:335.
Scheepers C. Wahrnehmungsbehandlung von schizophrenen Ich-Störungen. Ergotherapie und Rehabilitation. 1993; 1:27.
Scheiber I. Ergotherapie in der Psychiatrie. 2. Aufl. Köln: Stam u. Bardtenschlager; 1995.
Scherfer E. Forschung verstehen. Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis. München: Pflaum; 2006.
Schindler R. Grundprinzipien der Gruppendynamik in der Gruppe. Psychologie des XX. Jd. 1957/58; II:303.
Schirrmacher T. Das Lübecker Fähigkeitenprofil (LFP). Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
Schlicht C. Einführung in die Arbeit mit dem Computer. Ein Leittext und MaDiTa-Software. Lotte: Christiane Schlicht PC-Anleitungen & Software; 2001.
Schlicht C. Leittextverfahren in der Arbeitstherapie am Beispiel des Computertrainings. Ergotherapie und Rehabilitation. 2000; 12:29.
Schmid JT. Die Anwendung von Cogpack in der Klinischen Neuropsychologie. In: Ergotherapie & Rehabilitation. 2005; 5:16.
Schmidt SM, Winkelmann I. „Handwerk hat goldenen Boden“ – oder: Ist die Ergotherapie auf dem Weg in ein neues Paradigma? Im Eigenverlag der Autorinnen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

AHA… Books Schriften zur Ergotherapie, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE); 2000.
Scholz-Zeemann M. Handlungsorientierte Ergotherapie: Die didaktisch-methodischen Elemente. Ergotherapie und Rehabilitation. 1996; 4.
Schottenloher G. Das therapeutische Potential spontanen bildnerischen Gestaltens unter besonderer Berücksichtigung körpertherapeutischer Methoden. Konstanz; 1989.
Schretlen D, Jayaram G, Maki P, Park K, Abebe S, Di Carlo M. Demographic, clinical and neurocognitive correlates of everyday functional impairment in severe mental illness. Abnorm Psychol J. 2000; 109.
Schrode, H. Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie. Regression und Progression im Verlauf einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 1995.
Schüpbach H. Handlungspsychologische Konzepte in der Arbeitspsychologie und ihre Übertragbarkeit auf die Arbeitstherapie. In: Borsi GM, Hrsg. Arbeitswelt und Arbeitshandeln in der Psychiatrie. Göttingen: Hogrefe; 1992.
Seyfried E, Bühler A, Gmelin A. Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter. Wege und Methoden der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Bonn: Bundesministerium für Arbeit; 1993.
Silberfeld M. Psychological Symptoms and Social Support. Social Psychiatry. 1978; 13:11–17.
Smith NR, Kielhofner G, Watts J. The relationship between volition, activity patterns, and life satisfaction in the elderly. Amer J Occup Ther. 1986; 40:278.
Smith Roley S, Blanche E, Schaaf R. Sensorische Integration. Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen. Berlin: Springer; 2007.
Stein AM. Konzentrative Bewegungstherapie. Teil 1. Ergotherapie und Rehabilitation. 2000a; 11:19.
Stein AM. Konzentrative Bewegungstherapie. Teil 2. Ergotherapie und Rehabilitation. 2000b; 12:13.
Stenzel T. Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung. In: Miesen M, Hrsg. Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V.: Berufsprofil Ergotherapie 2004. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
Stolze H. Die Konzentrative Bewegungstherapie – Grundlagen und Erfahrungen. Heidelberg: Springer; 2002.
Süllwold L. Schizophrenie. Stuttgart: Kohlhammer; 1986.
Süllwold L. Symptome schizophrener Erkrankungen. Heidelberg: Springer; 1977.
Sumsion T. Client-centred practice in occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
Sumsion T. Klientenzentierte Ergotherapie. Stuttgart: Thieme; 2002.
Suslow T, Arolt V. Effektivität eines computergestützten Aufmerksamkeitstrainings bei schizophrenen Patienten. Psychiatrische Praxis. 1998; 25:105.
Suslow T, Weber A, Wellnitz C, Arolt V. Computergestütztes kognitives Training für schizophrene Patienten. Ergotherapie und Rehabilitation. 1998; 4:253.
Townsend E, Polatajko HJ. Enabling occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007.
Townsend E, Stanton S, Law M et al. Enabling occupation – An occupational therapy perspective. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 1997.
Tretter F, Goldhorn F, Hrsg. Computer in der Psychiatrie: Diagnostik – Therapie – Rehabilitation. Heidelberg: Roland Asanger; 1993:426.
Twamley EW, Jeste DV, Bellack S. A Review of Cognitive Training in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2003; 2:359–382.
Udris I, Frese M. Belastung, Stress, Beanspruchung und ihre Folgen. In: Frey D, Graf Hoyos C, Stahlberg D, Hrsg. Angewandte Psychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie; 1992.
Udris I. Soziale Unterstützung. In: Greif S, Holling H, Nicholson N, Hrsg. Arbeits- und Organisationspsychologie. Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Psychologie Verlags Union; 1989.
Velozo C, Kielhofner G, Fisher G. A user's guide to the worker role interview. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse; 1998.
Velozo G, Kielhofner G, Fisher D. Worker Role Interview. Chicago: UIC – The University of Illinois; 1990.
Voigt-Radloff S. Evidenzbasierte Praxis. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007.
Weber B. Evaluation als Abschluss des ergotherapeutischen Prozesses. In: Habermann C, Wittmershaus C. Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Stuttgart: Thieme; 2005.
Weber B. Evidenzbasierte Praxis in der Ergotherapie. In: Habermann C, Wittmershaus C, Hrsg. Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Stuttgart: Thieme; 2005.
Weber P, Marotzki U, Philippi R. Arbeitstherapeutische Verfahren. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007.
Weinberger S. Klientenzentrierte Gesprächsführung. 11. Auflage Weinheim: Beltz; 2006.
Whiteford G. Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. British Journal of Occupational Therapy. 2000; 63:5.
WHO. ICF Checklist. September 2003, PDF-file.
WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organisation; 2001.
WHO. Mental Health Global Action Programme mhGAP. 2002.
WHO. The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. 2001.
WHO/European Ministerial Conference W. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. 2005 [cited 2005–12–30]. Available from: WHO/Mental health and working life /EUR/04/5047810/B6/ http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf. 17. 11. 2004.
Wienberg G. Schizophrenie zum Thema machen. 4. akt. Auflage Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003.
Wilcock AA. An Occupational Perspective of Health. Thorofare: Slack; 1998.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Winnicott DW. Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta; 1992, 2006.
Zubin J, Spring B. Vulnerability – a new view of schizophrenia. J Abn Psychol. 1977; 86:103.

Bezugsquellen

In die deutsche Sprache übersetzte Handbücher werden überwiegend herausgegeben durch den Schulz-Kirchner Verlag in Idstein.

Internet

Eine sehr umfangreiche Sammlung an englischsprachigen Informationen zum MOHO, Hinweise zu relevanter Literatur und den Befunderhebungsinstrumenten: Website von MOHO-Clearinghouse (http://www.uic.edu/ahp/ot/mohoc) und (deutschsprachige) Website von Aha (http://www.aha-netz.de)

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

3

Ein internationaler Blickwinkel auf die psychiatrische Ergotherapie

Jennifer Creek und Kit Sinclair

3.1	Einleitung	202
3.2	In welcher Hinsicht unterscheidet sich die Ergotherapie von Land zu Land?	202
3.3	Internationale Praxis der Ergotherapie	206
3.4	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	211
3.5	Literatur	211

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

3.1 Einleitung

Der Beruf Ergotherapeut/-in entstand in den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten, als eine kleine Gruppe von Menschen zu der Überzeugung kam, dass zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören sollte, dass sie sich produktiv betätigen und Aktivitäten durchführen, die sie zufriedenstellen (Paterson 2008). Die ersten Ergotherapeuten arbeiteten in psychiatrischen Einrichtungen. Dort entwarfen sie Aktivitätsprogramme, die den Tagesablauf der Patienten strukturieren und ihr Verhalten regulieren sollten.

Von diesen eher bescheidenen Anfängen ausgehend verbreitete sich die Ergotherapie rasch über die ganze Welt. Sie dehnte sich auf neue Praxisbereiche aus und entwickelte eigene theoretische Grundlagen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts verzeichnet die World Federation of Occupational Therapists bereits 65 Mitgliedsländer.

Auch heute noch vertreten Ergotherapeuten die Vision der Begründer ihres Berufsstands: Menschen mit psychischen Erkrankungen kann geholfen werden im Hinblick auf Genesung und sinnvolle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, indem man sie an einem „reichhaltigen und produktiven Menü täglicher Aktivitäten [beteiligt]“ (Clark u. Larson 1993, S. 45). Dabei ist allgemein anerkannt, dass dieses „Menü“ sorgfältig auf die Bedürfnisse, die kulturelle Identität sowie auf die Hoffnungen und Erwartungen des Individuums und der Gesellschaft zugeschnitten sein muss. Weltweit fühlen sich Ergotherapeuten verpflichtet, das aktive Leben (occupational lives) ihrer Klienten zu verbessern. Die von ihnen dabei verfolgten Ansätze werden jedoch von den jeweiligen lokalen Umständen und Bedingungen geformt.

Kapitel 3 untersucht mehrere Kontextfaktoren, die die ergotherapeutische Praxis formen, indem in verschiedenen Ländern unterschiedliche Methoden entwickelt werden, nach denen Ergotherapeuten arbeiten. Kapitel 3.2 identifiziert drei Gruppen von Faktoren, die beeinflussen, wie Ergotherapeuten ihre berufliche Funktion konzeptualisieren und wie sie mit ihren Patienten oder Klienten arbeiten. Mit anderen Worten: Es geht darum, in welcher Hinsicht sich die Ergotherapie von Land zu Land unterscheidet.

In Kapitel 3.3 werfen wir einen Blick auf die weltweite Praxis der Ergotherapie, wobei wir uns auf drei Faktoren konzentrieren:

- Wesen der therapeutischen Beziehungen
- Theorien und Modelle
- Ansätze sowie Assessment- und Interventionstechniken.

Jeder dieser Faktoren wird durch ein Fallbeispiel veranschaulicht.

3.2 In welcher Hinsicht unterscheidet sich die Ergotherapie von Land zu Land?

Wie bereits in der Einleitung erwähnt verfolgt der Berufsstand der Ergotherapie eine Vision und einen Zweck, die ihm eine globale Relevanz verleihen. Die Unterschiede im Lebensstil und in den Erwartungen von Menschen aus verschiedenen Teilen der Welt implizieren jedoch, dass die Ergotherapie sehr präzise auf die Bedürfnisse und Perspektiven lokaler Bevölkerungen abgestimmt werden muss. Dieses Kapitel befasst sich mit einem Teil der Faktoren, die zur Vielfältigkeit der menschlichen Betätigungen beitragen. Wie beeinflussen Dienstleistungssysteme und -strukturen, was Ergotherapeuten tun und wo sie es tun?

3.2.1 Geografische und demografische Aspekte oder wo unser Platz in der Welt ist

Auf der Grundlage dessen, was sie tun, entwickeln Menschen ein Gefühl dafür, wer sie sind und wo ihr Platz in der Welt ist. Jennifer lebt z. B. in Nordengland und ist stolz auf ihr Obst und Gemüse aus eigenem Anbau. Sie bezeichnet sich selbst als „biodynamische Gärtnerin“. Aber die Dinge, die wir in unserem Leben tun, werden von den menschlichen und nichtmenschlichen Umgebungen, in denen wir leben, ermöglicht oder eingeschränkt – unsere Umgebungen haben also einen Einfluss darauf, was wir tun, wie wir es tun und wer wir werden. Kit lebt in Hongkong und hat keinen Platz, um Gemüse zu ziehen. Sie ist aber stolz auf ihre Kochkünste und genießt es, über den Fischmarkt zu gehen, um frischen Fisch für ein Essen mit ihrer Familie zu kaufen.

Tab. 3.1 zeigt einige der menschlichen und nichtmenschlichen Umgebungsfaktoren, die beeinflussen, wie Menschen leben. Zusammengefasst bedeuten diese Einflussfaktoren, dass Menschen, die in geografisch weit auseinanderliegenden Teilen der Welt und in unterschiedlichen politischen und ökonomischen Systemen leben, ganz verschiedenen Aktivitätsmustern in ihrem Leben folgen werden. Eine Haushaltshilfe in Hongkong beispielsweise ist wahrscheinlich eine ökonomische Emigrantin, die sich sechs Tage pro Woche um den Haushalt einer frem-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

3.1 Einleitung

Der Beruf Ergotherapeut/-in entstand in den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten, als eine kleine Gruppe von Menschen zu der Überzeugung kam, dass zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören sollte, dass sie sich produktiv betätigen und Aktivitäten durchführen, die sie zufriedenstellen (Paterson 2008). Die ersten Ergotherapeuten arbeiteten in psychiatrischen Einrichtungen. Dort entwarfen sie Aktivitätsprogramme, die den Tagesablauf der Patienten strukturieren und ihr Verhalten regulieren sollten.

Von diesen eher bescheidenen Anfängen ausgehend verbreitete sich die Ergotherapie rasch über die ganze Welt. Sie dehnte sich auf neue Praxisbereiche aus und entwickelte eigene theoretische Grundlagen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts verzeichnet die World Federation of Occupational Therapists bereits 65 Mitgliedsländer.

Auch heute noch vertreten Ergotherapeuten die Vision der Begründer ihres Berufsstands: Menschen mit psychischen Erkrankungen kann geholfen werden im Hinblick auf Genesung und sinnvolle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, indem man sie an einem „reichhaltigen und produktiven Menü täglicher Aktivitäten [beteiligt]“ (Clark u. Larson 1993, S. 45). Dabei ist allgemein anerkannt, dass dieses „Menü“ sorgfältig auf die Bedürfnisse, die kulturelle Identität sowie auf die Hoffnungen und Erwartungen des Individuums und der Gesellschaft zugeschnitten sein muss. Weltweit fühlen sich Ergotherapeuten verpflichtet, das aktive Leben (occupational lives) ihrer Klienten zu verbessern. Die von ihnen dabei verfolgten Ansätze werden jedoch von den jeweiligen lokalen Umständen und Bedingungen geformt.

Kapitel 3 untersucht mehrere Kontextfaktoren, die die ergotherapeutische Praxis formen, indem in verschiedenen Ländern unterschiedliche Methoden entwickelt werden, nach denen Ergotherapeuten arbeiten. Kapitel 3.2 identifiziert drei Gruppen von Faktoren, die beeinflussen, wie Ergotherapeuten ihre berufliche Funktion konzeptualisieren und wie sie mit ihren Patienten oder Klienten arbeiten. Mit anderen Worten: Es geht darum, in welcher Hinsicht sich die Ergotherapie von Land zu Land unterscheidet.

In Kapitel 3.3 werfen wir einen Blick auf die weltweite Praxis der Ergotherapie, wobei wir uns auf drei Faktoren konzentrieren:

- Wesen der therapeutischen Beziehungen
- Theorien und Modelle
- Ansätze sowie Assessment- und Interventionstechniken.

Jeder dieser Faktoren wird durch ein Fallbeispiel veranschaulicht.

3.2 In welcher Hinsicht unterscheidet sich die Ergotherapie von Land zu Land?

Wie bereits in der Einleitung erwähnt verfolgt der Berufsstand der Ergotherapie eine Vision und einen Zweck, die ihm eine globale Relevanz verleihen. Die Unterschiede im Lebensstil und in den Erwartungen von Menschen aus verschiedenen Teilen der Welt implizieren jedoch, dass die Ergotherapie sehr präzise auf die Bedürfnisse und Perspektiven lokaler Bevölkerungen abgestimmt werden muss. Dieses Kapitel befasst sich mit einem Teil der Faktoren, die zur Vielfältigkeit der menschlichen Betätigungen beitragen. Wie beeinflussen Dienstleistungssysteme und -strukturen, was Ergotherapeuten tun und wo sie es tun?

3.2.1 Geografische und demografische Aspekte oder wo unser Platz in der Welt ist

Auf der Grundlage dessen, was sie tun, entwickeln Menschen ein Gefühl dafür, wer sie sind und wo ihr Platz in der Welt ist. Jennifer lebt z. B. in Nordengland und ist stolz auf ihr Obst und Gemüse aus eigenem Anbau. Sie bezeichnet sich selbst als „biodynamische Gärtnerin“. Aber die Dinge, die wir in unserem Leben tun, werden von den menschlichen und nichtmenschlichen Umgebungen, in denen wir leben, ermöglicht oder eingeschränkt – unsere Umgebungen haben also einen Einfluss darauf, was wir tun, wie wir es tun und wer wir werden. Kit lebt in Hongkong und hat keinen Platz, um Gemüse zu ziehen. Sie ist aber stolz auf ihre Kochkünste und genießt es, über den Fischmarkt zu gehen, um frischen Fisch für ein Essen mit ihrer Familie zu kaufen.

Tab. 3.1 zeigt einige der menschlichen und nichtmenschlichen Umgebungsfaktoren, die beeinflussen, wie Menschen leben. Zusammengefasst bedeuten diese Einflussfaktoren, dass Menschen, die in geografisch weit auseinanderliegenden Teilen der Welt und in unterschiedlichen politischen und ökonomischen Systemen leben, ganz verschiedenen Aktivitätsmustern in ihrem Leben folgen werden. Eine Haushaltshilfe in Hongkong beispielsweise ist wahrscheinlich eine ökonomische Emigrantin, die sich sechs Tage pro Woche um den Haushalt einer frem-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **3.1** Umgebungsfaktoren und ihr Einfluss auf die menschliche Betätigung

Menschliche und nicht-menschliche Umgebungsfaktoren und Rahmenbedingungen	Beispiele
Altersstruktur der Bevölkerung	Großbritannien hat eine alternde Bevölkerung, d. h., viele Menschen sind nicht mehr berufstätig.
Geschlechterverteilung der Bevölkerung	Nach dem verheerenden Tsunami von 2004, der eine unverhältnismäßig hohe Zahl von Frauen und Kindern tötete, leben in manchen Teilen von Indonesien viele Männer nicht mehr in Familien.
Bevölkerungsgröße und -dichte	Eine Nomadenfamilie in der Mongolei kann große Gebiete durchqueren, ohne auf andere Menschen zu stoßen, während ein indianischer Stadtbewohner niemals außer Hörweite anderer gerät.
Politisches System	In Ländern, in denen Eltern großzügig unterstützt werden (z. B. Belgien), können die Menschen große Familien haben und dennoch ihrem Beruf nachgehen.
Pro-Kopf-Einkommen	In armen Ländern haben viele Kinder keine Aussicht auf eine gute Ausbildung, da sie arbeiten müssen, um ihre Familie finanziell zu unterstützen.
Familiengröße und -struktur	Die Ein-Kind-Politik in China hat eine ganze Generation von Einzelkindern hervorgebracht und die soziale Struktur des Landes verändert.
Bildungssystem	Das Einschulungsalter der Kinder ist vom jeweiligen Land abhängig, die Schüler haben unterschiedliche Erwartungen, wie viele Jahre ihre Schulzeit dauern wird.
Beschäftigungsmuster	Als Folge der zunehmenden Globalisierung haben immer weniger Menschen in der Welt einen sicheren Arbeitsplatz.
Krankheitsmuster	Die Wohlstandsländer verzeichnen z. B. höhere Krankheitsraten bei Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten, die die Aktivitäten ihrer Einwohner einschränken.
Sprache	Die Anzahlt der Fremdsprachen, die Menschen sprechen, verbessert ihre Möglichkeiten in der Welt oder schränkt sie ein.
Sterblichkeitsraten	In Südafrika kümmern sich viele ältere Menschen um ihre Enkelkinder, da deren Eltern an AIDS gestorben sind.
Migrationsmuster	Über viele Jahre wanderten viele Angehörige der Gesundheitsberufe von Afrika nach Europa und in die USA aus, da sie über Fertigkeiten verfügten, die es ihnen erlaubten, in Ländern zu leben, in denen sie mehr verdienen konnten.
Geografie	Das Leben in einem Land wie der Schweiz, das keinen Zugang zum Meer hat, unterscheidet sich zwangsläufig sehr stark von dem einer Inselnation wie Großbritannien.
Klima	In einigen Gebieten im Himalaya arbeiten die Menschen im Sommer auf den Feldern oder weiden ihre Herden, während sie im Winter aufgrund des vielen Schnees in ihren Häusern arbeiten.
Leben in der Stadt oder auf dem Land	In China ist der Lebensstil in Städten oft mit mehr Wohlstand verbunden als auf dem Land.
Unterschiedliche Wohnräume	Stadtbewohnern steht weniger Wohn- und Lebensraum zur Verfügung, als den Menschen auf dem Land oder in den Vorstädten. Sie haben seltener einen eigenen Garten.
Verkehrsinfrastruktur	Menschen in Teilen des ländlichen Südafrikas, wo kaum oder keine Infrastruktur existiert, haben weniger Möglichkeiten als Menschen, die in Städten mit einem preisgünstigen und öffentlichen Verkehrssystem leben.
Zugang zu Technologie	In manchen Teilen Afrikas haben Frauen erfolgreiche Unternehmen aufgebaut, indem sie Mobiltelefone kauften und an Menschen vermieteten, die keinen Zugang zu einem Festnetzanschluss haben.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **3.2** Kulturelle Einflüsse auf menschliche Betätigungen

Kulturelle Faktoren	Beispiele
Soziale Normen	In manchen Kulturen wird genau unterschieden, welche Aktivitäten für Männer und welche für Frauen angemessen sind.
Glaubenssysteme	In Gesellschaften, in denen Bildung/Belesenheit eine wichtige religiöse Funktion zukommt, lernen Kinder nicht nur Prä-Bildungs- und Bildungsfertigkeiten, sondern werden auch in die „Heiligkeit und Attraktivität des Studierens" eingeführt (Rogoff 2003, S. 21).
Familienbeziehungen	In Ländern, in denen es keine oder nur wenig staatliche Fürsorge gibt, wird von Frauen oft erwartet, dass sie zu Hause bleiben und sich um ältere oder kranke Verwandte kümmern.
Einstellung gegenüber Autoritäten	In unterschiedlichen Kulturen werden unterschiedliche Gruppen mit der Ausübung von Autorität beauftragt, z. B. Eltern, Polizei, ältere Menschen, Politiker.
Bildungsniveau	In manchen Kulturen wird es als weniger wichtig betrachtet, dass auch Mädchen eine Ausbildung erhalten. Wenn das Einkommen einer Familie gering ist, gehen die Jungen zur Schule, während die Mädchen arbeiten oder zu Hause bleiben.
Arbeitsmöglichkeiten	Als in den 1980er-Jahren in Großbritannien die meisten Kohleminen geschlossen wurden, mussten sich viele Männer nach einer neuen Arbeit umsehen oder die Arbeitslosigkeit akzeptieren.
Globalisierung und technologische Innovation	Viele Menschen sind heute in der Lage, mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien von zuhause aus zu arbeiten, statt jeden Tag ins Büro zu gehen.
Konsumverhalten	In wohlhabenden Ländern hat sich „Shoppen" zu einer populären und ausgesprochen positiv besetzten Freizeitaktivität entwickelt.

den Familie kümmert, um ihre Kinder zu versorgen und um ihre eigene große Familie zu Hause auf den Phillippinen zu unterstützen. Im Gegensatz dazu kann eine berufstätige Mutter in den Vereinigten Staten arbeiten, um ihren Kindern eine Hochschulausbildung zu ermöglichen. Sie hat außerdem noch genug Zeit, um ihren eigenen Interessen und Hobbys nachzugehen.

3.2.2 Kultur oder wer wir sind

Wo auch immer Menschen sich in dieser Welt befinden, leben sie in sozialen Gruppen zusammen, die ihre Entwicklung, ihre Überzeugungen und Betätigungen formen. Der kontinuierliche Prozess aus „Diskussion, Dialog und Verhandlung", der Menschen befähigt, friedlich zusammenzuleben, wird „Kultur" genannt (Evans u. Tam 1997, S. 12).

Kultur: Charakteristische Bräuche, Errungenschaften, Produkte, Zukunftsvorstellungen etc. einer Gesellschaft oder Gruppe; die Lebensweise einer Gesellschaft oder Gruppe (New Shorter English Dictionary 1993).

Tab. 3.2 zeigt verschiedene kulturelle Aspekte, die beeinflussen, wie Menschen ihr Leben leben, sowie Beispiele für ihre Wirkung auf Betätigungen.

Es konnte nachgewiesen werden, dass die jeweilige Kultur beeinflusst, wie Menschen psychische Erkrankungen konzeptualisieren, wahrnehmen und erfahren (Yau 2003, Yeo u. Meiser 2003). Kleinman und Yin (1981, in Yau 2003) haben sieben Möglichkeiten identifiziert, wie Kultur die menschliche Erfahrung von Gesundheit, Krankheit und Genesung beeinflussen kann:

- kognitive, affektive und kommunikative Prozesse
- der Umgang mit interpersonalen Transaktionen
- die Wahrnehmung von und die Reaktion auf allgemeine Stressoren
- die Erzeugung und Bewältigung von kulturspezifischen Stressoren
- mit bestimmten psychiatrischen Störungen assoziierte Empfindlichkeit bzw. Anfälligkeit, epidemio-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

logische Raten, Symptomatologie, Krankheitsverhalten, Hilfesuche und Behandlungsreaktion
- Kennzeichnung von und gesellschaftliche Reaktion auf abweichendes Sozialverhalten
- indigene und professionelle Systeme zur Behandlung von psychischen Erkrankungen und die psychosozialen Begleitumstände physischer Krankheiten.

Das folgende Kapitel 3.2.3 geht auf den letzten Punkt näher ein.

3.2.3 Dienstleistungsstrukturen und -systeme

Für viele Menschen in der Welt ist das westlich orientierte Gesundheitssystem nicht die erste Anlaufstelle, wenn sie ein beginnendes psychisches Leiden wahrnehmen. Sie wenden sich zuerst an ihre Freunde und Familien, an religiöse Führer oder traditionelle Heiler. Wer z. B. in Großbritannien an Depressionen leidet, wird wahrscheinlich seinen Hausarzt aufsuchen, ein Einwohner von Hongkong hingegen könnte einen Wahrsager befragen und jemand im ländlichen Südafrika könnte sich an einen traditionellen Heiler wenden.

Die Hilfe, die man von Freunden, der Familie oder von religiösen Führern erhält, hat meistens den Vorteil, dass sie kostenlos ist, wohingegen man für andere Formen der Gesundheitsfürsorge bezahlen muss. Es gibt drei Hauptsysteme zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung:
- staatliche Finanzierung
- private Versicherung
- Selbstfinanzierung.

In Hongkong gibt es beispielsweise ein staatlich finanziertes Gesundheitsversorgungssystem. Viele Menschen schließen trotzdem eine private Krankenversicherung ab, damit sie im Falle einer Krankheit wählen können, ob sie die Dienstleistungen des Staates oder einer privaten Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Einen Wahrsager müssen sie natürlich trotzdem aus eigener Tasche bezahlen. Weder der Staat noch die Versicherungsgesellschaft würde diese Art der Gesundheitsversorgung finanzieren. In Südafrika ist es ähnlich, Menschen haben Zugang zum staatlich finanzierten Gesundheitssystem, die Dienste eines traditionellen Heilers müssen sie jedoch selbst bezahlen.

Die staatlich finanzierte Gesundheitsversorgung und -versicherung hat ihre Grenzen: Manche Aspekte werden abgedeckt, andere müssen ganz oder teilweise selbst finanziert werden. In Großbritannien ist der Arztbesuch z. B. kostenlos, aber die meisten Patienten müssen sich an den Kosten für Medikamente beteiligen und bestimmte Medikamente sind überhaupt nicht über das staatliche System erhältlich. In den Vereinigten Staaten wird die Gesundheitsversorgung zum größten Teil durch Versicherungen finanziert. Die Versicherungsanbieter bestimmen, welche Kosten abgedeckt werden und welche nicht. Im Bereich der psychischen Gesundheit werden nur wenige ergotherapeutische Interventionen von Versicherungen übernommen.

In der westlichen Welt fand die psychische Gesundheitsfürsorge während großer Teile des 19. und 20. Jahrhunderts in großen Einrichtungen statt, in denen die Patienten oft viele Jahre verblieben (s. Kap. 1.1.1). Im ausgehenden 20. Jahrhundert zeichnete sich ein an Geschwindigkeit zunehmender Trend ab; immer mehr große psychiatrische Krankenhäuser wurden geschlossen zugunsten von gesellschafts- und gemeindenäheren Formen der Versorgung von psychisch kranken Menschen. In China werden die meisten Patienten mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in Krankenhäusern behandelt, wohingegen in Großbritannien solche Patienten von gemeindenahen Einrichtungen betreut werden.

Die Erwartungen von Patienten wirken sich auch auf die Beziehung zwischen dem Klienten und dem behandelnden Arzt oder der Therapeutin aus. Wenn Ärzte in der kulturellen Wahrnehmung Experten sind, die wissen, was für den jeweiligen Patienten das Beste ist, wird die angebotene Behandlung akzeptiert. Die Patienten fragen nicht nach weiteren Informationen und verzichten darauf, an der Entscheidungsfindung beteiligt zu sein. In Kulturen, in denen die Menschen stärker daran gewöhnt sind, ihr Leben selbst zu kontrollieren und eigene Entscheidungen zu treffen, wird die Erwartungshaltung so sein, dass Ärzte oder Therapeuten ihr Wissen mit den Patienten teilen und mit ihnen besprechen, welche Art von Intervention angewendet werden soll.

Ein letzter Faktor, der die Art und Weise formt, wie Dienstleistungen gestaltet und bereitgestellt werden, ist die ökonomische Ungleichheit in der globalisierten Welt. In armen Ländern ist seit 1981 der Erhalt finanzieller Unterstützungen u. a. daran gebunden, dass sich die nationale Gesundheitspolitik an den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgestellten verbindlichen Gesundheitszielen orientiert, die bis spätestens 2000 erreicht werden sollten. Obwohl eine solche Politik dabei helfen kann, nationale Prioritäten zu setzen und die am besten geeignete Vorgehensweise zu planen, sind arme Länder oft

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

nicht in der Lage, im Hinblick auf die geplanten Zielsetzungen Fortschritte zu erzielen, da es ihnen aufgrund der Abwanderung qualifizierter Kräfte aus dem öffentlichen Gesundheitssektor an Arbeitskräften im Gesundheitswesen mangelt (Dussault u. Dubois 2003).

In diesem Kapitel haben wir einige der Faktoren diskutiert, die bestimmen, wie ergotherapeutische Dienstleistungen auf lokaler Ebene bereitgestellt werden:

- geografische und demografische Aspekte
- Kultur
- Dienstleistungsstrukturen.

Im nächsten Kapitel untersuchen wir Aspekte der ergotherapeutischen Praxis und geben Beispiele dafür, wie sie sich weltweit unterscheiden.

3.3 Internationale Praxis der Ergotherapie

In diesem Kapitel befassen wir uns mit drei Aspekten der ergotherapeutischen Praxis:

- das Wesen der therapeutischen Beziehungen
- verwendete Theorien und Modelle
- Ansätze und Techniken des Assessments und der Intervention.

Beispiele aus verschiedenen Ländern werden angeführt.

3.3.1 Das Wesen der therapeutischen Beziehungen

Seit mehreren Jahrzehnten wird anerkannt, dass die Qualität der Beziehung zwischen Klient und Arzt/Therapeutin einen großen Einfluss auf die Interventionsergebnisse hat. Heute verfügen wir in zunehmendem Maß über die wissenschaftliche Evidenz, die diese Behauptung untermauert. Deane und Crowe (2007) beispielsweise untersuchten die vorliegende Evidenz und fanden heraus, dass das Wesen der therapeutischen Beziehung die Ergebnisse auf mehrere Arten beeinflussen kann. Eine gute therapeutische Beziehung ermöglicht z. B. folgende Prognosen:

- bessere Compliance bei der Medikamenteneinnahme
- reduzierte Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung abgebrochen wird
- verbesserte Funktionen im Bereich des Sozialverhaltens
- positive Erwartungen über zukünftige Berufsaussichten.

Wie die Beziehung sein wird, die sich zwischen Klient und Therapeutin entwickelt, hängt von einer Reihe von Variablen ab:

- persönliche Faktoren, z. B. der bevorzugte Behandlungsstil der Therapeutin
- Art und Dauer der Krankheit und die Probleme des Klienten
- Erwartungen des Klienten und seiner Familie oder Betreuer
- soziale und kulturelle Vorstellungen und Überzeugungen in Bezug auf psychische Erkrankungen und deren Behandlung
- die für die Intervention zur Verfügung stehende Zeit
- das Setting, in dem die Intervention stattfindet.

Diese Variablen unterliegen demografischen, sozialen und kulturellen Einflüssen sowie den Gegebenheiten des Versorgungssystems und seiner Dienstleistungen. Demografie, Kultur und Dienstleistungsstrukturen haben außerdem einen Einfluss darauf, welche Art von therapeutischer Beziehung erwartet und wertgeschätzt wird. In manchen Ländern gilt eine von gegenseitigem Respekt geprägte Partnerschaft zwischen Klient und Therapeutin als ideale Beziehung, in der die Ziele und Aufgaben der Therapie besprochen und festgelegt werden (Deane u. Crowe 2007). Therapeuten in westlichen Ländern sprechen von einer klientenzentrierten Praxis, in der sie die „Zusammenarbeit mit Klienten, ihren Familien und Versorgern“ (Creek 2003, S. 30) fördern, und davon, dass bei Assessment und Intervention die Betätigungsziele des Klienten Vorrang vor anderen Aspekten haben. Diese Art von therapeutischer „Allianz“ ist jedoch nicht für jeden Klienten gleichermaßen geeignet. Eine Therapeutin, die in einer chinesischen Kultur arbeitet, könnte es durchaus als wichtigstes Interventionsergebnis betrachten, dass sie dem Klienten während einer Behandlung zur Seite steht, die ansonsten von Ärzten bestimmt wird. „Eine Perspektive, die ausschließlich auf westlichen Behandlungskonzepten psychischer Erkrankungen basiert, reicht nicht aus, um den Bedürfnissen von Klienten aus unterschiedlichen Kulturen gerecht zu werden [und] es ist die Gewissheit, dass man in kultureller Hinsicht verstanden wird, die die zentrale Komponente der ‚Compliance‘ in der Behandlung bildet“ (Quan 2003, S. 281).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

nicht in der Lage, im Hinblick auf die geplanten Zielsetzungen Fortschritte zu erzielen, da es ihnen aufgrund der Abwanderung qualifizierter Kräfte aus dem öffentlichen Gesundheitssektor an Arbeitskräften im Gesundheitswesen mangelt (Dussault u. Dubois 2003).

In diesem Kapitel haben wir einige der Faktoren diskutiert, die bestimmen, wie ergotherapeutische Dienstleistungen auf lokaler Ebene bereitgestellt werden:

- geografische und demografische Aspekte
- Kultur
- Dienstleistungsstrukturen.

Im nächsten Kapitel untersuchen wir Aspekte der ergotherapeutischen Praxis und geben Beispiele dafür, wie sie sich weltweit unterscheiden.

3.3 Internationale Praxis der Ergotherapie

In diesem Kapitel befassen wir uns mit drei Aspekten der ergotherapeutischen Praxis:

- das Wesen der therapeutischen Beziehungen
- verwendete Theorien und Modelle
- Ansätze und Techniken des Assessments und der Intervention.

Beispiele aus verschiedenen Ländern werden angeführt.

3.3.1 Das Wesen der therapeutischen Beziehungen

Seit mehreren Jahrzehnten wird anerkannt, dass die Qualität der Beziehung zwischen Klient und Arzt/Therapeutin einen großen Einfluss auf die Interventionsergebnisse hat. Heute verfügen wir in zunehmendem Maß über die wissenschaftliche Evidenz, die diese Behauptung untermauert. Deane und Crowe (2007) beispielsweise untersuchten die vorliegende Evidenz und fanden heraus, dass das Wesen der therapeutischen Beziehung die Ergebnisse auf mehrere Arten beeinflussen kann. Eine gute therapeutische Beziehung ermöglicht z. B. folgende Prognosen:

- bessere Compliance bei der Medikamenteneinnahme
- reduzierte Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung abgebrochen wird
- verbesserte Funktionen im Bereich des Sozialverhaltens
- positive Erwartungen über zukünftige Berufsaussichten.

Wie die Beziehung sein wird, die sich zwischen Klient und Therapeutin entwickelt, hängt von einer Reihe von Variablen ab:

- persönliche Faktoren, z. B. der bevorzugte Behandlungsstil der Therapeutin
- Art und Dauer der Krankheit und die Probleme des Klienten
- Erwartungen des Klienten und seiner Familie oder Betreuer
- soziale und kulturelle Vorstellungen und Überzeugungen in Bezug auf psychische Erkrankungen und deren Behandlung
- die für die Intervention zur Verfügung stehende Zeit
- das Setting, in dem die Intervention stattfindet.

Diese Variablen unterliegen demografischen, sozialen und kulturellen Einflüssen sowie den Gegebenheiten des Versorgungssystems und seiner Dienstleistungen. Demografie, Kultur und Dienstleistungsstrukturen haben außerdem einen Einfluss darauf, welche Art von therapeutischer Beziehung erwartet und wertgeschätzt wird. In manchen Ländern gilt eine von gegenseitigem Respekt geprägte Partnerschaft zwischen Klient und Therapeutin als ideale Beziehung, in der die Ziele und Aufgaben der Therapie besprochen und festgelegt werden (Deane u. Crowe 2007). Therapeuten in westlichen Ländern sprechen von einer klientenzentrierten Praxis, in der sie die „Zusammenarbeit mit Klienten, ihren Familien und Versorgern“ (Creek 2003, S. 30) fördern, und davon, dass bei Assessment und Intervention die Betätigungsziele des Klienten Vorrang vor anderen Aspekten haben. Diese Art von therapeutischer „Allianz“ ist jedoch nicht für jeden Klienten gleichermaßen geeignet. Eine Therapeutin, die in einer chinesischen Kultur arbeitet, könnte es durchaus als wichtigstes Interventionsergebnis betrachten, dass sie dem Klienten während einer Behandlung zur Seite steht, die ansonsten von Ärzten bestimmt wird. „Eine Perspektive, die ausschließlich auf westlichen Behandlungskonzepten psychischer Erkrankungen basiert, reicht nicht aus, um den Bedürfnissen von Klienten aus unterschiedlichen Kulturen gerecht zu werden [und] es ist die Gewissheit, dass man in kultureller Hinsicht verstanden wird, die die zentrale Komponente der ‚Compliance‘ in der Behandlung bildet“ (Quan 2003, S. 281).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die verschiedenen Formen der therapeutischen Beziehung können als Kontinuum betrachtet werden: An einem Ende steht der Patient als Experte und am anderen Ende die Therapeutin als Expertin. Die meisten Therapeuten arbeiten irgendwo zwischen diesen beiden Extremen und versuchen, therapeutische Beziehungen zu schaffen, die innerhalb eines bestimmten Behandlungskontexts eine effektive Zusammenarbeit mit dem Klienten ermöglichen. Das Fallbeispiel beschreibt, wie eine Ergotherapeutin in Großbritannien ihre Arbeitsweise ändert, um den Erwartungen ihrer Klienten zu entsprechen.

Fallbeispiel: Adaptieren der therapeutischen Allianz

Eine erfahrene Ergotherapeutin, die viele Jahre für den National Health Service (NHS) in Großbritannien gearbeitet hatte, übernahm eine Stelle zur Förderung der psychischen Gesundheit in einem Gemeindezentrum. Eine ihrer Aufgaben bestand darin, eine offene Selbsthilfegruppe für Frauen zu unterstützen, die in Bezug auf ihre psychische Gesundheit Bedarfe hatten, die durch die existierenden Versorgungsangebote nicht erfasst wurden. Die Therapeutin setzte Ziele für die Gruppe fest, plante die ersten sechs Treffen, machte mithilfe von Flugblättern auf die Gruppe aufmerksam und hieß alle willkommen, die zu den einzelnen Treffen erschienen.

Durch ihre langjährige Arbeit für den NHS hatte die Therapeutin bereits Erfahrung darin, Bedarfe zu bewerten, individuelle Interventionsziele festzulegen und mit ihren Klienten therapeutische „Verträge“ auszuhandeln. In dem Gemeindezentrum war es jedoch nicht möglich, Assessments mit den Teilnehmerinnen durchzuführen, da jede Woche andere Frauen an den Treffen teilnahmen. Zuerst wusste die Therapeutin nicht, wie sie Ziele festlegen sollte für Menschen, mit denen sie kein Assessment durchgeführt hatte und die an nicht eindeutig identifizierten Problemen litten. Sie versuchte, alle regelmäßigen Teilnehmerinnen zu einem Einzelgespräch einzuladen, wobei sie die Absicht verfolgte, diese Gelegenheit zu nutzen, um Bedarfe zu bewerten und persönliche Ziele zu besprechen. Obwohl sie als Gruppe mit der Therapeutin gut zurechtkamen, empfanden die Frauen die Einzelgespräche als zu formell und als einschüchternd, weshalb diese eingestellt wurden. Die Therapeutin erkannte, dass sie keine Autorität hatte bei Menschen, bei denen keine psychische Erkrankung diagnostiziert worden war und die von sich aus an den Treffen der Gruppe teilnahmen.

Nach gründlichem Nachdenken und Diskussionen mit dem leitenden Ergotherapeuten kam die Therapeutin zu dem Schluss, dass die Ziele der Gruppe adäquat waren und es nicht erforderlich war, individuelle Ziele für die Teilnehmerinnen festzusetzen. Um die Wirkung der Gruppe auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen zu evaluieren, bat sie die Frauen, eine weitere Therapeutin an einem Treffen teilnehmen zu lassen, die sie zu ihren Erfahrungen befragen würde. Die zweite Therapeutin bat die Frauen, ihr von ihrer Teilnahme an der Gruppe zu berichten, wobei sie ein narratives Vorgehen verwendete, z. B.: „Wie fühlten Sie sich, als Sie zum ersten Mal das Gruppentreffen besuchten?“ Die Frauen empfanden diesen Prozess nicht als einschüchternd, da er innerhalb der Gruppe stattfand und als Abwandlung ihrer normalen verbalen Interaktion während der Treffen betrachtet werden konnte. Sie erzählten freimütig von ihren Erfahrungen. Die erste Therapeutin erhielt auf diese Weise viele Informationen, die sie analysieren konnte, um herauszufinden, welchen therapeutischen Nutzen die Teilnehmerinnen aus den Treffen zogen.

3.3.2 Theorien und Modelle

Nach der Entstehung des Berufsstands dauerte es eine gewisse Zeit, bis die Ergotherapie ihre eigenen theoretischen Grundlagen entwickelt hatte. In dieser Zeit arbeiteten Ergotherapeuten unter der Leitung von Ärzten. Ein Lehrbuch der Ergotherapie aus dem Jahr 1955 schreibt vor, dass:

„Die Behandlung zu jeder Zeit unter der Aufsicht eines sachkundigen Mediziners stattfinden muss … Der verantwortliche Arzt, der die oberste Kontrolle ausübt, muss sich eingehend mit diesem Thema befasst haben … er muss, genau genommen, zumindest mit den Grundzügen sowohl der Theorie als auch der Praxis der Behandlung vertraut sein [und] in der Lage sein, für jeden individuellen Fall die richtige Art der Betätigung zu verordnen“ (O’Sullivan 1955, S. 21).

Ab den späten 1950er-Jahren begann die Ergotherapie, ihre eigenen Theorien zu entwickeln. Manche waren Adaptionen von Theorien aus anderen Disziplinen wie der Psychologie, andere wurden im Kontext des eigenen Berufs formuliert, z. B. die Klassifikation der Betätigungen. Diese Theorien wurden oft in einen Referenzrahmen eingefügt, z. B. den psychodynamischen Referenzrahmen, der in verschiedenen Bereichen der Praxis angewendet werden konnte (Creek 2008). In den 1980er-Jahren wurde es modern, Modelle für die Praxis zu benutzen, z. B. das Model of Human Occupation (Kielhofner u. Burke 1980), das als Leitfaden für das Denken und die Praxis der Ergotherapie diente (Creek u. Feaver 1993).

Bis heute werden die meisten ergotherapeutischen Theorien von Akademikern in englischsprachigen Ländern wie Australien, Kanada, Großbritannien

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

und den USA entwickelt. Viele dieser Theorien wurden in anderen Ländern kritiklos übernommen, entweder in der englischen Version oder durch Übersetzung in die Landessprache. Aufgrund der erhöhten Sensitivität für kulturelle Fragen während des letzten Jahrzehnts hat man jedoch erkannt, dass Theorien *nicht* kulturell neutral und *nicht* zwangsläufig für andere Kulturen relevant sind (Iwama 2006). Selbst zwischen englischsprachigen Ländern bestehen Unterschiede, die eine genaue Überprüfung des Modells erforderlich machen, bevor es adaptiert werden kann.

Ergotherapeuten in verschiedenen Ländern müssen Zugang haben zu kulturell angemessenen Theorien und Modellen und sie müssen wissen, wie sie diese anwenden können. Oft werden Modelle aus anderen Ländern oder aus anderen Disziplinen übernommen: In Hongkong wird z. B. im Allgemeinen ein kognitiver verhaltenstherapeutischer Ansatz verfolgt (s. Fallbeispiel), in Italien hingegen ein psychodynamischer Ansatz. Andere Ergotherapeuten haben ihre eigenen Ansätze entwickelt oder sind noch dabei, z. B. das Kawa-Modell in Japan (Iwama 2006).

Theorien und Modelle müssen nicht nur sozial relevant und kulturell angemessen sein, sie müssen auch in die lokalen Rahmenbedingungen des Versorgungssystems passen und den demografischen Bedürfnissen gerecht werden. In Südafrika werden Ergotherapeuten mit überwältigenden Problemen wie Armut und Krankheit konfrontiert, verfügen aber nur über geringe Ressourcen. Statt sich auf die gesundheitlichen Probleme des Einzelnen zu konzentrieren, verfolgen viele einen auf Gesellschaftsentwicklung ausgerichteten Ansatz und verwenden Modelle zur Gesundheitsförderung (Watson 2004).

Fallbeispiel: Herr Chan

Grace YY Lee

Das mobile gerontopsychiatrische Team des Kwai-Chung-Krankenhauses in Hongkong wurde 1993 gegründet und kümmert sich um stationäre, ambulante und tagesklinische Patienten ab 65 Jahren. Das Gemeindeprogramm beinhaltet ein von der Gemeinde organisiertes Screeningprogramm, kognitives Training und eine Neugestaltung des Lebensstils im Hinblick auf Betätigung.

Die Vision des ergotherapeutischen Dienstes ist, dass „alle unsere Klienten ein sinnvolles Leben ihrer eigenen Wahl führen sollen“. Das Leitbild des Dienstes besteht darin, „unsere Klienten zu befähigen, die von ihnen wertgeschätzten Lebensrollen zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Freizeit wieder auszufüllen, indem sie das Beste aus ihren funktionellen Kapazitäten machen“ (Lee et al. 2002).

Herr Chan ist ein 72-jähriger Rentner, der seit seiner Scheidung allein in einer Sozialwohnung lebt und nur wenig Kontakt zu seinem Sohn und seiner Tochter hat. Er hat einen Universitätsabschluss und in jüngeren Jahren als Arzt gearbeitet. Herr Chan hat einen Selbstmordversuch mit Tabletten unternommen. In seinem Abschiedsbrief hat er geschrieben, dass er aufgrund seiner Fußschmerzen jegliche Hoffnung verloren hätte. Er wurde mit der Diagnose einer depressiven Episode als stationärer Patient in das Krankenhaus eingewiesen.

Die Ergotherapeutin wendet das Mensch-Umgebung-Betätigungs-Modell (Person-Environment-Occupation Model, Law et al. 1996) mit einem klientenzentrierten Ansatz an. Ihr erstes Ziel ist, eine Beziehung zu Herrn Chan aufzubauen. Bei der ersten Untersuchung befindet sich Herr Chan in einer stabilen Gemütsverfassung, die er auf einer visuellen Analogskala subjektiv als 7/10 bewertet. Seit seiner Einweisung in das Krankenhaus ist er nicht mehr depressiv und hat keine Selbstmordgedanken mehr. Seine kognitive Funktion wurde bewertet und als normal für einen älteren Menschen eingestuft. Abgesehen von ständigen unerträglichen Schmerzen in seinem rechten Fuß ist er in guter körperlicher Verfassung. Seine Fähigkeit zur Selbstversorgung wird mithilfe des modifizierten Barthel-Index bewertet. Das Ergebnis, 67/100, verdeutlicht, dass er bei Selbstversorgungsaktivitäten ein gewisses Maß an Unterstützung benötigt. Dieser Wert der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IATL-Wert) zeigt jedoch auch, dass er bei angemessener sozialer Unterstützung in der Lage ist, auch weiterhin selbstständig in der Gemeinde zu leben.

Die Therapeutin beginnt mit einer individuellen kognitiven Verhaltenstherapie. Während der Therapie gelingt es ihr, ein Arbeitsbündnis zu etablieren; Schlüsselaspekte zu identifizieren; automatische Gedanken und Überzeugungen zu identifizieren; Herrn Chans Schmerzen anzuerkennen, ohne seine verzerrten Ideen zu bestätigen; Hilfe und Unterstützung anzubieten; kurz- und langfristige Ziele festzulegen und sich mit Herrn Chan auf einen Behandlungsplan zu einigen. Während der Sitzungen versucht die Therapeutin, positive Denk- und Bewältigungsmethoden anzuregen. Gemeinsam mit Herrn Chan untersucht die Therapeutin, welche Möglichkeiten für ihn bestehen, Hilfe und Unterstützung zu erhalten, und welche alternativen Problemlösungsverfahren für ihn in Betracht kommen könnten.

Die Sitzungen der kognitiven Verhaltenstherapie werden fortgesetzt. Außerdem wird ein Aktivitätstrainingsprogramm gestartet, um mit Herrn Chan Bewältigungsstrategien zu entwickeln, sein Selbstwertgefühl zu stärken und seine Fähigkeiten in Bezug auf die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens zu verbessern. Dies geschieht mit dem Ziel, ihn zu ermuntern, Schreibarbeiten auf Chinesisch für die ergotherapeuti-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

sche Abteilung zu übernehmen und seine sozialen Kontakte durch Teilnahme an einem täglichen Trainingsprogramm zu bereichern. Die chinesischen Schreibarbeiten am Computer bereiten Herrn Chan Freude. Er fängt an, sich für chinesische Musik zu interessieren, und schreibt chinesische Lieder auf, an die er sich erinnert. Auch seine Gedanken und Gefühle bezüglich der Therapiesitzungen notiert er. Auf seine chinesischen Schreibarbeiten ist er sehr stolz und nach und nach zeigt er eine höhere Wertschätzung für sein Leben im Allgemeinen. Er entwickelt neue und positivere Ansätze, um die Herausforderungen in seinem Leben zu bewältigen. Die medizinische Konsultation ergibt, dass er keine Fußprobleme mehr hat und gelernt hat, mit den verbleibenden geringen Fußschmerzen umzugehen.

Zusammen mit Herrn Chan entwirft die Ergotherapeutin einen Entlassungsplan. Nach einer einmonatigen stationären Behandlung, während der er gute Fortschritte erzielte, ist Herr Chan glücklich darüber, dass er entlassen wird und ein Zimmer in einem privaten Altersheim beziehen kann, wo er Unterstützung bei seinen Aktivitäten des täglichen Lebens erhält. Sein Zimmer wird mit einem Computer samt Internetanschluss ausgestattet. Herr Chan setzt die Aktivitäten seiner Wahl fort, da er gelernt hat, ein sinnvolles Leben zu führen. Er hat große Hoffnungen für die Zukunft, genießt die Privatsphäre seines Zimmers bei leisen Aktivitäten wie Lesen und der Arbeit am Computer. Von Zeit zu Zeit nimmt er aktiv an Gruppenaktivitäten teil.

3.3.3 Ansätze und Techniken des Assessments und der Intervention

Ergotherapeuten verwenden in der therapeutischen Arbeit mit den Patienten eine Vielzahl von Ansätzen.

> *Praxisansatz:* „… die Methoden, nach denen Theorien in die Praxis umgesetzt werden und die Behandlung verabreicht wird“ (Creek 2003, S. 50).

Einer dieser Ansätze ist z. B. der Genesungsansatz (recovery approach), der die gelebte Erfahrung von Menschen mit psychischen Erkrankungen würdigt, die daran arbeiten, Herausforderungen zu akzeptieren und zu bewältigen und ein neues Gefühl bzw. einen neuen Sinn für sich selbst sowie einen Daseinsgrund innerhalb und über die Einschränkungen ihrer Behinderung hinaus zu entdecken (Deegan 1988). Eine Ergotherapeutin, die nach diesem Ansatz arbeitet, wird versuchen, die Intervention zu einem zweckgerichteten interpersonalen Prozess zu machen, an dem ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung beteiligt ist, der subjektive und objektive Fortschritte im Hinblick auf mindestens eins der folgenden Ziele macht:

- Selbstmanagement im Hinblick auf die psychische Erkrankung und die Gesundheit im Allgemeinen
- sinnvolle Betätigung
- vermehrte und verbesserte soziale Interaktion und Integration in die Gesellschaft
- Bewältigen bzw. Management des veränderten Selbstwertgefühls und der Emotionen, die mit dem Leben mit einer langfristigen psychischen Erkrankung verbunden sind
- verbesserte Lebensumstände (Oades u. Deane 2007).

Im nächsten Fallbeispiel sind die Ansätze und Techniken dargestellt, die eine Ergotherapeutin als Mitglied eines psychiatrischen Teams des kommunalen Sozialdienstes in Dänemark anwendet. Die beiden Autorinnen stellen insbesondere Assessment- und Interventionsstrategien vor.

Fallbeispiel: Dan

Berit Hvalsøe und Elise Bromann Bukhave

Dan ist ein junger 25-jähriger Mann, der an diagnostizierter Schizophrenie leidet. Während der letzten drei Jahre wurde er viermal in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen. Bis vor Kurzem lebte er bei seinen Eltern, aber nach seiner letzten Einweisung war er damit einverstanden, in eine Wohneinheit des betreuten Wohnens zu ziehen, wo er Unterstützung durch das psychiatrische Team der Gemeinde erhält.

Die Ergotherapeutin ist Mitglied des interdisziplinären Teams der betreuten Wohnanlage. Sie ist die Fallmanagerin für drei der Bewohner und leistet einen Beitrag zur täglichen Routine der Anlage, z. B. indem sie manchmal die Abendschichten übernimmt. Ein Teil ihres Jobs besteht darin, regelmäßig Assessments und Evaluationen mit den 12 Bewohnern durchzuführen, um einen Beitrag zur Entwicklung und Aktualisierung der individuellen Handlungspläne zu leisten, die die dänischen Sozialgesetze vorschreiben.

Um gemeinsam mit Dan einen Handlungsplan auszuarbeiten, hat die Ergotherapeutin ihn während der ersten Phase seines Aufenthalts in der Anlage beobachtet und informelle Interviews während gemeinsamer Aktivitäten durchgeführt. Auf der Grundlage dieser Informationen beschloss sie, Assessments unter Verwendung der Canadian Occupational Performance Measure (COPM) und der ATL-Taxonomie durchzuführen. Sie erhofft sich von diesen Assessments relevante Informationen und einen guten Ausgangspunkt für die Intervention. Die Anwendung des ATL-Zirkels der ATL-Taxonomie

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

wird Dan ein visuelles Bild der ATL-Fertigkeiten vermitteln, die er verbessern muss und die, bis zu einem gewissen Grad, seine Leseschwächen und Konzentrationsprobleme kompensieren werden. Die Ergotherapeutin ist AMPS-zertifiziert und könnte später auch das Assessment of Motor and Process Skills anwenden.

Die neuen Lebensumstände stellen für Dan eine große Herausforderung dar. Seine hauswirtschaftlichen Fähigkeiten reichen nicht aus, um ihn zu einem aktiven und engagierten Bewohner der Anlage zu machen. Da sich bisher seine Eltern um ihn gekümmert haben, muss er die grundlegenden Aufgaben der Haushaltsführung erst noch erlernen. Seine Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten müssen ebenfalls verbessert werden, damit er auf angemessene Weise mit den anderen Bewohnern interagieren kann. Die Intervention muss außerdem Aspekte wie seine Fähigkeit, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, umfassen, damit er ohne fremde Hilfe seine Eltern besuchen kann. Zurzeit lebt Dan von der Sozialhilfe, aber für die Zukunft wird es erforderlich sein, sich mit der Frage einer beruflichen Tätigkeit oder anderer produktiver Aktivitäten zu befassen.

Der Handlungsplan enthält Dans Ziele für die nächsten drei Monate. Der erste Schritt für ihn besteht darin, an den obligatorischen Aktivitäten der Anlage teilzunehmen. Zweimal pro Woche wird Dan dem für die Essenszubereitung verantwortlichen Team zugeteilt und einmal pro Woche dem Reinigungsteam. Bei beiden Aktivitäten unterstützt ihn die Ergotherapeutin, sowohl Strategien für die Ausführung dieser Aktivitäten als auch für die Interaktion mit anderen zu erlernen. Gemeinsam tragen Dan und sie die Aktivitäten, an denen er während der Woche teilgenommen hat, in einen Kalender ein. Um sich daran zu erinnern, was er im Verlauf des Tages tun soll, schlägt die Ergotherapeutin Dan vor, die Weckfunktion seines Mobiltelefons zu benutzen, das er ohnehin immer bei sich trägt.

Ergotherapeuten müssen Zugang zu einem breiten Spektrum an Assessment- und Interventionstechniken haben. Die ersten Praktizierenden benutzten „ein reichhaltiges und produktives Menü täglicher Aktivitäten“ (Clark u. Larson 1993, S. 45). Im 21. Jahrhundert haben wir dieses Menü um spezialisierte Werkzeuge und Techniken erweitert, mit denen:

- das Funktionspotenzial, die Handlungskompetenz und Kompetenzdefizite bewertet werden können, z. B. Canadian Occupational Performance Measure (s. Kap. 2.1.3)
- Probleme des täglichen Lebens identifiziert und gelöst werden können, z. B. das Erreichen eines gesunden Aktivitätsgleichgewichts
- Menschen dabei geholfen werden kann, mit ihren Symptomen fertig zu werden, z. B. kognitive Verhaltenstherapie
- Fertigkeiten zur Förderung der Handlungskompetenz entwickelt und verbessert werden können, z. B. Training der Durchsetzungsfähigkeit
- Umgebungen im Hinblick auf die Förderung von Betätigung und Teilnahme bewertet und angepasst werden können, z. B. Installation eines täglichen Wecksignals, das jemandem dabei helfen soll, pünktlich zur Arbeit zu kommen.

Aus diesem Spektrum an Interventionen wählen Ergotherapeuten in verschiedenen Ländern nicht nur die Ansätze und Techniken aus, die den Bedürfnissen ihrer Klienten am besten gerecht werden, sondern auch diejenigen, die in sozialer und kultureller Hinsicht für die Menschen, mit denen sie arbeiten, am besten geeignet sind. Wenn eine therapeutische Aktivität eine positive Wirkung auf den Klienten haben soll, muss sie von sozialem Wert sein. Bittet man Menschen, eine Aktivität auszuführen, die einen geringen oder negativen sozialen Stellenwert hat, zeigt man ihnen damit, dass sie selbst auch nur einen geringen oder gar keinen Wert für die Gesellschaft haben.

In Gesellschaften, in denen die berufliche Tätigkeit einen sehr hohen Stellenwert hat, wird die Arbeit der Therapeuten zu einem großen Teil darin bestehen, Menschen dabei zu helfen, einen Arbeitsplatz zu finden oder zu behalten oder eine andere produktive Tätigkeit zu finden. In vielen Gesellschaften werden solche Aktivitäten als erwünscht und erstrebenswert betrachtet, die mit interaktiver Technologie assoziiert werden, wie das Benutzen von Computern und Internet. Ein Beispiel für ein innovatives, auf dem Internet basierendes Projekt für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen wird im folgenden Absatz beschrieben.

Exkurs: Das Makshivim-Projekt in Israel

Eitan Ben-Yitzhak Klutch

Das Makshivim-Projekt ist ein innovatives interaktives Onlineprojekt zur Förderung der Genesung und der sozialen Integration von Menschen mit psychiatrischen Behinderungen. Es wurde im September 2005 in Israel gestartet. Im Januar 2007 erhielt das Projekt finanzielle Unterstützung von der israelischen Regierung, nachdem nachgewiesen werden konnte, dass es sich hinsichtlich der erreichten Ziele sehr erfolgreich ist. Die meisten Menschen, die zurzeit an dem Projekt beteiligt sind, leiden selbst an psychischen Erkrankungen oder Behinderungen und begannen ursprünglich als Mitglieder der Webseite des Projekts.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Das Projekt besteht aus einer abgesicherten Webseite für Mitglieder, die mit einer Vielzahl von virtuellen und realen Sozial- und Rehabilitationsaktivitäten verlinkt ist. Vor der Aufnahme in das Projekt wird verifiziert, ob jemand tatsächlich an psychischen Erkrankung oder Behinderung leidet. Dies erzeugt für die Mitglieder eine ungezwungene und sichere Atmosphäre, in der sie ihren „Leidensgenossen" online Unterstützung anbieten bzw. Unterstützung von ihnen erhalten können.

Zu den vielen Dienstleistungen, die das Makshivim-Projekt anbietet, gehören u. a. wöchentliche Chats, die von Gruppenleitern moderiert werden, die selbst psychiatrische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, und eine Kunstgalerie der Mitglieder. Über das Internet werden Treffen in der „realen Welt" organisiert, die in angemessenen Settings stattfinden, z. B. gemeinsame Spaziergänge oder ein Kurs für kreatives Schreiben, der 10 Sitzungen umfasst. Die Webseite bietet auch einen monatlich stattfindenden Chatroom für Psychiatrieexperten und Personen, die an anderen Projekten arbeiten, z. B. Berufs- und Wohnprogramme. Diese Chats werden von Schlüsselpersonen und Experten aus verschiedenen Bereichen moderiert. Außerdem gibt es Onlinekurse und -studienprogramme, z. B. über gesunde Lebensführung.

Weitere Informationen über das Makshivim-Projekt finden sich auf www.makshivim.net.

3.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Kapitel 3.2 haben wir einige der kontextuellen Faktoren untersucht, die die Art und Weise formen, wie Menschen ihr Leben leben: menschliche und nichtmenschliche Umgebungsfaktoren, Kultur und wie Gesundheitsdienstleistungen strukturiert und bereitgestellt werden. Die globale Vielfalt der menschlichen Betätigungen bewirkt, dass die Ergotherapie in unterschiedlichen Teilen der Welt auf unterschiedliche Weise praktiziert wird. Alle Ergotherapeuten verfolgen dasselbe Ziel – Menschen dabei zu helfen, Probleme des täglichen Lebens zu bewältigen, und ihre Handlungskompetenz zu stärken – aber die Methoden, nach denen Ergotherapeuten ihre berufliche Funktion konzeptualisieren und mit ihren Klienten arbeiten, unterscheiden sich mitunter sehr stark voneinander.

Im Kapitel 3.3 haben wir uns mit drei Aspekten der Ergotherapie befasst: das Wesen der therapeutischen Beziehungen, Theorien und Modelle sowie Ansätze und Techniken für Assessments und Interventionen. Anhand von „realen" Beispielen aus verschiedenen Ländern haben wir außerdem untersucht, wie jeder dieser Bereiche der Praxis durch lokale Bedingungen und Umstände geformt werden kann.

Ergotherapeuten wissen Vielfalt zu schätzen, sowohl im Rahmen ihres Berufs als auch im Hinblick auf ihre Klienten. Sie verstehen, wie wichtig es ist, sich bestehender Unterschiede bewusst zu sein, und wie wichtig kulturelle Sensitivität ist. Diese Flexibilität hat ihren Ursprung darin, dass sie ein klares Bild ihrer beruflichen Aufgabe und Vertrauen in ihre spezifischen beruflichen Fertigkeiten haben.

3.5 Literatur

Clark F, Larson EA. Developing an academic discipline: the science of occupation. In: Hopkins HL, Smith HD, eds. Willard and Spackman's occupational therapy, 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 1993.

Creek J. The knowledge base of occupational therapy. In: Creek J, Lougher L, eds. Occupational therapy and mental health, 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

Creek J. Occupational therapy defined as a complex intervention. London: College of Occupational Therapists; 2003.

Creek J, Feaver S. Models for practice in occupational therapy: Part 1, defining terms. British Journal of Occupational Therapy. 1993; 56(1):4–6.

Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1988; 11(4):11–19.

Dussault G, Dubois C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health. 2003;1:1. BioMed Central.

Evans G, Tam M. Introduction: The anthropology of contemporary Hong Kong. In: G Evans, M Tam, eds. Hong Kong: The anthropology of a Chinese metropolis. Honolulu, Hawaii: University of Hawaii Press. 1997.

Iwama MK. The Kawa model: culturally relevant occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006.

Kielhofner G, Burke JP. A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. American Journal of Occupational Therapy. 1980; 34(9): 572–581.

Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996; 63(1):9–23.

Lee GYY et al. Occupational Therapy Clinical Guideline on Elderly Depression. Hong Kong: Co-ordinating Committee in Occupational Therapy of the Hong Kong Hospital Authority and the Hong Kong Occupational Therapy Association.

New Shorter English Dictionary. Oxford: Clarendon Press; 1993.

Oades LG, Deane FP The framework for psychosocial rehabilitation: bringing it into focus. In: R King, C Lloyd, T Meehan, eds. Handbook of psychosocial rehabilitation. Oxford: Blackwell; 2007.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Das Projekt besteht aus einer abgesicherten Webseite für Mitglieder, die mit einer Vielzahl von virtuellen und realen Sozial- und Rehabilitationsaktivitäten verlinkt ist. Vor der Aufnahme in das Projekt wird verifiziert, ob jemand tatsächlich an psychischen Erkrankung oder Behinderung leidet. Dies erzeugt für die Mitglieder eine ungezwungene und sichere Atmosphäre, in der sie ihren „Leidensgenossen" online Unterstützung anbieten bzw. Unterstützung von ihnen erhalten können.

Zu den vielen Dienstleistungen, die das Makshivim-Projekt anbietet, gehören u. a. wöchentliche Chats, die von Gruppenleitern moderiert werden, die selbst psychiatrische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, und eine Kunstgalerie der Mitglieder. Über das Internet werden Treffen in der „realen Welt" organisiert, die in angemessenen Settings stattfinden, z. B. gemeinsame Spaziergänge oder ein Kurs für kreatives Schreiben, der 10 Sitzungen umfasst. Die Webseite bietet auch einen monatlich stattfindenden Chatroom für Psychiatrieexperten und Personen, die an anderen Projekten arbeiten, z. B. Berufs- und Wohnprogramme. Diese Chats werden von Schlüsselpersonen und Experten aus verschiedenen Bereichen moderiert. Außerdem gibt es Onlinekurse und -studienprogramme, z. B. über gesunde Lebensführung.

Weitere Informationen über das Makshivim-Projekt finden sich auf www.makshivim.net.

3.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Kapitel 3.2 haben wir einige der kontextuellen Faktoren untersucht, die die Art und Weise formen, wie Menschen ihr Leben leben: menschliche und nichtmenschliche Umgebungsfaktoren, Kultur und wie Gesundheitsdienstleistungen strukturiert und bereitgestellt werden. Die globale Vielfalt der menschlichen Betätigungen bewirkt, dass die Ergotherapie in unterschiedlichen Teilen der Welt auf unterschiedliche Weise praktiziert wird. Alle Ergotherapeuten verfolgen dasselbe Ziel – Menschen dabei zu helfen, Probleme des täglichen Lebens zu bewältigen, und ihre Handlungskompetenz zu stärken – aber die Methoden, nach denen Ergotherapeuten ihre berufliche Funktion konzeptualisieren und mit ihren Klienten arbeiten, unterscheiden sich mitunter sehr stark voneinander.

Im Kapitel 3.3 haben wir uns mit drei Aspekten der Ergotherapie befasst: das Wesen der therapeutischen Beziehungen, Theorien und Modelle sowie Ansätze und Techniken für Assessments und Interventionen. Anhand von „realen" Beispielen aus verschiedenen Ländern haben wir außerdem untersucht, wie jeder dieser Bereiche der Praxis durch lokale Bedingungen und Umstände geformt werden kann.

Ergotherapeuten wissen Vielfalt zu schätzen, sowohl im Rahmen ihres Berufs als auch im Hinblick auf ihre Klienten. Sie verstehen, wie wichtig es ist, sich bestehender Unterschiede bewusst zu sein, und wie wichtig kulturelle Sensitivität ist. Diese Flexibilität hat ihren Ursprung darin, dass sie ein klares Bild ihrer beruflichen Aufgabe und Vertrauen in ihre spezifischen beruflichen Fertigkeiten haben.

3.5 Literatur

Clark F, Larson EA. Developing an academic discipline: the science of occupation. In: Hopkins HL, Smith HD, eds. Willard and Spackman's occupational therapy, 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 1993.

Creek J. The knowledge base of occupational therapy. In: Creek J, Lougher L, eds. Occupational therapy and mental health, 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

Creek J. Occupational therapy defined as a complex intervention. London: College of Occupational Therapists; 2003.

Creek J, Feaver S. Models for practice in occupational therapy: Part 1, defining terms. British Journal of Occupational Therapy. 1993; 56(1):4–6.

Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1988; 11(4):11–19.

Dussault G, Dubois C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health. 2003;1:1. BioMed Central.

Evans G, Tam M. Introduction: The anthropology of contemporary Hong Kong. In: G Evans, M Tam, eds. Hong Kong: The anthropology of a Chinese metropolis. Honolulu, Hawaii: University of Hawaii Press. 1997.

Iwama MK. The Kawa model: culturally relevant occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006.

Kielhofner G, Burke JP. A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. American Journal of Occupational Therapy. 1980; 34(9): 572–581.

Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996; 63(1):9–23.

Lee GYY et al. Occupational Therapy Clinical Guideline on Elderly Depression. Hong Kong: Co-ordinating Committee in Occupational Therapy of the Hong Kong Hospital Authority and the Hong Kong Occupational Therapy Association.

New Shorter English Dictionary. Oxford: Clarendon Press; 1993.

Oades LG, Deane FP The framework for psychosocial rehabilitation: bringing it into focus. In: R King, C Lloyd, T Meehan, eds. Handbook of psychosocial rehabilitation. Oxford: Blackwell; 2007.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

O'Sullivan ENM. Textbook of occupational therapy: With chief reference to psychological medicine. London: HK Lewis; 1955.

Paterson CF. A short history of occupational therapy in psychiatry. In: Creek J, Lougher L, eds. Occupational therapy and mental health, 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

Quan T. The importance of cultural factors in professional assistance to people experiencing mental health problems. In: WO Phoon, Macindoe I, eds. Untangling the threads: perspectives on mental health in Chinese communities. North Parramatta: Transcultural Mental Health Centre; 2003.

Rogoff B. The cultural nature of human development. Oxford: Oxford University Press; 2003.

Scott J. Preface. In: College of Occupational Therapists Recovering ordinary lives: the strategy for occupational therapy in mental health services, a vision for the next ten years. (Core.) London: COT; 2006.

Watson R. New horizons in occupational therapy. In: Watson R, Swartz L, eds. Transformation through occupation. London: Whurr; 2004.

Yau MKS. Mental illness and families in contemporary Hong Kong: An introduction and overview. In: WO Phoon, I Macindoe, eds. Untangling the threads: perspectives on mental health in Chinese communities. North Parramatta: Transcultural Mental Health Centre; 2003.

Yeo SS, Meiser B. Cross-cultural cognitive therapy for the treatment of depressive symptoms in Chinese clients: integrating the belief systems of Confucianism, Buddhism and Taoism. In: WO Phoon, I Macindoe, eds. Untangling the threads: perspectives on mental health in Chinese communities. North Parramatta: Transcultural Mental Health Centre; 2003.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

4

Krankheitsbilder der Allgemeinpsychiatrie und ihre ergotherapeutische Bedeutung

4.1	Psychosen	214
4.2	Persönlichkeitsstörungen	234
4.3	Neurosen	249
4.4	Literatur	264

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

4.1 Psychosen

Birgit Hirsekorn

4.1.1 Schizophrene Psychosen

Einleitung

Die Schizophrenie ist eine Erkrankung, die zur Gruppe der Psychosen gehört und in ihrer Ausprägung eine vielgestaltige Symptomatik sowie sehr unterschiedliche Verlaufsformen aufweisen kann (s. S. 218f). Ätiologisch betrachtet konnte bis heute kein Nachweis erbracht werden, der die Gesamtheit der heterogenen Symptomatik hinreichend begründet, Erkenntnisse über Teilaspekte sind beschrieben. So geht man von einer multifaktoriellen Pathogenese aus, die sowohl genetische Faktoren wie auch hirnstrukturelle Besonderheiten berücksichtigt und eine Vielzahl exogener Einflüsse mit unterschiedlichen Hypothesen einschließt (s. S. 216, Vunerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenzmodell).

Im vergangenen Jahrhundert wurden viele Anstrengungen unternommen, das Krankheitsbild zu umreißen und in seiner Symptomatik zu präzisieren. Die Autoren der heutigen Zeit beziehen sich auf die im Folgenden aufgeführten Modelle.

Historischer Überblick: von Dementia praecox zur Schizophrenie

Laut Tölle und Windgassen (2005) sind schizophrene Psychosen seit dem Altertum bekannt und wurden immer wieder unter zahlreichen verschiedenen Namen beschrieben. In seinem Bemühen um die Einteilung der psychiatrischen Krankheitsbilder hat Emil Kraepelin 1896 eine Gruppe von Erscheinungsbildern mit gemeinsamen Merkmalen zusammengefasst und sie *Dementia praecox* („vorzeitige Verblödung") genannt. Eugen Bleuler hat 1911 die noch heute gültige Bezeichnung *Schizophrenie* („Bewusstseinsspaltung") eingeführt. Damit hat er die Spaltung und Desintegration der verschiedenen psychischen Funktionen benannt, die diese Erkrankung zur Folge hat. Bleulers ausführliche klinische Beobachtungen machten deutlich, dass es nicht obligatorisch zu einem schweren chronifizierten Residualzustand kommen muss und der Krankheitsbeginn eine größere Lebensspanne als die frühe Jugend betrifft. Außerdem nahm er Korrekturen und Ergänzungen hinsichtlich der Symptomatik vor und beschrieb erstmalig psychodynamische Aspekte. Bleuler führte die Unterscheidung von Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen ein **(Tab. 4.1,** Tölle u. Windgassen 2005), ebenso die Unterscheidung von primären und sekundären Symptomen (Möller u. Deister 2005). Heutzutage ist durch Langzeitkatamnesen nachgewiesen worden, dass bei einer modernen pharmakologischen und soziotherapeutischen Behandlung und gezielter professioneller Begleitung bei einem Großteil der Erkrankten günstige Verläufe stattfinden (s. S. 218f.).

Weitere Klassifikationen folgten, wie z. B. die Symptome ersten und zweiten Ranges nach Kurt Schneider **(Tab. 4.2)**.

Ebert (2005) erinnert an die von Kurt Schneider empfohlene Vorgehensweise im diagnostischen Prozess: „Findet sich keine organische Störung und liegen erstrangige Symptome vor, so handelt es sich um eine Schizophrenie. Bei ausschließlichen Symptomen 2. Ranges ist die Diagnose nur wahrscheinlich, aber nicht sicher … Hierdurch wurde ein sehr enger Schizophreniebegriff geschaffen" (Ebert 2005). In den aktuell gültigen operationalisierten Diagnostikmanualen DSM-IV und ICD-10 sind die Begrifflichkeiten positive und negative schizophrene Symptome sowie Plus- und Minussymptome gebräuchlich.

Möller und Deister (in Möller et al. 2005) beschreiben die Unterscheidung in positive und negative schizophrene Symptome, die in Bezug auf ätiologische und pathogenetische Theorien an Bedeutung gewinnen. „Als bedeutendste *positive Symptome* werden halluzinatorische Erlebnisse, Wahnsymptomatik, Zerfahrenheit und ausgeprägt desorganisiertes Verhalten angesehen. *Negative Symptome* sind insbesondere Sprachverarmung (Alogie), Affektver-

Tab. **4.1** Unterteilung schizophrener Symptomatik nach E. Bleuler: Grundsymptome und akzessorische Symptome, primäre und sekundäre Symptome (modifiziert nach Möller u. Deister 2005, S. 1064)

Symptome	Äußerungen
Grundsymptome (die vier großen „A")	Denkzerfahrenheit (Assoziationsstörung), Parathymie (Affektstörung), Ambivalenz, Autismus, Störung des subjektiven Erlebens des eigenen Ich (Depersonalisation)
Akzessorische Symptome	Halluzinationen, Wahn, katatone Symptomatik, Störungen der Schrift und der Sprache
Primäre Symptome	Lockerung der Assoziationen, Disposition zu Halluzinationen, katatone Anfälle, Tremor
Sekundäre Symptome	Verschiebung, Verdichtung, Affektstörungen, Störungen des Gedächtnisses, Unberechenbarkeit, Wahnideen, Halluzinationen, Stereotypien, Negativismus

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **4.2** Symptome 1. und 2. Ranges der Schizophrenie (modifiziert und ergänzt nach Schneider in Ebert 2005)

	Symptome 1. Ranges	Symptome 2. Ranges
Akustische Halluzinationen	■ Dialogische Stimmen ■ Kommentierende Stimmen ■ Gedankenlautwerden	■ Sonstige akustische Halluzinationen
Leibhalluzinationen	■ Leibliche Beeinflussungserlebnisse	
Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten		■ Optische ■ Olfaktorische ■ Gustatorische
Ich-Störungen	■ Gedankeneingebung ■ Gedankenentzug ■ Gedankenausbreitung ■ Willensbeeinflussung	
Wahn	■ Wahnwahrnehmung	■ Wahneinfall/-gedanke

flachung, Interessens- und Initiativverlust (Apathie), Anhedonie (Verlust der Lebensfreude), sozialer Rückzug und Aufmerksamkeitsstörung" (Möller u. Deister 2005, S. 1064).

In diesem Zusammenhang gehen Möller und Deister auch auf die Bezeichnungen Plus- und Minussymptome ein, die ebenfalls in der Literatur verwendet werden. Als *Plussymptome* werden die positiven Symptome bezeichnet, die der gesunden Psyche „aufgelagert" sind (z. B. Halluzinationen). *Minussymptome* beziehen sich auf Eigenschaften, die bei Patienten im Vergleich zu Gesunden nicht oder in verminderter Ausprägung vorkommen, wie z. B. Willensschwäche, also negative Symptome.

Basisstörungen

Das Konzept der Basisstörungen nach Huber (1986) benennt eine Vielzahl subjektiv erlebter Primärerfahrungen im Hinblick auf kognitive, psychomotorische und affektive Beeinträchtigungen, die zunächst betrachtet nicht als schizophrenietypisch angesehen werden, aber als Basis für komplexe psychotische Endsymptome angesehen werden können.

Da die Basissymptome einen wichtigen Beitrag zum Verständnis einer schizophrenen Erkrankung leisten können, sind sie in ihrer Auswirkung auf Seite 216–217 (Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung) beschrieben.

Die Vielzahl der hier beschriebenen Klassifikationssysteme macht das Bemühen deutlich, das Krankheitsbild besser abzugrenzen und genauer zu definieren, auch mit dem Ziel, ätiologische Gesichtspunkte genauer zu erfassen. In den heute gebräuchlichen deskriptiven operationalisierten Kriterien der ICD-10 und dem DSM-IV wird deutlich, dass es sich um ein sehr umfassendes heterogenes Krankheitsbild mit vielen Untergruppen handelt. Die Schizophrenien werden zu den schwersten und häufigsten psychischen Krankheiten gezählt, insbesondere auch, weil sie praktisch alle psychischen Funktionen des Menschen pathologisch verändern können.

Klassifikation nach ICD-10

In den zurzeit gültigen Klassifikationen für psychische Erkrankungen, ICD-10 und DSM-IV, werden Schizophrenien weitestgehend übereinstimmend beschrieben. An dieser Stelle erfolgt eine Beschränkung auf die in Deutschland gebräuchlichste Kodierung nach ICD-10.

Folgende Typen der Schizophrenie werden unterschieden, wobei die Diagnostiker aufgefordert sind, eine sehr sorgfältige kriterienorientierte Untersuchung durchzuführen, weil die Diagnose als schwerwiegend angesehen wird und Konsequenzen für eine gezielte medizinische Behandlung zur Folge hat.

F20: Schizophrenie
F20.0: Paranoide Schizophrenie
F20.1: Hebephrene Schizophrenie
F20.2: Katatone Schizophrenie
F20.3: Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4: Postschizophrene Depression
F20.5: Schizophrenes Residuum
F20.6: Schizophrenia simplex
F20.8: Sonstige Schizophrenieformen
F20.9: Nicht näher bezeichnete Schizophrenie.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Mit der fünften Stelle kann der Verlauf kodiert werden:

F20.x0: Kontinuierlich
F20.x1: Episodisch, mit zunehmendem Residuum
F20.x2: Episodisch, mit stabilem Residuum
F20.x3: Episodisch remittierend
F20.x4: Unvollständige Remission
F20.x5: Vollständige Remission
F20.x8: Sonstige
F20.x9: Verlauf unklar, Beobachtungszeitraum zu kurz.

Erklärungsmodelle

Schizophrenien treten in allen Kulturen mit gleicher Häufigkeit auf. Dies sollte bei der Suche nach den Krankheitsursachen berücksichtigt werden. Aus heutiger Sicht stehen biologische und psychosoziale Risikofaktoren in komplizierten Wechselwirkungen zueinander und gestalten die physische und psychische Entwicklung des Menschen mit, d. h., die genetisch determinierte Grundausstattung trifft auf unterschiedliche Interaktionsmuster der Bezugspersonen, Lebensereignisse und Umweltbedingungen. So gestaltet sich ein multidimensionaler, interaktiver Entwicklungsprozess. Dabei greifen monokausale Erklärungen, wie z. B. die bis Mitte des letzten Jahrhunderts propagierte „Schuld der Mütter oder der Familien" als verantwortlicher Auslöser für die Erkrankung, aus heutiger Perspektive eindeutig zu kurz. Die früheren Erklärungsmodelle werden heute alle anerkannt und mit ihren Bedeutungsfaktoren zu einem Modell mit zahlreichen Wirkfaktoren zusammengefügt.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, das von Ciompi entwickelt wurde, findet allgemein Zustimmung. Unter Vulnerabilität versteht man eine besondere Verwundbarkeit/Verletzlichkeit, bezogen auf eine biologische Grundausstattung, die unter belastenden Lebensbedingungen (Stress) zur Entwicklung einer Erkrankung führen kann.

Libermann et al. 1986 ergänzten dieses Modell um die Aspekte Bewältigung und Kompetenz, was sie in einer Grafik **(Abb. 4.1**, S. 214**)** anschaulich dargestellt haben. So stellt sich in diesem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenzmodell der multidimensionale Entwicklungsprozess der Erkrankung mit seinen interaktiven Bedingungsfaktoren als ein komplexes Gefüge dar.

Diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass nicht die Erkrankung selbst, sondern die Vulnerabilitätsmerkmale vererbt oder durch prä- bzw. perinatale Traumata erworben werden. Im Lebenslauf kann es dann zur Ausbildung der Erkrankung kommen, weil andere (Stress-)Faktoren, wie z. B. ein kritisches oder emotional überinvolviertes Familienklima, eine überstimulierende soziale Umwelt und belastende Lebensereignisse, zu einer Überlastung führen, der die Betroffenen aufgrund ihrer Verarbeitungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien nicht gewachsen sind. Inwieweit eine schizotype Persönlichkeit genetisch disponiert ist oder sich im Lebenslauf unter den biologischen Besonderheiten der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung entwickelt, ist noch ungeklärt. Auch die dopaminergen Dysfunktionen sind ätiologisch nicht gesichert.

Expressed-Emotion-Modell

Dieses Modell ist ein Bestandteil des Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Es bezieht sich auf die Aspekte kritisches oder emotional überinvolviertes Familienklima und überstimulierende soziale Umwelt. Gezielte Untersuchungen deuteten auf Besonderheiten im emotionalen Klima der Familien von schizophrenen Patienten hin, die explizit nicht auf Schuldzuweisungen gerichtet sind, sondern die Wechselwirkungen der Belastungsfaktoren anerkennen und die daraus resultierenden besonderen Merkmale benennen. Es wurden bei hohem oder niedrigem emotionalem Status unterschiedliche emotionale Stile gefunden. Ausgewertete Ton- oder Videoaufnahmen von Aussagen der Angehörigen verdeutlichten die Einstellungen und Gefühle in Bezug auf die Patienten. Kam es zu überdurchschnittlich häufigen kritischen Äußerungen, Feindseligkeit und emotionalem Überengagement, wurde ein hoher emotionaler Status (Expressed-Emotion-Status) benannt, der ein deutlich höheres Rückfallrisiko beinhaltet gegenüber einem niedrigen emotionalen Status. Ein niedriger emotionaler Status weist weniger häufig negative Kritik und ein angemessenes emotionales Engagement auf, das sich z. B. auf Sorge um den Patienten und Fürsorglichkeit bezieht (Hahlweg u. Dose 1998).

Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung

Störungen von Aufmerksamkeit und der Informationsverarbeitung gehören zu den zentralen Symptomen bei schizophrenen Erkrankungen, die mit kommunikativen und kognitiven Auffälligkeiten einhergehen. Diesen Beobachtungen liegt die Annahme zugrunde, dass Schizophrene über eine reduzierte

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

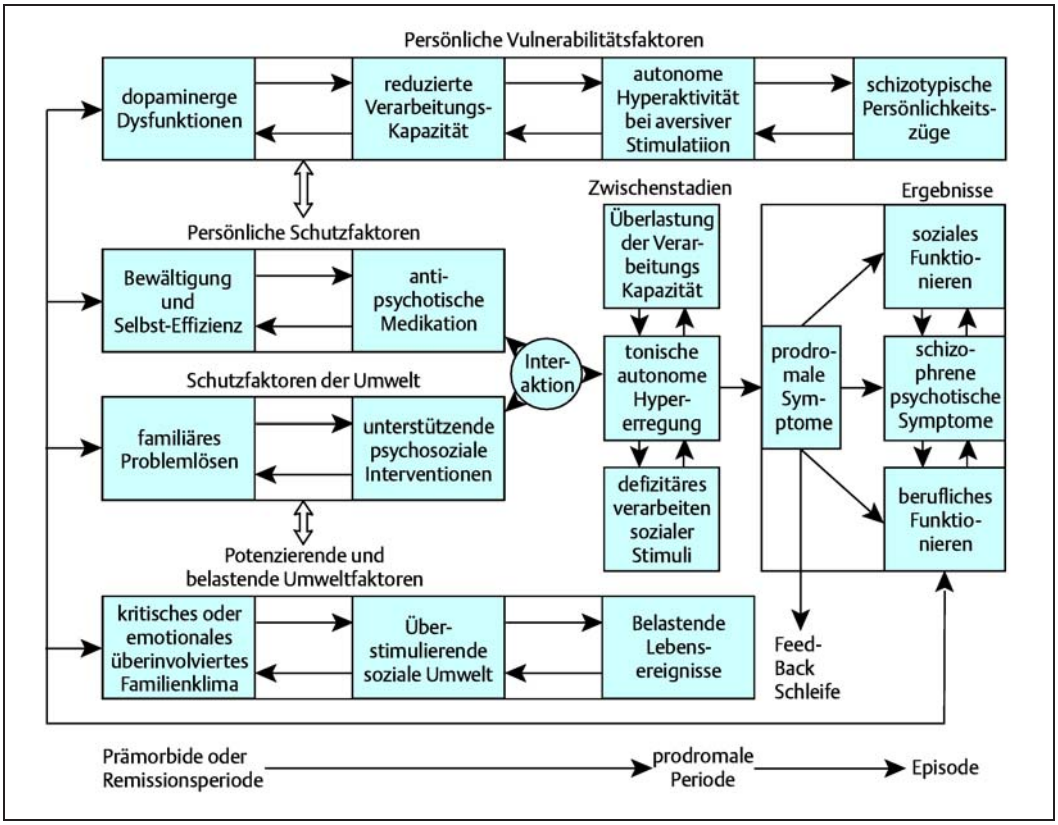

Abb. 4.1 Konzeptueller Rahmen zum Verständnis von Verlauf und Ausgang der Schizophrenie mit den Faktoren bezüglich Vulnerabilität, Stress, Bewältigung und Kompetenz: das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenzmodell (VSBK; aus Libermann et al. 1986; mit freundlicher Genehmigung des Huber-Verlages, Bern).

Verarbeitungskapazität mit folgenden Merkmalen verfügen können (Hesse u. Prünte 2003b):

- Verlängerung der Reaktionszeit
- Störung der Daueraufmerksamkeit
- Schwierigkeiten bei der selektiven Ausrichtung und Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit/leichte Ablenkbarkeit bei komplexen Anforderungen
- Erhöhte Fehlerquote, je komplexer die Aufgaben sind
- Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung einer übergeordneten Einstellung gegenüber einer Aufgabe (zielgerichtetes Handeln, Motivation)
- Störungen des Arbeitsgedächtnisses (Komplexität der verbalen Arbeitsanweisungen)
- Störungen der Konzeptbildung (abstraktes Denken, komplexes Denken, Handlungsplanung)
- Dysfunktionen des autonomen Nervensystems (z. B. autonome Hyperaktivität bei aversiver Stimulation).

Diese Merkmale stimmen zum Teil mit den Basissymptomen überein.

Psychosoziale Faktoren

Der Zeitpunkt der Ersterkrankung fällt häufig in die Lebensspanne, in der berufliche Orientierung und Familiengründung stattfinden, sodass die Betroffenen diese Entwicklungsprozesse erschwert, verzögert oder bei chronischem Verlauf oftmals gar nicht durchlaufen können. Bei frühem Erkrankungsbeginn sind die Patienten auf eine langfristige Unterstützung durch die Primärfamilien angewiesen, die große Einschränkungen in der persönlichen Lebensgestaltung erfahren, was zu einer belasteten Familienatmosphäre führen kann. Bei späterer Erstmanifestation kann es zu einem erheblichen sozialen Einbruch kommen, verbunden mit der Einschränkung, die alten Rollen in Familie und Beruf nicht mehr ausfüllen

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

zu können. Die Neigung zum sozialen Rückzug kann in sozialer Isolation enden. Der Entwicklung eines sozialen Abstiegs und der sozialen Isolation ist unbedingt durch geeignete soziale und therapeutische Maßnahmen entgegenzuwirken.

Schizophrene Symptomatik

Die schizophrenen Symptome treten nicht immer zwangsläufig gleichzeitig auf. Manchmal wechselt die Symptomatik innerhalb eines Verlaufs, manchmal treten nur einzelne Merkmale in Erscheinung, aber immer ist die Person als Ganzes betroffen:

- **Formale Denkstörungen:** Das Denken ist zerfahren, inkohärent; der rote Faden ist nicht mehr erkennbar; die Themen wechseln zusammenhanglos; Wortneubildungen
- **Inhaltliche Denkstörungen:** Wahnstimmung, Beziehungswahn, Verfolgungswahn, Größenwahn, körperbezogene Wahnideen, Beeinflussungswahn, Gedankenausbreiten, Gedankenentzug, Gedankeneingebung, bizarrer Wahn
- **Halluzinationen:** Stimmenhören, optische Halluzinationen, taktile Halluzinationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen
- **Affektstörungen:** Affektverarmung, Ambivalenz, Parathymie
- **Störungen des Selbstgefühls:** Derealisation, Depersonalisation
- **Psychomotorische Störungen:** Manieriertheit, bizarre Bewegungsabläufe, Mutismus, katatone Erregung, Negativismus.

Die Störungsbilder der Schizophrenie gehören zu den psychischen Erkrankungen, die am schwierigsten für die Gesunden nachzuvollziehen sind. Tölle und Windgassen haben zum besseren Verständnis das Modell der basalen Dimensionen des Ich-Bewusstseins (Scharffetter 1976) im Zusammenhang mit den Symptomen betrachtet (Tölle u. Windgassen 2005, S. 200):

- **Störung der Ich-Vitalität**, der Gewissheit der eigenen Lebendigkeit, z. B. im katatonen Stupor oder Erregungszustand, im hypochondrischen oder Weltuntergangswahn
- **Störung der Ich-Aktivität**, der Gewissheit der Eigenbestimmung des Erlebens, Denkens und Handelns, z. B. im wahnhaften Fremdbeeinflussungs- oder Verfolgungserleben. Beispiel: „Ich bin mechanisiert“
- **Störung der Ich-Konsistenz**, der Gewissheit der Einheit seiner Selbst. Beispiele: „Ich bin zerfallen“ oder „Der Rumpf ist halbiert. Ich bin 2 Menschen“
- **Störung der Ich-Demarkation**, der Abgrenzung des Eigenbereiches, z. B. im Erleben von Derealisation, Isolierung und Autismus. Die Grenzen von Ich und Umwelt sind verwischt. Beispiele: „Meine Gedanken verbreiten sich überallhin“ oder „Ich bin ungeschützt. Alles dringt in mich ein“
- **Störung der Ich-Identität**, der Gewissheit des eigenen Selbst, äußert sich in zahlreichen katatonen Symptomen und Wahnerlebnissen. Beispiele: „Man lässt mich nicht sein, der ich bin“ oder „Ich wusste nicht mehr sicher, dass ich der Uli bin“.

Verlauf und Prognose

Der Ersterkrankungsbeginn liegt häufig am Anfang des zweiten Lebensjahrzehnts, ist aber auch früher und in der gesamten Lebensspanne möglich. Männer erkranken durchschnittlich erstmalig zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr, Frauen dagegen ca. fünf Jahre später. Bei den meisten Patienten ging vor Ausbruch der floriden (akuten) Phase eine Prodromalphase voraus, die schon Anzeichen von sozialem Rückzug, emotionaler Instabilität, Abnahme von Interessen und Vernachlässigung der Hygiene und Körperpflege aufweisen kann (Saß et al. 2003). Entgegen früheren Annahmen, dass eine Chronifizierung und die Ausbildung eines Residualzustandes typisch seien, zeigen sich unterschiedliche Verlaufsformen. Der Beginn der Erkrankung kann akut bis schleichend in Erscheinung treten, die Verlaufsformen einfachen oder episodisch-wellenförmigen Charakter haben. Tölle und Windgassen beziehen sich auf Häffner (in Tölle u. Windgassen 2005), der acht verschiedene Verlaufstypen mit unterschiedlicher Prognose beschrieben hat.

Einzelne Prädiktoren kennzeichnen einen eher günstigen Verlauf: „Späte Ersterkrankung, akuter Krankheitsbeginn, ausgeprägte affektive Symptomatik, auch psychoreaktive Auslösung der schizophrenen Episode, unkomplizierte Persönlichkeitsstruktur vor der Erkrankung, ausgeglichenes Familienmilieu, gute prämorbide Anpassung. Hinweise auf eine ungünstige Prognose sind: schleichender Krankheitsbeginn, Hinweise auf kortikale oder subkortikale Atrophie in der kranialen Computertomografie und insbesondere Komorbidität, nämlich mit zusätzlicher Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“ (Tölle u. Windgassen 2005).

Hahlweg und Dose beschreiben bei etwa 25% der Ersterkrankten eine völlige Remission, daneben erleben 50% mehrere Phasen, seien aber sozial mehr oder weniger angepasst. Die Anpassung steht im engen Zusammenhang mit den Hilfen, die die Patienten

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **4.3** Die drei Phasen der schizophrenen Erkrankung (nach Hahlweg u. Dose 1998)

Prodromalphase	Akute Phase, „floride“ Phase	Residualphase
■ Absinken des vorher bestehenden Leistungsniveaus ■ Sozialer Rückzug ■ Konzentrations- und Schlafstörungen ■ Vernachlässigung der körperlichen Hygiene	Auftreten der psychotischen (positiven) Symptome wie: ■ Formale und inhaltliche Denkstörungen ■ Wahrnehmungsstörungen/Halluzinationen ■ Affektstörungen ■ Störungen des Selbstgefühls	Psychomotorische Störungen Abklingen der akuten Symptome und Auftreten der negativen Symptomatik wie: ■ Antriebsstörungen/Willensschwäche ■ Interessensverlust ■ Sprachliche Verarmung ■ Affektive Verflachung ■ Sozialer Rückzug

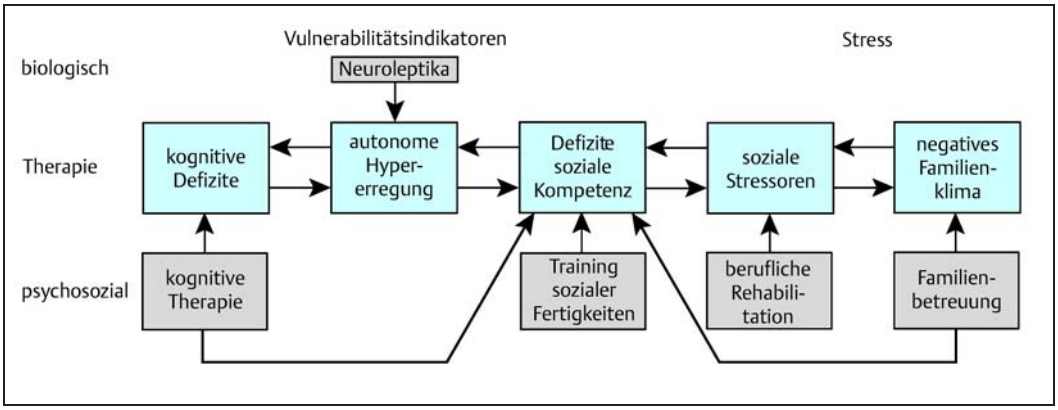

Abb. 4.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell und Therapiemethoden (nach Hahlweg u. Dose 1998, S. 45).

erhalten. Zu chronischen Endzuständen kommt es bei ca. 25% (Hahlweg u. Dose 1998).

Auch bei jahrelangen Verläufen wurden spätere Verbesserungen der Symptomatik und des persönlichen Wohlbefindens berichtet, was auch im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Krankheitsakzeptanz und Bewältigung gesehen werden kann. Der Verlauf der Erkrankung kann in drei Phasen unterteilt werden **(Tab. 4.3)**.

Die zeitliche Dauer der einzelnen Phasen kann unterschiedlich sein. Auch die symptomatische Ausprägung und auch die Übergänge differieren von schleichend bis abrupt.

Therapie

Die verschiedenen Ebenen, die ursächlich an der Entstehung der Erkrankung beteiligt sind, verlangen in der therapeutischen Behandlung ein spezifisches Behandlungsangebot. Hahlweg und Dose leiten aus dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell verschiedene therapeutische Ansatzpunkte ab **(Abb. 4.2)**.

Als effektiv und langfristig stützend wird eine kombinierte Behandlung mit Medikamenten (Neuroleptika), psychosozialem Behandlungsangebot und kognitiver Therapie empfohlen.

Ergotherapeutische Behandlung ergänzt und unterstützt das psychosoziale und kognitive Behandlungsangebot und bietet Handlungs- und Übungsfelder für die im Folgenden beschriebenen Behandlungsansätze, die zur Verbesserung der kognitiven und sozialen Fertigkeiten führen. Arbeitstherapeutische Maßnahmen können wesentliche Beiträge zur beruflichen Integration anbieten.

Ende der 70er-Jahre initiierte eine Gruppe um Brenner (Roder et al. 1988) ein Trainingsprogramm mit psychologischen Verfahren, um die verschiedenen kognitiven Defizite bei schizophrenen Patienten zu vermindern: das Integrierte Psychologische Trainingsprogramm (IPT), das in fünf Trainingsstufen untergliedert wurde (kognitive Differenzierung, so-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ziale Wahrnehmung, verbale Kommunikation, soziale Fertigkeiten, interpersonelles Problemlösen) (s. Kap. 2.4.1, S. 154f).

Kognitive Therapie

In Anlehnung an das IPT wurde das computergestützte Trainingsverfahren Cognition-1 von Marker entwickelt, das jetzt am Zentralinstitut in Mannheim mehrfach modifiziert und weiterentwickelt worden ist. Unter der Bezeichnung „Cogpack" ist es fester Bestandteil der Behandlung geworden und hat inzwischen eine große Verbreitung gefunden (Olbrich 1999).

Computergestützte Trainingsverfahren wie das Cogpack werden eingesetzt zur Reduktion von kognitiven Defiziten, insbesondere von Gedächtnisfunktionen, Visomotorik, Aufmerksamkeit, in logischem Denken, Rechnen und Problemlösung (s. Kap. 2.4.2).

Training sozialer Fertigkeiten

Das Training ist ebenfalls eine Weiterentwicklung des IPT. Es beinhaltet ein gestuftes Programm zur Verbesserung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit und die Entwicklung adäquater Problembewältigungsstrategien in zwischenmenschlichen Bereichen. Es ist beabsichtigt, emotionale Stressoren in familiären und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen zu reduzieren und die Unterstützung durch das soziale Umfeld zu verbessern. Hahlweg und Dose (1998) zeigen hierzu in ihrem Manual konkrete praxisnahe Vorgehensweisen auf, die sich in ihren Grundannahmen auf die Ergebnisse der Expressed-Emotion-Forschung beziehen.

Berufliche Rehabilitation

Der beruflichen Rehabilitation kommt eine große Bedeutung in der Behandlung zu, weil sie als wichtiges Kriterium für die Krankheitsbewältigung gesehen wird. Die Ausübung eines Berufes bedeutet nicht nur, über ausreichende Mittel zur Lebensgestaltung zu verfügen, sondern ermöglicht auch die soziale Integration und stärkt den Selbstwert (s. Kap. 2.4.3).

Krankheitsprophylaxe, Krankheitsverständnis und Angehörigenarbeit

Maßnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten, Aufklärung zum Krankheitsverständnis und Angehörigenarbeit sind wichtige Bestandteile der Therapie. Dazu gehören:

Ermittlung von Frühwarnzeichen und Stressoren sowie Anwendung eines Krisenplans

Bei jedem Patienten können individuelle Veränderungen einer akuten Phase vorausgehen, z. B. Schlafstörungen, Unruhe, depressive Verstimmungen, Reizbarkeit oder innere Anspannung, Konzentrationsstörungen, Wahrnehmungsveränderungen, sozialer Rückzug, psychotische Symptome, die im Zusammenhang mit spezifischen Stressoren stehen können. Die Stressoren müssen im Einzelnen ermittelt werden. Sie können z. B. aus schulischer Überforderung, Prüfungsstress, Überlastung am Arbeitsplatz oder Überforderung in zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen. Die Frühwarnzeichen sollen der Patient und sein soziales Umfeld erkennen, damit ein drohender Rückfall verhindert werden kann. Ein persönlicher Krisenplan soll die notwendigen Maßnahmen zur Entlastung und professionellen Unterstützung aufzeigen.

Ziele psychoedukativer Maßnahmen (nach Hahlweg und Dose 1998)

- Verständnis für die Entstehungsbedingungen der Erkrankung vermitteln und die daraus resultierenden kombinierten Behandlungsmaßnahmen (Vulnerabilitäts-Stress-Modell und Therapiemethoden)
- Entwicklung der Fähigkeiten, die zur selbstverantwortlichen Handhabung der Erkrankung beitragen (Anfälligkeits- und Belastungsfaktoren, persönliche Stressoren, Frühsymptome usw. erkennen lernen)
- Aufklärung von Missverständnissen, Reduktion von Vorurteilen und Schuldgefühlen in Bezug auf die Erkrankung
- Vermittlung der Bedeutung stützender Funktionen durch soziale Netzwerke (Freunde, Familie, Arbeitskollegen, therapeutische Hilfsangebote).

Angehörigengruppen (nach Hahlweg und Dose 1998)

- Informationsvermittlung (Krankheitsbegriff, Symptomatik, Diagnostik, Ursachen, Akutbehandlung, Rückfallprophylaxe)
- emotionale Entlastung (Entlastung von Schuldgefühlen, Bearbeitung von Enttäuschungen, Resignation und Überforderung)
- Erfahrungsaustausch anregen
- praktische Umgangsregeln geben
- Erklärung des „Expressed-Emotion-Konzeptes".

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ergotherapeutische Behandlung

Die ergotherapeutische Behandlung kommt in der Regel in der *akuten Phase* und in der *Residualphase* zur Anwendung. Ergotherapeutinnen behandeln und begleiten Patienten mit schizophrenen Erkrankungen in allen Bereichen der Wohn- und Arbeitsachse (s. S. 223). Neben der medikamentösen Therapie bietet die Ergotherapie dem Patienten insbesondere in der Akutphase ein wichtiges Handlungsspektrum zur Bewältigung der psychomotorischen Veränderungen, zur Gestaltung von Ausdrucksmöglichkeiten für das nicht zu verbalisierende veränderte Selbsterleben, zur Verringerung von Denkstörungen durch reale Außenreize beim konkreten Handeln und zum Erleben von Möglichkeiten zur Spannungsregulation bei ansonsten vorherrschender Anspannung durch Angst und Erregung. In der Residualphase begleitet die Ergotherapeutin die Patienten bei der Anpassung an die gesamten Lebensbereiche, die vom Patienten krankheitsbedingt große Veränderungen und Neuorientierung in allen Performanzbereichen abverlangen können (z. B. soziale und berufliche Integration, Alltagsbewältigung).

Scheiber formulierte wichtige Prinzipien (Richtlinien) für den Umgang mit schizophrenen Patienten in der akuten Krise (Scheiber 1995):

- übersichtlicher Arbeitsplatz
- klare Informationen und Anweisungen
- schrittweises Vorgehen
- einfache Beziehung, Feedback auf Konkretes beziehen, das eigene Verhalten und Vorgehen erklären
- klare Grenzen und Regeln, Vereinbarungen treffen (Bedürfnisse und Wünsche mit einbeziehen), Nähe-/Distanzbedürfnis beachten
- eher geschlossene Aufgaben
- weniger gefühlsbetonte Themen
- eher „männliche“ Materialien und Techniken.

Ergotherapeutische Haltung

Ergotherapeutinnen arbeiten mit dem Bewusstsein, dass sie es mit Menschen zu tun haben, die in erheblichen Funktionen zur Wahrnehmung ihrer eigenen Person und der Außenwelt irritiert und oftmals hochgradig verunsichert oder wahnhaft eingeschränkt sind, dabei jedoch in der Regel keine Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit und der intellektuellen Fähigkeiten aufweisen (abgesehen von den kognitiven Störungen bei wiederholten Phasen). Reduktion von Komplexität, Vermeidung von chaotischen Situationen und einer zu emotional aufgeladenen, konfrontativen Behandlung sind neben den oben genannten Prinzipien nach Scheiber grundlegend. Respekt vor den Bewältigungsstrategien des Patienten und Wertschätzung im Hinblick auf andersartige Verhaltensweisen erlauben den Patienten eher, im Verhalten zu variieren und neue Handlungsstrategien (z. B. bezogen auf das Sozialverhalten) auszuprobieren.

Die Ergotherapeutin muss grundsätzlich mit den Patienten das Maß der Stimulierung aushandeln, da sowohl Überstimulierung als auch Unterstimulierung als nicht günstig für die Krankheitsentwicklung angesehen werden.

Ergotherapeutische Befunderhebung

Wegen der Vielgestaltigkeit der Symptome ist eine Befunderhebung nötig, die die Besonderheiten des Patienten mit Ressourcen und Defiziten in den Blick nimmt. Folgende Leitfragen können den Prozess der Befunderhebung strukturieren:

- Wie gestaltet sich aktuell die schizophrene Symptomatik?
- In welcher Phase befindet sich der Patient?
- Welche Auswirkungen hat die Erkrankung in den Bereichen Selbstversorgung, zwischenmenschliche Fähigkeiten und soziales Netzwerk, Beruf und Freizeitgestaltung?
- Welche Veränderungen sind im Bereich der kognitiven Fähigkeiten zu benennen?
- Wie lange ist der Patient von der Krankheit betroffen?
- Welche Bewältigungsstrategien wurden schon entwickelt und als hilfreich angesehen?
- Welche Wünsche und Ziele hat der Patient an die Therapie?
- Welche übergeordneten Behandlungsziele wurden bereits formuliert und welchen Beitrag kann die Ergotherapie dazu leisten?

Befunderhebungsinstrumente stehen in Anlehnung an die verschiedenen Praxismodelle MOHO (s. S. 34ff.) und CMOP (s. S. 84ff.) zur Verfügung. Bei der Anwendung der Befunderhebungsinstrumente ist der Zustand des Patienten zu berücksichtigen und die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung. Bei Konzentrationsstörungen können die Interviews auch in ihren Teilabschnitten getrennt erhoben werden.

Ergotherapeutische Behandlungsmethoden

Die Befunderhebung in Anlehnung an die Praxismodelle erlaubt eine ganzheitliche Sicht des Patienten und fokussiert gleichzeitig wichtige Schwerpunkte für die Zielsetzung.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Global gesehen bezieht sich die Behandlung der Patienten mit Schizophrenie auf Zielsetzungen der persönlichkeitsorientierten Ergotherapie und der berufsbezogenen Ergotherapie (Dalhoff et al. 1999, s. Kap. 1.2). Bei der Wahl der Sozialform ist der aktuelle Befund zu berücksichtigen und das mit dem Patienten formulierte Behandlungsziel. Die Compliance hat bei dieser Klientel einen wichtigen Stellenwert im Sinne einer aktiven Beteiligung in der Auswahl der therapeutischen Maßnahmen, die in früheren Zeiten häufig vernachlässigt wurde, sodass die Patienten in einer passiven Rolle bei der eigenen Behandlung verblieben. Eine selbstbestimmte Mitwirkung in der Umsetzung der gesamten therapeutischen Maßnahmen gilt als prognostisch günstiges Kriterium.

Einzeltherapie

Ziele in der Einzeltherapie:

- Wiedererlangung der ursprünglichen Fähigkeiten
- Verbesserung der emotionalen Fähigkeiten (z. B. Entwicklung einer stabilen Identität, d. h. Ausbildung eines Selbstgefühls)
- Förderung der verbalen Ausdrucksfähigkeit
- Förderung der Wahrnehmungsfähigkeiten (in Bezug auf die eigene Person und Befindlichkeit, z. B. zur Erkennung und Bewältigung der Prodrome)
- Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten (z. B. Konzentration, Denkprozesse)
- Förderung der instrumentellen Fähigkeiten
- Verbesserung der Belastungsfähigkeit und allgemeine Aktivierung
- Verbesserung der Fähigkeiten des täglichen Lebens (Körperpflege, Kochen, Wäschereinigen, Einkaufen, Ämtergänge, Teilnahme am öffentlichen Leben, z. B. Kino, Theater, Vereine)
- Hobbyförderung und Entwicklung von Interessen
- berufliche und soziale Integration.

Die Ziele der Einzeltherapie können auch in den Sozialformen Klein- oder Großgruppe gefördert werden, wenn die Gruppenfähigkeit des Patienten gegeben ist oder die institutionellen Rahmenbedingungen geeignet sind, den Patienten die nötigen Voraussetzungen (z. B. Rückzugsmöglichkeiten für Pausen, Distanzierung von zu großer Geräuschkulisse usw.) zu schaffen.

Gruppentherapie

Ziele in der Gruppentherapie:

- Vertiefung der oben genannten Ziele aus der Einzeltherapie
- Entwicklung der Kommunikationsfähigkeiten
- Entwicklung sozialer Kompetenzen
- Erlernen des Umgangs mit Konflikten
- Erlernen von Abgrenzungsfähigkeiten
- Erhöhung der Reiztoleranz und Belastbarkeit.

Bei der gruppentherapeutischen Sozialform ist insbesondere auf die Zusammensetzung zu achten, damit auch der schizophrene Patient mit seinen spezifischen Schwierigkeiten berücksichtigt wird. Zum Beispiel sind manche Patienten überfordert, aufgrund ihrer kognitiven Störungen, wenn die Gruppe Themen oder Arbeitsaufträge mit einem hohen Abstraktionsniveau bearbeitet oder starke emotionale Konflikte den Patienten aufgrund seiner geringeren Stresstoleranz (Vulnerabilität) überfordern. Schizophrene Patienten ziehen sich dann eher zurück, nehmen in der Gruppe eine Außenseiterposition ein, was eine negative Verstärkung des beschriebenen sozialen Rückzugsverhaltens darstellen würde. In der Regel stellen Gruppentherapien für die Patienten ein komplexes Reizangebot dar. Dies kann schnell zur Überforderung führen. Trotzdem ist die Behandlung in der Gruppe ein wichtiger Bestandteil in der Therapie, weil sie im geschützten Rahmen ein Übungsfeld für soziale Kompetenzen darstellt und Erleben von sozialer Integration sowie das Erlernen der Fähigkeiten zur Abgrenzung ermöglicht.

Ergotherapeutische Methoden

Kompetenzzentrierte Methode

Die kompetenzzentrierte Methode wird bei dieser Klientel am häufigsten eingesetzt. Sie ermöglicht eine Verbesserung der emotionalen, sozialen und instrumentellen Fähigkeiten sowie eine gute Feinabstufung zur Förderung der Belastungsfähigkeit. Auf eine angemessene Stimulierung, auch im Sinne von Unter- oder Überforderung, ist zu achten. Eine gute Unterstützung bieten bei Konzentrationsstörungen kurze Beschreibungen der Arbeitsschritte oder leittextgestütztes Arbeiten, das in seiner Komplexität keine Überforderung darstellen sollte. Förderung von Interessen über Erfolgserlebnisse auf der Handlungsebene und eine Verbesserung aller Symptome des Residualzustandes sind potenziell möglich.

Ausdruckszentrierte Methode

Inhalte dieser Methode können auf die Reflexion der Selbstwertaspekte in der bildlichen Gestaltung ausgerichtet sein und eine mögliche Anpassung eigener Ziele und Lebensperspektiven an die krankheitsbedingten Veränderungen als Thema aufgreifen.

Ein weiteres Thema für diese Patienten ist die Auseinandersetzung mit besonders ausgeprägten moralischen Werten und mit der Selbstdisziplin. Gefühlsbetonte Themen müssen die aktuelle Stabilität und

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

häufig geringere Stresstoleranz der Patienten berücksichtigen.

Interaktionelle Methode, Projektarbeit
Diese Methode eignet sich besonders, um die gelernten sozialen Fertigkeiten aus dem IPT in einem geschützten Arbeitsfeld anzuwenden und zu erfahren. Das Arbeiten in Gruppen wirkt den sozialen Rückzugstendenzen entgegen und ermöglicht wichtige Erfahrungen und den Erwerb von Fähigkeiten, die im Berufsleben gefordert sind. Zum Beispiel kann die Übernahme von Verantwortung zur Selbstwertsteigerung führen, Anerkennung der eigenen Arbeitsleistung durch andere die Zuversicht fördern, wieder den Anforderungen außerhalb der geschützten Behandlung gewachsen zu sein.

Sensorische Integration

Seit Beginn der 90er-Jahre findet im Fachkreis Psychiatrie des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten eine fachliche Diskussion über die Möglichkeiten und das Wirkungsspektrum der Sensorischen Integrationstherapie nach J. Ayres und die Nutzbarkeit in der Behandlung für schizophrene Patienten statt (Kubny-Lüke 1993, Scheepers 1997, Hesse u. Königer 1998, Hesse u. Prünte 2003a, b, c). Übereinstimmend beschreiben alle Autoren die Ähnlichkeiten zwischen den Störungsbildern der Patienten mit Auffälligkeiten in der sensorischen Integration und den Basisstörungen bei schizophrenen Patienten. Ein Therapieangebot in Anlehnung an Behandlungsgrundsätze der sensorischen Integrationstherapie könne eine deutliche Verbesserung der schizophrenen Symptomatik bewirken, was mit einer anschließenden positiven Auswirkung auf die Handlungsfähigkeit und die Umsetzung traditioneller kreativer Techniken einhergehe (Hesse u. Prünte 2003c). Den Erfahrungen entsprechend ist es für die Patienten hilfreich, wenn bei der Wahl der Handwerkstechniken und Materialien Aspekte der sensorischen Integration Berücksichtigung finden und wahrnehmungszentrierte Angebote zur Verfügung stehen.

Cogpack

Das Cogpack ist eigentlich ein psychologisches Verfahren, das jedoch nach entsprechender Schulung auch von Ergotherapeutinnen durchgeführt wird. Das computergesteuerte Programm wird zur Reduktion kognitiver Defizite u. a. bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen eingesetzt. Es beinhaltet 52 Einzelaufgaben, die in drei Stufen mit jeweils ein bis sechs Sitzungen durchgeführt werden. Die Trainingsaufgaben (zu Konzentration, Reaktion, Verarbeitung, Strategie, Gedächtnis, Rechnen, Logik) werden automatisch den individuellen Leistungsmöglichkeiten angepasst, sodass eine Unter- oder Überforderung vermieden werden kann. Zu einer Verbesserung der Motivation und Kooperation tragen integrierte spielerische Elemente bei und die Möglichkeit, eine Leistungsrückmeldung direkt abzurufen (s. Kap. 2.4.2, S. 173ff).

Komplementäre Einrichtungen und Behandlungsmodelle

Schizophrene Erkrankungen gehören zu den psychischen Krankheiten, die in Art und Umfang von leicht bis schwerwiegend und kurzfristig bis chronisch in Erscheinung treten können. Diese Vielfalt fordert ein entsprechend differenziertes und auf die notwendige Unterstützung bezogenes, abgestuftes psychiatrisches Versorgungsangebot, das eine Integration in das soziale Leben ermöglicht und die Teilnahme am Arbeitsleben gewährleistet.

Medizinische Versorgungsangebote
- Ambulant: durch niedergelassene Fachärzte, Institutsambulanzen, sozialpsychiatrische Dienste
- Institutionell: durch stationäre Einrichtungen, Tages- oder Nachtkliniken.

Angebote zur beruflichen Rehabilitation
- Ergotherapie (im stationären Rahmen, ambulant oder in niedergelassenen Praxen), berufliche Trainingszentren, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, Behindertenwerkstätten, Arbeits- und Zuverdienstprojekte, Maßnahmen zur stufenweise beruflichen Wiedereingliederung.

Angebote für Wohnsituationen mit unterschiedlichem Unterstützungsgrad
- Wohn- oder Übergangswohnheim
- Geschützte Wohngemeinschaft
- Halb geschütztes Wohnmilieu (z. B. betreutes Wohnen in eigener häuslicher Umgebung).

Alle Angebote können entsprechend dem Grad der Selbstständigkeit in dem jeweiligen Bereich für die Patienten infrage kommen. Einem personenzentrierten Ansatz folgend müssen die jeweiligen Bedingungen des Betroffenen geprüft und dann ein gezieltes Angebot mit dem Betroffenen ausgewählt werden. Im günstigen Fall begleitet eine Bezugsperson den Patienten bei einem Wechsel zwischen den verschiedenen Angeboten, sodass eine konstante Beziehung ermöglicht wird (s. Kap. 1.1, S. 8f.; Kap. 2.4.1, S. 140f.).

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel: Herr F.

Herr F. ist 25 Jahre alt und seit seiner Wehrdienstzeit erkrankt. Er war den Kameraden und Vorgesetzten durch eine zunehmende Reizbarkeit, ungewöhnliche zwanghafte Handlungen, ausgesprochen geringes Schlafbedürfnis und zunehmende Absonderung von den anderen Wehrdienstleistenden aufgefallen. Die ihm übertragenen Aufgaben erledigte er nicht mehr in bekannter Sorgfalt und machte nicht belegbare Meldungen von „bedrohenden Eindringlingen". Eine Einweisung und vollstationäre Behandlung in eine psychiatrische Klinik wurde nötig, da er sich in einem Erregungszustand als Retter seiner Kompanie fremdgefährdend verhielt. Bei seiner Aufnahme wirkte der junge Mann einsilbig, misstrauisch und irritiert bei allen Geräuschen, die aus Nebenräumen zu hören waren. Der aufnehmende Arzt diagnostizierte eine paranoide Schizophrenie.

Im späteren Verlauf der Behandlung wurden weitere Ereignisse und Lebensumstände bekannt, die zu einer emotionalen Belastung des Patienten beigetragen hatten. Nach dem Verlust einer Liebesbeziehung hatte Herr F. die Schule kurz vor dem Abitur abgebrochen und war dann im elterlichen Betrieb als „Mädchen für alles" eingestiegen. Er lehnte das Angebot des Vaters, eine Lehre zu absolvieren ab, weil er fürchtete, den Anforderungen des Vaters nach Leistung und Übernahme des Betriebes nicht gerecht werden zu können. Hinzu kam, dass die wirtschaftliche Entwicklung die Firma in eine Notlage gebracht hatte, die zu großen Spannungen in der familiären Atmosphäre führte. In der Einberufung zur Bundeswehr sah er für sich eine Chance und verpflichtete sich für drei Jahre, um sich hier beruflich orientieren zu können.

Unter der neuroleptischen Behandlung stabilisierte er sich so, dass er am milieutherapeutischen Behandlungsangebot der Station teilnehmen konnte. Darüber hinaus lernte er wichtige Informationen zur Erkrankung und den Umgang mit der Krankheit in der störungsspezifischen psychoedukativen Gruppe für schizophrene Patienten kennen und übte in einem verhaltenstherapeutischen Training psychosoziale Fertigkeiten. Neben einem bewegungstherapeutischen Angebot (therapeutisches Reiten und Schwimmen) nahm er an gestuften ergotherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlungen teil. Ein kompetenzzentriertes Angebot in einer Kleingruppe bildete den Einstieg, wurde dann durch eine interaktionelle Projektgruppe abgelöst, in der die psychosozialen Fertigkeiten in einem komplexeren Anforderungsgefüge geübt werden konnten. Das kognitive Training *Cogpack* wurde in der Arbeitstherapie begleitend durchgeführt. Ein anschließendes Bürotraining wurde als Vorbereitung für den Berufswunsch „Einzelhandelskaufmann" gewählt.

4.1.2 Affektive Psychosen und affektive Störungen

Historischer Überblick

Charakteristisch für eine affektive Störung ist eine krankhaft veränderte Stimmungslage, die häufig als Depression (lat. *deprimere* = herunter-, niederdrücken) oder als Manie (ursprünglich außer sich sein, Ekstase, Entrückung, Raserei) in Erscheinung tritt.

Seit der Antike sind uns erste Ansätze einer Philosophie der Affekte bekannt. Aristoteles verstand unter Affekten alle Bewegungen der Seele, die von Lust und Schmerz begleitet sind (Begierde, Zorn, Furcht, Freude u. a.) (Laux 2005).

Der Umgang mit den Affekten und ihre begrifflichen Definitionen schwankten in den folgenden Epochen in Abhängigkeit vom Zeitgeist und von den aktuellen Werten und Normen. In der internationalen Literatur zur Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 und DSM-IV) begegnen wir heute einer sehr differenzierten Sichtweise, die die Erkrankung nach Symptomatik und Entstehungsursachen in viele Untergruppen unterscheidet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es in unserer multikulturellen Gesellschaft spezifische Ausdrucksformen von Affekten gibt, die bei der Diagnostik entsprechend bewertet werden müssen (s. DSM-IV).

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde der Begriff Depression in die psychiatrische Nomenklatur eingeführt. Kraepelin (1913) differenzierte den umfangreichen Krankheitskomplex des „manisch depressiven Irreseins". Zahlreiche Definitionen folgten z. B. von Jaspers (1913, 1959), Bleuler (1916) und Schneider (1921).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte sich die Unterteilung der affektiven Störungen nach ursächlichen Gesichtspunkten durch, deren Begrifflichkeiten im klinischen Sprachgebrauch noch teilweise Anwendung finden:

- psychogene Depressionen (reaktiv, „neurotisch")
- endogene Depressionen (anlagebedingt)
- somatogene (organisch-körperlich bedingte) Depressionen.

Mit Einführung der neuen, operationalisierten Diagnose- und Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV wurde das zuvor bestehende ätiopathogenetisch orientierte triadische Einteilungssystem aufgehoben. An die Stelle der „klassischen" Unterscheidung zwischen endogenen und neurotischen Depressionen trat der atheoretisch, rein deskriptive Begriff der „depressiven Episode" (Major Depression) bzw. „dysthymen Störung", für die ganze Gruppe der manisch-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

depressiven Psychosen der Begriff „affektive Störungen“ (Laux 2005, S. 1155).

Klassifikation nach ICD-10

Die Grundlage für die heutige Einteilung affektiver Störungen ist die Erkenntnis, dass die Ursachen multifaktoriell sind, sich gegenseitig beeinflussen und summieren. Es erfolgte eine Unterteilung, die sowohl auf dem Beobachtbaren als auch auf dem durch die Forschung Messbaren und den klinisch relevanten Kriterien basiert und damit eine reine Beschreibung der Krankheitssymptome darstellt.

Die ICD-10 unterteilt die affektiven Störungen in Hauptgruppen, die dann in weitere Erscheinungsbilder symptomorientiert unterschieden werden, die an dieser Stelle nicht detailliert mit ihren Untergruppen aufgeführt werden (sondern in den Klammern zusammengefasst genannt sind).

F30: Manische Episode (mit und ohne psychotische Symptome)

F31: Bipolare affektive Störungen (gegenwärtig depressiv oder manisch, mit oder ohne psychotische Symptome)

F32: Depressive Episode (mit und ohne somatische Symptome, mit und ohne psychotische Symptome) nach Schweregraden weiter unterschieden

F33: Rezidivierende depressive Störung

F34: Anhaltende affektive Störungen
Dysthymia (chronische, mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung)
Zyklothymia (zahlreiche Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung)

F38: Sonstige affektive Störungen (Restkategorie für Stimmungsstörungen, die nicht in die vorgenannten Kategorien einzuordnen waren)
Die Symptome können einzeln oder gemischt und zeitlich nur sehr kurz auftreten

F39: Nicht näher bezeichnete affektive Störungen.

Depression

Erscheinungsformen und Symptomatik

Innerhalb der affektiven Störungen kommt der Depression die größte Bedeutung zu. Nach Untersuchungen der WHO und der Weltbank nahm die *Major Depression* 1990 den vierten Rang der 15 Hauptursachen für „verlorene Lebensjahre durch schwerwiegende Behinderung und Tod“ (Disability Adjusted Life Years, DALY) ein (Laux 2005, S. 1157ff). Die Tendenz ist steigend.

Die Hauptsymptome beziehen sich auf die Stimmung und den Antrieb. Die Stimmung kann leicht gedrückt und in verschiedenen Steigerungsformen bis zum „Gefühl der Gefühllosigkeit“ ausgeprägt sein. Insbesondere Freude kann nicht mehr empfunden werden, sondern Leere und Verzweiflung. Der Antrieb ist gehemmt, fehlendes Interesse und Initiative sind vorherrschend bei innerer Unruhe und Getriebenheit.

Zusätzliche Symptome kennzeichnen eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit sowie ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidfantasien und -handlungen sind als sehr häufige Symptome bekannt.

Charakteristisch sind auch Libidoverlust sowie Grübeln und eine Einengung der Wahrnehmung auf negative Lebensinhalte. Wahninhalte sind typischerweise Verschuldung, Versündigung, Nihilismus oder die Vorstellung, eine unheilbare körperliche Erkrankung zu haben. Darüber hinaus kann es zu psychomotorischen Störungen wie Akinese, Stupor, aber auch Agitiertheit kommen. Auf der physischen Seite zeigen sich am häufigsten Schlafstörungen. Verminderter Appetit geht mit erheblichem Gewichtsverlust einher, nicht selten sind Verdauungsbeschwerden und Obstipation. Die Patienten beklagen Impotenz oder Anorgasmie. Ein allgemeines Krankheitsgefühl, Kraft- und Energielosigkeit stellen sich oft im Behandlungsverlauf als hartnäckig dar und nicht selten spielen Kopfschmerzen und Atemstörungen eine Rolle.

Viele Patienten weisen im Tagesverlauf Schwankungen auf, sodass sie ihr Befinden häufig ab der zweiten Tageshälfte gebessert erleben (Morgentief).

Wenn auch nach heutiger Einschätzung die Ursachen vielfältig sind und das Entstehen multifaktorielle Gründe hat, lassen sich bestimmte Aspekte als begünstigende Faktoren benennen. Die moderne Forschung benennt verschiedene Gene, die einzeln oder zusammen eine Disposition darstellen. Dazu kommen biologische Dispositionen, die bestimmte Abnormitäten in den Neurotransmissionen aufweisen, und darüber hinaus sind Komorbiditäten mit anderen Erkrankungen bekannt, somatischen und psychischen wie Sucht, Angst oder Persönlichkeitsstörungen.

Als weitere begünstigende Aspekte sind insbesondere die psychologischen Faktoren zu beachten. Risikofaktoren sind bekannterweise psychosoziale Stressoren, wie z. B. der Verlust von wichtigen Be-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

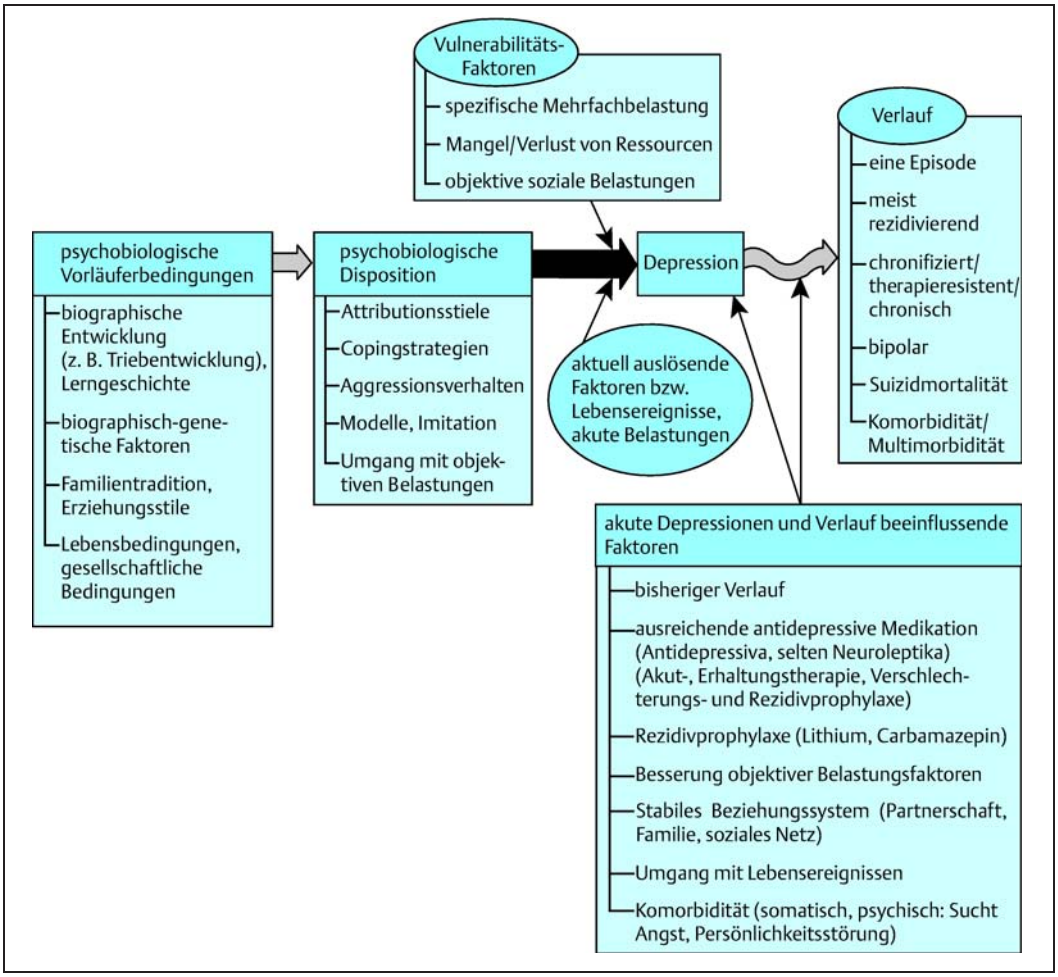

Abb. 4.3 Modell der Vorläuferbedingungen von Depressionen, Entstehungs- und Verlaufsfaktoren (nach Wolfersdorf 1997).

zugspersonen oder die Geburt eines Kindes, Wohnortwechsel, Rentnerdasein. Das durch Wolfersdorf erweiterte Vulnerabilitäts-Stress-Modell (s. Abb. 4.**3**) ist auch in diesem Zusammenhang bedeutsam (Wolfersdorf 1997). Zeitextendierter Stress ist laut moderner Stressforschung ein Risikofaktor, der zu Rückzugssyndrom, Erschöpfung, „gelernter Hilflosigkeit" sowie zur Selbstaufgabe führen kann. Kognitive Verarbeitungsdefizite konnten von Derix und Jolles 1997 nachgewiesen werden.

Verlauf und Prognose sind abhängig vom Alter bei Ersterkrankung, der Persönlichkeitsstruktur, der Häufung der Phasen sowie des Typus der Erkrankung, von der genetischen Disposition, Komorbiditäten mit Angsterkrankungen und Substanzmittelmissbrauch und nichtneurotischen Persönlichkeitsstörungen, vom Umfang der sozialen Unterstützung sowie persönlichen Schicksalsbedingungen (Life Events).

Arbeitsfähigkeit: Bei wiederholten Phasen kann man eine zunehmende Arbeitsunfähigkeit und eine Abnahme der Lebensqualität beobachten. Die Arbeitsfähigkeit wird oftmals erst deutlich später als die Verbesserung der Symptome wiedererlangt. Hier ist ein ergotherapeutisches Behandlungsangebot besonders wichtig für die langfristige Reintegration.

Partnerschaft, Sexualleben, Freizeitverhalten: Eine Studie von Coryell et al. (1993) ergab, dass Patienten auch noch zwei Jahre nach Remission deutliche Defizite hinsichtlich Partnerschaft, Sexualleben,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Freizeitverhalten und globaler Lebenszufriedenheit benannten, in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung.

Suizidrisiko und Suizidalität: Sie sind bei dieser Klientel ein sehr ernst zu nehmendes Thema. Es besteht eine erhöhte Gefährdung im Behandlungsverlauf nach der Erstverbesserung. Trotz eines antidepressiven Behandlungsangebotes konnte die Häufigkeit von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden nicht verringert werden.

Psychodynamisch-psychoanalytische Modellvorstellungen

Der Verlust einer wichtigen Bezugsperson (geliebtes Objekt) kann nicht adäquat betrauert und verabschiedet werden, sondern wird durch Einverleibung (Introjektion) abgewehrt und damit auf das eigene Ich gerichtet.

Im *tiefenpsychologischen Ansatz*, basierend auf psychoanalytischen Theorien von Freud und Abraham, sind maßgeblich unbewusste Aggressionen für die Schuldgefühle des Melancholikers verantwortlich. Objektverlust, Ambivalenz und Rückzug der Libido ins Ich sind die Mechanismen.

Der *psychodynamische Ansatz* geht von einer Mangelerfahrung in frühkindlichen emotionalen Beziehungen aus. Dominant sind ein Gefühl existenzieller Lebensunfähigkeit und Defizite des Selbstwertgefühls, die durch Übererfüllung von Leistungsnormen kompensiert werden wollen. Die Autonomieentwicklung konnte nicht zufriedenstellend durchlaufen werden, Abhängigkeit, Zuwendungsbedürftigkeit (Oralität) sind die Folge bei zusätzlichen charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen wie zwanghaften, anankastischen Zügen.

Kognitions- und lerntheoretische Vorstellungen

Am bekanntesten ist die kognitive Theorie von Beck (1979). Er sieht eine Wahrnehmungs- und Interpretationseinseitigkeit als zentrales Problem für die negative Sicht des depressiv Erkrankten. Die von ihm benannte *kognitive Triade* umfasst die Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft. Stress wird als Auslösefaktor verstanden.

Das Konzept der *gelernten Hilflosigkeit* geht auf Seligmann (1975) zurück. In experimentellen Untersuchungen konnte er zeigen, dass die Konfrontation mit einem nicht veränderbaren negativen Stimulus zu Reaktionsschemata wie Hilflosigkeit mit Rückzugsverhalten, eingeschränkter Lernfähigkeit, Verschlechterung der Befindlichkeit und psychosomatischen Störungen führen kann.

Psychosoziale Faktoren

Depressionen sind sehr schwerwiegende Erkrankungen. Zwischen 15 und 30% der Patienten nehmen einen chronischen Krankheitsverlauf (Angst 1980, Laux 1986, Keller et al. 1992). Bei wiederholten Phasen kommt es zu zunehmender Arbeitsunfähigkeit, sozialem Rückzug (Alleinsein, Scheidung) bis zur Vereinsamung und einer Abnahme der gesamten Lebensqualitäten. Viele Patienten greifen zum Alkohol als Selbstheilungsversuch und nicht selten entwickelt sich daraus ein Alkoholabusus.

Therapie

Behandlung von depressiven Patienten nach M. Wolfersdorf

Seit 1968 spezialisierten sich die Depressionsstationen. 1996 gab es 33 Einrichtungen mit dieser Spezialisierung, hauptsächlich an Großkrankenhäusern und Landeskliniken. Schwerpunkt ist die Kombination von biologischen und psychotherapeutischen Ansätzen (s. unten).

Die Klientel ist gemischtgeschlechtlich und umfasst das gesamte Spektrum akut erkrankter und suizidaler Depressiver, schwerer und schwerster Ausprägung bei endogener oder neurotischer Genese mit Indikation zur stationären Behandlung.

Das Team ist multiprofessionell: Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Bewegungstherapeutinnen, Musiktherapeutinnen, Kunst- oder Gestaltungstherapeutinnen, Ergotherapeutinnen und Sozialdienst.

Depressionsstationen – zentrale therapeutische Elemente (Wolfersdorf 1997):

- psychotherapeutisch orientierter Umgang („psychotherapeutisches Basisverhalten“) mit den Elementen Empathie, Fürsorge, familiäres Milieu, Aktivierung und positive Verstärkung
- Einzelpsychotherapie zur Bearbeitung individueller Psychodynamik
- Gruppenpsychotherapie zur Bearbeitung interaktioneller Themen wie Selbstunsicherheit, Leistungs- und Normorientierung, Perfektionismus, Einschränkung, Verlust
- Trainingsgruppen, z. B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining
- symptom- und störungsbezogene Kleingruppen wie Entspannungstraining, Sozialtraining, Seniorengruppe
- erlebensorientierte Therapien wie Ergotherapie, Bewegungstherapie, Musik-, Tanztherapie, andere sogenannte Kreativtherapien
- Angehörigenarbeit wie Angehörigengruppe, Familiengespräche, Paargespräche

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Zusammenarbeit mit psychosozialen Einrichtungen in den Gemeinden, z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst, Tageskliniken, Gemeindeschwester
- Psychopharmakotherapie mit Schwerpunkt Symptombehandlung, Verschlechterungs- und Rezidivprophylaxe
- andere biologische Therapieverfahren wie Lichttherapie, Schlafentzug.

Die *Rahmenbedingungen* einer stationären Behandlung sind eine verbindliche Tagesstruktur mit ordnender Wirkung, empathisch-fürsorgliche Elemente auf der Beziehungsebene und Angebote, die Autonomie und das subjektive Wertgefühl fördern.

Die *therapeutische Grundhaltung* zeigte nach 20-jähriger Erfahrung, dass folgende Aspekte den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen: Empathie, Fürsorge und stellvertretende Hoffnung sowie ein verlässliches Beziehungsangebot mit angemessener Nähe-Distanz-Regulation, Akzeptanz und Wertschätzung.

Die *therapeutischen Interventionen* beinhalten eine systematische positive Verstärkung des nichtdepressiven Verhaltens, was im ergotherapeutischen Kontext erlebnisorientiert, d. h. realitätsbezogen situativ auf der Handlungs- und Beziehungsebene erfolgt. Angemessenes Lob und eine begleitende Aufmerksamkeit sind ebenfalls förderlich.

Der *Therapieverlauf* gestaltet sich im stationären Setting in drei Phasen:

- Eingangsphase
- Therapiephase
- Entlassungsphase.

Dazu sind für das Behandlungsteam unterschiedliche Schwerpunkte für die psychotherapeutisch orientierte Interaktion mit den Patienten formuliert:

- Eingangsphase:
  - Empathie, Fürsorge
  - stellvertretende Hoffnung
  - hohes Beziehungsangebot
- Therapiephase:
  - Aktivierung
  - positive Verstärkung
  - strukturiertes Beziehungsangebot
- Entlassungsphase:
  - positive Verstärkung
  - Aktivierung
  - Orientierung nach außen
  - strukturiertes Beziehungsangebot.

Das ergotherapeutische Behandlungsangebot berücksichtigt die konzeptionellen Vorgaben wie beschrieben unter Einbeziehung der anschließend aufgeführten Behandlungsziele.

Behandlungsziele

- Verstärkung von Selbstwertgefühl
- Reduktion der Hoffnungslosigkeit
- Wiedererlangung der Selbstständigkeit
- Aktivierung
- soziale und berufliche Integration
- Förderung der Erlebnisfähigkeit/Zugang zu den eigenen Gefühlen
- Entwicklung von Beziehungsfähigkeit und Gruppenempfinden
- Veränderung von depressionsfördernden Lebensaspekten (z. B. Arbeitsplatz, in Beziehungen, von objektiven Belastungen)
- Lebensgestaltung mit dem Ziel der Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse, z. B. sinngebende Tätigkeiten neu oder wiederentdecken.

Angehörigenarbeit (Mahnkopf und Rahn in Wolfersdorf 1997)

Die Einbeziehung der Angehörigen in Form von Angehörigenabenden mit psychoedukativem Schwerpunkt, Paar- und Familiengesprächen hat seit 1985 an Bedeutung zugenommen.

Auch hier wird entsprechend dem therapeutischen Verlauf im Akutstadium des Patienten zunächst der Schwerpunkt auf die Informationsweitergabe zum Krankheitsverständnis gesetzt und im Weiteren, wenn es die Patienten wünschen, die Partner oder Familien in die Therapie einbezogen zur Bearbeitung familiärer Dysfunktionen oder von Partnerschaftskonflikten.

Beabsichtigt ist die Entlastung z. B. von Schuldgefühlen, eine Veränderung im Umgang mit Aggressionen und eine Aufklärung, die einen adäquaten Umgang mit den Patienten ermöglicht.

Ergotherapeutische Behandlung

Ergotherapeutische Haltung

Patienten mit diesem Störungsbild sind in akuttherapeutischen Einrichtungen und in der Langzeitversorgung stationär und ambulant mit allen ergotherapeutischen Behandlungsmethoden zu behandeln. Insbesondere bei wiederholten Phasen sind arbeitstherapeutische Angebote angezeigt zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

In der akuten Behandlungsphase sind kurze Einheiten in den Settings Einzeltherapie oder Kleingruppe sinnvoll. Die Techniken und Medien sollten die Einschränkungen im kreativen Erleben und abstrakten Denken berücksichtigen. Zunächst kann z. B. mit Vorlagen gearbeitet werden, die eine notwendige Entlastung darstellen, auf die später verzichtet wird.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

In Übereinstimmung mit der oben beschriebenen therapeutischen Grundhaltung gestaltet die Ergotherapeutin das Behandlungsangebot nach dem Schweregrad der Erkrankung und den individuellen Möglichkeiten des Patienten, d. h. die Ressourcen optimal nutzend, wobei die Anforderungen über den Wechsel in anspruchsvollere Sozialformen und mit zielgerichteten differenzierten Inhalten gestaltet werden (s. Fallbeispiel S. 231).

Empathie bedeutet, einfühlendes Verstehen für die Auswirkungen zu entwickeln, die die Erkrankung auf die Lebensbedingungen des Patienten hat. Dabei ist es sinnvoll, ihn in seiner Persönlichkeit (Temperament, Charakter, Selbstbild) zu verstehen, gesunde Anteile und krankheitsbedingte Veränderungen zu unterscheiden und damit individuelle Möglichkeiten zu erfassen, auf dem persönlichen lebensgeschichtlichen Hintergrund und seiner aktuellen Lebenssituation.

Es ist zu berücksichtigen, dass sich depressive Erkrankungen nicht nur als Störung des emotionalen Erlebens zeigen, sondern erhebliche Beeinträchtigungen kognitiver Fähigkeiten und aller körperlichen Funktionen bewirken können, sodass sich diese Patienten in ihrem gesamten Selbsterleben nicht wiedererkennen bei einer ohnehin bekannten selbstunsicheren Persönlichkeit. Die Auswirkungen zeigen sich im Verhalten in allen Lebensbereichen. Mit Abklingen der depressiven Symptomatik stellt sich das Fähigkeitsprofil bei vielen Patienten mit der gleichen Qualität wie vor der Erkrankung dar. Die Ergotherapeutin muss deshalb das Angebot so gestalten, dass es den Patienten angemessen im Wiedererlangen seiner früheren Fähigkeiten unterstützt, d. h. alte und neue instrumentelle Fähigkeiten vermittelt, den Selbstwert stärkt, Kenntnisse von Emotionen erweitert, körperliche Leistungsfähigkeit angemessen trainiert und ein förderliches Beziehungsangebot ermöglicht.

Ergotherapeutische Befunderhebung

Auf der Grundlage eines konzeptionellen Modells der Ergotherapie erfolgt die Befunderhebung. Es gilt, ein spezifisches Problemverständnis zu entwickeln und ein umfassendes Bild des Menschen mit seinen gestörten Funktionen, individuellen Ressourcen, seiner individuellen Lebenssituation und aktiven sozialen und gesellschaftlichen Partizipation (Marotzki 2002) zu erhalten.

Entscheidet man sich für MOHO (s. S. 34), stehen damit für dieses Störungsbild folgende Assessments zur Erfassung der menschlichen Betätigung zur Verfügung, die bei ihrer Anwendung die Belastbarkeit des Patienten berücksichtigen müssen und die krankheitsbedingte Bereitschaft des Patienten zur Selbstabwertung und Bilanzierung nicht negativ beeinflussen sollten:

Das *Occupational Performance History Interview* (OPHII) ist ein Interview zur Anamnese der Beschäftigungsperformance (Kielhofner et al. 2008). Es kann bei Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen angewandt werden. Mithilfe des *Occupational Performance History Interview* lässt sich die individuelle Anamnese von Arbeits-, Spiel-(Freizeit-) und Selbstversorgungsperformance zusammentragen und ein Einblick in folgende Inhaltsbereiche gewinnen:

- Organisation der ADL-(Activities of Daily Life-) Routine
- Lebensrollen
- Interessen, Werte und Ziele
- Wahrnehmung von Fähigkeiten und Verantwortung
- Umwelteinflüsse.

Mithilfe der *Interessencheckliste* können die Interessen und Fähigkeiten, die das Beschäftigungsverhalten vor der Erkrankung geprägt haben, erfasst werden.

Das *Assessment of Communication and Interaction Skills* (ACIS) ermöglicht das Messen der individuellen Performance im Bereich persönlicher Kommunikation und Gruppeninteraktion. Die Therapeutin skaliert mithilfe eines Auswertungsbogens sechs Kommunikations- und Interaktionsbereiche, z. B. nach einer Teilnahme an einer Gruppenaktivität.

Das *Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale* (OCAIRS) besteht aus einem halbstrukturierten Interview, einer Bewertungsskala und einem Formblatt zur Zusammenfassung. Es sammelt Informationen aus den Bereichen Selbstwert, Werte und Ziele, Interessen, Rollen, Gewohnheiten, Fertigkeiten, Output, physikalische Umwelt, soziale Umwelt, Feedback und geschichtliche Daten. Dieses Interview wurde entwickelt für die Planung der Entlassung von psychiatrischen stationären Kurzzeitpatienten, ist also im Behandlungsverlauf im klinischen Setting spät einzusetzen. Im Akutstadium wäre es in seiner Gesamtheit eine Überforderung.

Als weitere Informationsquelle nutzt die Ergotherapeutin die Krankenakten mit ihren Berichten und Basisdokumentationen, die Teambesprechungen und in besonderen Fällen auch Gespräche mit den Angehörigen.

Mit dem Beginn der Behandlung finden zur weiteren aktuellen Diagnostik gezielte Beobachtungen statt, die sinnvollerweise auf einem strukturierten Beobachtungsbogen in Anlehnung an die Kriterien

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

nach Scheiber dokumentiert werden (Dalhoff et al. 1999).

Vor dem Hintergrund dieser Informationen fällt die Entscheidung für die Behandlungsmethode, die Medien und Techniken sowie die Sozialform. Das Behandlungsziel wird mit dem Patienten gemeinsam formuliert, die Teilschritte operationalisiert, sodass der Patient auf der Handlungsebene seine Entwicklung konkret mit einer Zielkarteikarte dokumentieren und verfolgen kann. Fremd- und Selbstwahrnehmungskriterien können hierbei nebeneinander berücksichtigt werden, weil gerade auch bei dieser Klientel depressiv gefärbte Wahrnehmungsdifferenzen bekannt sind. Beispielsweise werden Verbesserungen im Krankheitsverlauf vom Patienten deutlich später als von der Umwelt wahrgenommen.

Ergotherapeutische Behandlungsmethoden

Im gesamten therapeutischen Behandlungsangebot kommt der Ergotherapie bei dieser Klientel eine wichtige Rolle zu. Wolfersdorf empfiehlt drei bis fünf Behandlungseinheiten pro Woche im oben beschriebenen Bezugsrahmen. Andere Bezugsrahmen bzw. konzeptionelle Settings benötigen adaptierte Behandlungsangebote.

Der Patient erlebt sich selbst entfremdet und den Verlust seiner kognitiven Fähigkeiten und Handlungsfähigkeiten als besonders belastend. Die realen Erfahrungen auf der Handlungsebene und das konkrete Ergebnis (Werkstück) als Zeugnis noch vorhandener Fähigkeiten fungieren in der Regel als Ichstützendes Objekt, vermitteln symbolisch Hoffnung. Die Ergotherapeutin sollte deshalb bei der Auswahl des therapeutischen Angebots Über- und Unterforderung möglichst vermeiden. Insbesondere in der ersten Behandlungsphase sind Erfolgserlebnisse wichtig. Manche Patienten weisen Hypersensibilitäten in bestimmten Wahrnehmungsbereichen auf, sodass sie z. B. Geräusche (räumliche Umgebung, Maschinenlärm) oder Gerüche (Materialwahl) als sehr belastend erleben.

Einzeltherapeutisches Setting

Das einzeltherapeutische Setting ist nur in besonderen Ausnahmefällen bei sehr ausgeprägter Symptomatik zu wählen. Patienten, die zum sozialen Rückzug neigen, profitieren in Gruppentherapien und -aktivitäten voneinander.

Einzeltherapie in der Gruppe

Häufig stellt die Einzeltherapie in der Gruppe eine geeignete Form für den Einstieg in die ergotherapeutische Behandlung dar. Der Patient kann sich individuell für den Schweregrad der Arbeit entscheiden und so viel Kontakt zu anderen gestalten, wie es ihm möglich ist.

Gruppentherapie

Die Teilnahme an den Gruppentherapien empfiehlt sich z. B. in der eigentlichen Therapiephase im stationären Setting. Das Angebot bietet gezielte Übungsmöglichkeiten für interaktionelle Kompetenzen, Fähigkeiten zur Kommunikation, für die Erweiterung des Umgangs mit Aggression und Abgrenzung sowie die Übernahme von Verantwortung in einem angemessenen Maß.

Kompetenzzentrierte Methode

Die kompetenzzentrierte Methode erlaubt, dem Patienten gezielt ein Angebot zu machen, das seinen Möglichkeiten entspricht. Kognitive Defizite können über die Komplexität einer Arbeit trainiert und das Anforderungsprofil gesteigert werden. Selbstwertaspekte entwickeln sich über die Bewältigung von Arbeitsanforderungen und dazu angemessenen Rückmeldungen. Die Selbsteinschätzung der Patienten ist häufig durch Abwertung geprägt. Deshalb benötigen die Patienten im frühen Behandlungsverlauf Unterstützung und Ermutigung, klare und angemessene Rückmeldungen über ihre Fähigkeiten. Bei Partner- und Gruppenarbeiten sollte darauf geachtet werden, dass das Gefälle zwischen den Beteiligten nicht zu hoch ist und sich Fähigkeiten im günstigen Fall ergänzen. In der ersten Phase der Behandlung hat es sich als förderlich erwiesen, wenn der Patient sein Arbeitsergebnis schnell mitnehmen kann. So fungiert es als eine Art Übergangsobjekt für die noch inkonstante Selbstwertschätzung.

Ausdruckszentrierte Methode

Die ausdruckszentrierte Methode stellt für den Patienten im Akutstadium häufig eine Überforderung dar. Defizite im emotionalen Erleben bzw. fehlende Affekte erschweren es den Patienten, den eigenen Ausdruck zu finden. Im weiteren Behandlungsverlauf sind die Patienten dann oft dankbar für diese Möglichkeit, sich nonverbal mitzuteilen. Sie bezeichnen es als Unterstützung und Wegbereiter für einen Zuwachs an emotionaler Kompetenz. Nicht gelebte Affekte können so mal „ungefährlich ausprobiert“ werden, unverarbeitete Erlebnisse finden auf dem Papier ihren ersten Ausdruck. In prozessorientierten Vorgehensweisen können belastende Beziehungsthemen in ihren Konsequenzen auf dem Papier entwickelt oder „angefühlt“, Mythen oder Ängste im Austausch mit anderen relativiert werden. Ergotherapeutinnen mit einer gestaltungs- oder kunsttherapeutischen

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Zusatzausbildung können ein vertiefendes kreativtherapeutisches Angebot machen.

Bewährt haben sich bei dieser Klientel auch kombinierte Behandlungsangebote mit ergotherapeutischen und bewegungstherapeutischen Elementen. In übungszentrierter Vorgehensweise wird ein Thema auf der Bewegungsebene eingeführt und mit kreativen Angeboten weiterentwickelt. Die Themen sind an der spezifischen Symptomatik für die Patienten orientiert (z. B. „Wie erlebe ich Aggression?“, „Wie gestalte ich meinen Raum, meine Grenze?“, „Wie kann ich mir etwas Gutes tun?“, „Welche Bedeutung haben für mich Schuldgefühle?“).

Interaktionelle Behandlungsmethode

In der zweiten Phase der Behandlung bietet sich dann ebenfalls die interaktionelle Behandlungsmethode an. In Partner- oder Gruppenarbeiten können alternative Handlungsmöglichkeiten für die Defizite geübt werden, die in den Familien oder Partnerschaften, häufig auch am Arbeitsplatz, zu dysfunktionalem Verhalten führen. Ziel ist es, einen anderen Umgang mit Aggressionen zu üben (z. B. „Neinsagen“ lernen), weniger Verantwortung für andere zu übernehmen, eigene Wünsche deutlich einzubringen, sich gegen Anforderungen angemessen abzugrenzen oder sich selbst respektvoll und wertschätzend mit eigenen Fähigkeiten wahrzunehmen und zu zeigen.

Fallbeispiel: Frau M.

Frau M. befindet sich zum ersten Mal in stationärer Behandlung, nachdem sie schon zwei Jahre ambulant von einem niedergelassenen Arzt behandelt wurde. Sie steht kurz vor ihrem 70. Geburtstag, ist verheiratet und hat drei Kinder, die alle in eigenständigen Lebensverhältnissen sind. Sie lebt mit ihrem Ehemann, der vor seinem Ruhestand selbstständig war, im eigenen Haus. Frau M. beklagt beim Erstgespräch insbesondere, dass sie unter Einsamkeit leide und ihr nichts mehr Spaß mache, obwohl sie sich als aktive und genießende Frau in Erinnerung habe. Neben den beängstigenden Gefühlen der Einsamkeit sind Schlafstörungen, Unruhe in der Brust und ein Gefühl, nichts mehr zu schaffen, die Symptome, die sie am stärksten belasten. Als Ehefrau eines mittelständischen Unternehmers habe sie die Buchführung gemacht, drei Kinder ins Leben begleitet, die Hausarbeiten erledigt, die Eltern gepflegt und alles mit Freude und Zufriedenheit geschafft. Auch belastendere Schicksale wie die Behinderung eines Kindes und die eigene Krebserkrankung habe sie gut gemeistert. Jetzt könne sie doch mit ihrem Mann das Leben genießen und dann sei die Depression gekommen.

Die Checkliste ihrer Interessen und Fähigkeiten zeigt ein großes Spektrum (z. B. soziale Beziehungen pflegen, kulturelle Angebote, kreative Aktivitäten, Schwimmen), das soziale Netz ist vielfältig (Familie, zwei Freundinnen, Seniorenkreis) und tragfähig. Das Selbstbild ist durch die Depression gefärbt. Früher habe sie um ihre Fähigkeiten gewusst oder sich wenig Gedanken gemacht. Heute könne sie nichts mehr, falle allen zur Last, auch den Kindern und Freundinnen will sie sich nicht zumuten. Von ihrem Mann wünsche sie sich mehr Unterhaltung. Ansonsten sei die Ehe ohne nennenswerte Probleme („Er ist insgesamt gut zu mir“). Das Ehepaar unternimmt bzw. unternahm vor der Erkrankung einzeln und getrennt verschiedene Freizeitaktivitäten, wöchentlich drei feste Termine, fährt gerne in den Urlaub und hat mit der Versorgung des Eigentums und familiären Besuchen genug zu tun.

Direkt vor der Erkrankung hat die Patientin einen Urlaub im Süden verlebt, wo sie am Strand umgeknickt sei. Mit den „Kreuzschmerzen“ sei sie zu einem ortsansässigen Physiotherapeuten gegangen, der eine manuelle Behandlung durchgeführt habe, die zur weiteren Verschlechterung geführt habe. Sie habe sich nur noch mit Unterstützung fortbewegen können. In Deutschland habe sie sich dann in eine Klinik begeben, in der sie als Simulantin verkannt worden sei. Die Unerträglichkeit der Schmerzen habe bei ihr zu den ersten Suizidgedanken geführt. Am Entlassungstag sei ihr dann erstmalig der Befund einer Computertomografie mitgeteilt worden, der eine Beschädigung des Knochens und des Gelenkes gezeigt habe. Trotzdem habe man an der Entlassung festgehalten. Qualvolle Zeiten und eine lang andauernde hohe Dosierung von schmerzlindernden Mitteln habe sie ertragen. Wegen der Bewegungseinschränkung habe sie das Haus für viele Wochen nicht verlassen können, habe nur an einem Platz im Sessel gesessen oder im Bett gelegen. Seit dieser Zeit habe sie die depressive Stimmungslage, die sich nicht gebessert hätte, obwohl die Rückenverletzung ausgeheilt sei und sie sich jetzt altersentsprechend bewegen könne.

Das *Rehaziel* von Frau M. besteht darin, wieder selbstständiger ihr Leben gestalten und die alten Interessen und Aktivitäten wiederaufnehmen zu können. *Richtziele* sind für sie das Wiedererlangen alter und neuer instrumenteller Fähigkeiten sowie der Erwerb alter sozialer Kompetenzen in neuen Rollen. Als *Grobziele* benennt sie das Aufsuchen alter sozialer Kontexte und das Erproben alter handwerklicher Fähigkeiten. Ihre konkreten *Feinziele* sind die Durchführung einer Seidenarbeit, das Aufgreifen des Töpferhandwerks und die Besuche in der Handarbeitsrunde, das Kaffeetrinken mit dem Seniorenkreis und das Annehmen des Angebotes der Freundin, mit ihr zum Schwimmen zu fahren.

Frau M. nimmt zunächst am Einzelwerken in der Gruppe teil, einer Kleingruppe mit fünf bis sechs Patienten, in der die kompetenzzentrierte Methode angewen-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

det wurde. Auf eigenen Wunsch wählt die Patientin eine sehr feine Seidenmalarbeit, woraus sie eine Kissenhülle arbeiten will. Zu ihrem eigenen Erstaunen gelingt ihr die Durchführung besser als erwartet. Die Einschätzung und Bewertung der Arbeitsschritte fallen in der Selbstbeurteilung anfänglich deutlich schlechter aus als die Rückmeldungen in der Gruppe. Die Töpferarbeit nimmt sie im Anschluss auf. Sie hat hierbei mehr Mühe und Schwierigkeiten und muss den Umgang mit Enttäuschung und Ärger lernen. Nach etwa vier Wochen wird das ergotherapeutische Angebot erweitert, indem Frau M. die Teilnahme an der Projektgruppe mit der interaktionellen Methode ermöglicht wird. Frau M. muss die Situation bewältigen, in ein bereits laufendes Projekt einzusteigen und in der Gruppe, wie auch in der bereits geplanten Toncollage, einen Platz zu finden. Im letzten Abschnitt der Behandlung wird das Einzelwerken in der Gruppe durch ein ausdruckszentriertes Gruppenangebot ersetzt. Die psychotherapeutischen Gespräche machen deutlich, dass Frau M. sich in der Initialsituation ihrer Erkrankung und im Weiteren beim somatischen Klinikaufenthalt hilflos, einsam, abgewertet und nicht richtig verstanden gefühlt hat. Gefühle von Ärger und einen Wunsch nach einer berechtigten Anklage konnte sie zunächst nicht spüren. Im Rahmen der Gruppe kann sie ermutigt einen Ausdruck auf der Bildebene finden und einen Brief an die Menschen schreiben, die ihr Unrecht getan haben. Im Schreiben findet sie einen Zugang zu den Gefühlen von Trauer und Wut. Die damals erlebte Einsamkeit kann mit dem jetzigen Symptom in einen sinngebenden neuen subjektiven Zusammenhang gestellt werden.

Ermutigt durch die Erfahrungen im vielfältigen Gruppenangebot der Depressionsstation und die reflektierten Fähigkeiten aus der Projektgruppe wagt sie, die alten Aktivitäten ihres Seniorenkreises wiederaufzunehmen. Anfänglich noch sehr ängstlich und begleitet von den Gefühlen, fremd und isoliert zu sein, kann sie allmählich in die alte Gemeinschaft hineinwachsen.

Manie

Erscheinungsformen und Symptomatik

Bei einer Manie kann man drei Hauptsymptome beobachten, die sich auf die Stimmung, den Antrieb und eine typische Denkstörung beziehen. Nach Tölle ist das Erscheinungsbild gekennzeichnet „durch eine gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und beschleunigtes Denken (Ideenflucht). Die Manie ist in mancher Hinsicht das Gegenstück zur Melancholie, wenn auch nicht ihr Spiegelbild. Sie tritt phasisch (episodisch) auf und dabei z. T. im Wechsel mit melancholischer Depression (bipolarer Verlauf)“ (Tölle 2005, S. 245).

In abgeschwächter Form kann eine leichte Manie verlaufen, die dann als Hypomanie bezeichnet wird. Die Patienten haben meist kein Krankheitserleben, sie fühlen sich wohler als sonst und sind auch objektiv leistungsfähiger, ideenreicher und kreativer als gewöhnlich. Charakteristisch sind ein geringeres Bedürfnis an Schlaf und ein gesteigertes Selbstbewusstsein. Es kann zu unangemessenem Geschäftsverhalten kommen (überhöhte finanzielle Ausgaben, Verträge) und gesteigerter sexueller Aktivität (Libido). Die Patienten fallen anfänglich durch einen erhöhten Rededrang auf, sind unkritisch optimistisch, oft enthemmt, was nicht zu ihrer Primärpersönlichkeit passt.

Im Vollbild einer manischen Erkrankung sind die zuvor genannten Symptome deutlich gesteigert. Wir erleben die Stimmung als euphorisch, unabhängig von Situation und Anlass, teilweise auch aggressiv, dysphorisch, wechselhaft. Nicht selten sind erhöhte Reizbarkeit, Streitsucht und erhöhte Ansprüche in zwischenmenschlichen Beziehungen auffällig.

Der Antrieb ist insbesondere psychomotorisch gesteigert. Die Patienten haben einen erhöhten Bewegungsdrang, sind auf der Handlungsebene sehr aktiv (Hyperaktivität), dabei nicht zielgerichtet oder geplant. Darin zeigt sich die Denkstörung, die von Ideenflucht und eher locker assoziiertem Denken geprägt ist (Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung). Das gesteigerte Selbstwertgefühl kann auch Größenideen aufweisen und bis zum Größenwahn gesteigert sein (Ebert 2005, S. 189).

Wahn oder Wahninhalte sind nicht selten paranoider (z. B. Verfolgungsideen) oder halluzinatorischer Art (z. B. Stimme Gottes), wenn die Erkrankung auf ihrem Höhepunkt ist.

In der ICD-10 werden drei Schweregrade unterschieden:

- Hypomanie
- Manie ohne psychotische Symptome
- Manie mit psychotischen Symptomen.

Psychosoziale Folgen

Durch den fehlenden Realitätsbezug können sich die Patienten in vielfältige soziale Probleme bringen. Durch Fehlverhalten und Entscheidungen, die nicht rückgängig zu machen sind, ist die Belastung für nahestehende Menschen oft sehr hoch. Daraus entstehen Beziehungsprobleme, Trennung, Scheidung oder Promiskuität sind die Folgen. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz können mit Kündigung einhergehen und der unangemessene Umgang mit den eigenen

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Finanzen zur Verschuldung führen. Auch Verwahrlosung kann vorkommen.

In der Manie kann es zu Straftaten kommen. Bekannt sind Eigentums- und Sittlichkeitsdelikte. Dabei ist es wichtig, dass die Diagnose fachlich gesichert festgestellt wird, damit von einer aufgehobenen Verantwortlichkeit ausgegangen werden kann und § 20 StGB Anwendung findet.

Therapie

Die Behandlung der Patienten mit einer manischen Erkrankung gestaltet sich schon deshalb schwierig, weil die Patienten meist kein Krankheitserleben haben. Es muss also jemand, der sich subjektiv wohlfühlt (fehlender Leidensdruck) und der von Angehörigen in die Klinik gedrängt wurde, zur Einnahme von Medikamenten gebracht und zum Bleiben überredet werden.

Der hohe Bewegungs- und Rededrang macht es schwer, die Patienten in gesprächstherapeutische Gruppenangebote zu integrieren. Mit psychotherapeutischen Gesprächen sind die Patienten überfordert, suchen aber von sich aus sehr häufig außerplanmäßig das Gespräch mit Therapeutin und Mitpatienten. Dagegen sind sozio- und milieutherapeutische Angebote hilfreich, weil sie die Patienten integrieren und ihnen ihre psychomotorischen Bedürfnisse nicht verbieten. Im weiteren Behandlungsverlauf, wenn der Patient ansprachefähiger wird, kann er an einem Behandlungsangebot teilnehmen.

Mit Abklingen der manischen Symptome stellt sich zunehmend die Reflexionsfähigkeit ein, was zu einer Wahrnehmung der Krankheitsfolgen und zur emotionalen Bewertung des manischen Verhaltens führt. Schuld und Schamgefühle sollten bearbeitet werden, weil sie sonst in die Depression führen können.

Angehörigenarbeit

Der Schwerpunkt bei der Aufklärung der nahestehenden Personen liegt darin, dass die Patienten ein krankhaftes Verhalten zeigen, „das nicht moralischem Versagen, sondern einer krankhaften Gehirnfunktion zuzuschreiben ist“ (Laux 2005, S. 1210). Häufig sind auch stützende und entlastende Gespräche für die Angehörigen notwendig.

Ergotherapeutische Behandlung

Die Behandlung von Patienten mit einer manischen Erkrankung ist seltener als die von Depressiven. Diese Patienten sind in der stationären Behandlung der allgemeinpsychiatrischen Versorgung, aber auch in Einrichtungen mit störungsbildspezifischen Konzepten, wie z. B. auf Depressionsstationen. Patienten mit rezidivierenden Erkrankungen sind häufig in Tagesstätten, Wohnheimen und ergotherapeutischen Praxen zu finden.

Ergotherapeutische Haltung

In der Therapie von akut erkrankten Manikern weiß man, dass Hyperaktivität der Patienten und ein Zuviel an äußeren Reizen die Krankheit verstärken bzw. die Krankheitsphase verlängern. Eine hoch dosierte medikamentöse Behandlung und eine reizarme Umgebung sind notwendig. Leider verfügen die meisten ergotherapeutischen Abteilungen nicht über einen entsprechend reizarmen Behandlungsraum, sodass die Behandlung erst zu einem Zeitpunkt einsetzen kann, wenn der Patient den Höhepunkt der akuten Phase überschritten hat. Trotzdem sollte während der gesamten Behandlung eine reizarme Umgebung bevorzugt werden, das Behandlungsangebot klare überschaubare Arbeitsschritte ermöglichen, das psychomotorische Bedürfnis der Patienten berücksichtigt und die Dauer der Behandlungseinheit und die Pausen an der Konzentrationsfähigkeit der Patienten orientiert sein.

Bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist eine respektvolle Distanz notwendig, um sich nicht von der gehobenen Stimmung und dem dominanten Beziehungsangebot der Patienten vereinnahmen zu lassen. Die Reflexionsfähigkeit der Patienten ist in Bezug auf die eigene Person und die Realität deutlich eingeschränkt. Deshalb sind tief greifende Auseinandersetzungen nicht möglich, sondern nur klare eindeutige Rückmeldungen angebracht (Scheiber 1995).

Ergotherapeutische Befunderhebung

Der Einsatz von Befunderhebungsinstrumenten, die eine aktive Mitarbeit der Patienten erfordern (z. B. Interviews), sind nur sehr begrenzt möglich. Deshalb ist der Schwerpunkt auf das beobachtbare Verhalten im Hinblick auf die Handlungsperformance, das Beziehungsverhalten und die sichtbaren und erlebbaren Aspekte zur eigenen Person zu legen. Informationen zur Anamnese und zum Lebenskontext sind der Krankenakte zu entnehmen.

Ergotherapeutische Behandlungsmethoden

Im frühen Behandlungsstadium ist die kompetenzzentrierte Methode angezeigt. Die Sozialform sollte anfänglich das einzeltherapeutische Setting bevorzugen, um dem Patienten nicht zu viele Möglichkeiten zur Ablenkung zu geben. Die therapeutischen Mittel und Techniken sollten von ihrem Charakter her einfache, eindeutige Handlungsweisen ermöglichen, den Wunsch nach Bewegung berücksichtigen, nicht aber verstärken. Leittextgestütztes Arbeiten

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

kann ebenfalls hilfreich sein (Strukturhilfe bei Denkzerfahrenheit/Ideenflucht) wie auch rhythmisierende Tätigkeiten (z. B. Sägen) mit eher monotonen, sich wiederholenden Abläufen (z. B. Schmirgeln von Holz).

Erst zu einem späteren Zeitpunkt sind die ausdruckszentrierte Methode und die interaktionelle Methode anzubieten, bei denen der Patient die Möglichkeit bekommt, in einem gruppentherapeutischen Setting häufig diagnostizierte Defizite der Primärpersönlichkeit aufzuarbeiten bzw. einen Zugewinn an Kompetenzen im zwischenmenschlichen Handeln und auf der Ebene der Selbstwertregulation zu erreichen. Die Themen und Aufgabenstellungen sollten einen direkten Bezug zur Realität des Patienten herstellen und damit als Orientierungshilfe fungieren (z. B. Regal für die eigene Wohnung bauen).

Fallbeispiel: Herr S.

Herr S. (59 Jahre) leidet an einer rezidivierenden bipolaren affektiven Störung. Bei Aufnahme in die stationäre Behandlung steht eine manische Episode mit psychotischen Symptomen im Vordergrund. Zum Zeitpunkt des ersten manischen Schubes arbeitet Herr S. seit 30 Jahren in verantwortlicher Position mit Repräsentationsaufgaben bei einem öffentlichen Arbeitgeber. Aufgrund der Erkrankung tritt er wiederholt in unangemessener Weise am Arbeitsplatz auf. Eine Versetzung und ein erheblicher Entzug von Arbeitsaufgaben sind die Folgen. Damit fühlt er sich in jeder Hinsicht im neuen Aufgabenfeld beschränkt und entwertet.

Beim Erstkontakt trägt Herr S. situationsinadäquat Frack und Fliege, eine auffällige Kopfbedeckung zum Schutz vor fremden Einflüssen sowie eine Bibel und verteilt verschiedenartige Sprüche auf kleinen Zetteln, womit er die Kontaktaufnahme zu anderen gestaltet. Die Gespräche sind durch Ideenflucht charakterisiert. Die Stimmung ist heiter. Er ist im Klinikgelände viel unterwegs.

Seine Ehefrau und seine erwachsenen Kinder stehen verständnisvoll und haltgebend zu ihm. Finanzielle Ausgaben für seine ungewöhnlichen Projekte (z. B. Druck von Sinnsprüchen auf Zettel zum Verteilen in sehr großer Auflage) werden durch die Familie oder Spendeneinnahmen finanziert, sodass es zu keinen schwerwiegenden sozialen Konsequenzen gekommen ist.

Für die Behandlungsplanung bedeutsam ist

- sein hohes soziales Engagement und seine ungewöhnliche Kreativität, die sich in sehr außergewöhnlichen und unkonventionellen Ideen zeigt
- sein Lebensalter von 59 Jahren und
- eine neue familiäre Rolle als Großvater.

Das *Rehaziel* konzentriert sich auf die Integration in das veränderte berufliche Aufgabenfeld. Am Anfang der ergotherapeutischen Behandlung wählt er eine Webarbeit (rhythmisierendes Angebot mit beruhigender Wirkung), um einen Teppich für das Enkelkind anzufertigen. Die *Richtzielebene* fordert für diesen Patienten den Zugewinn instrumenteller Fähigkeiten, was auf der Ebene der *Grobziele* eine Verbesserung der Handlungsplanung und -ausführung bedeuten soll. Seine *Feinziele* befassen sich konkret mit der Einschätzung der eigenen Belastungsfähigkeit, dem Einhalten von Pausen und der Fähigkeit zur Abgrenzung bei sozialen Aufgaben.

So erstellt er einen Stundenplan (kompetenzzentrierte Methode, Einzelwerken in der Gruppe), um seinen zukünftigen Alltag (beruflich und privat) zu strukturieren. Es geht darum, Arbeitsaufgaben konkret zu umreißen, eine Pausenplanung vorzunehmen und auch Freizeitaktivitäten einzuplanen. Bisher hat Herr S. sich beruflich übermäßig engagiert, häufig bis in die späten Abendstunden gearbeitet und Hobbys auf das Rentenalter verschoben.

Das Einschätzen der eigenen Belastungsfähigkeit wird ein wichtiges Ziel, das auch in der Arbeitstherapie weiter trainiert wird. Im Rahmen einer Projektgruppe (interaktionelle Methode) bekommt er die Möglichkeit, sich mit seinem übermäßigen sozialen Engagement auseinanderzusetzen und Strategien zur Abgrenzung und Bewertung der eigenen Arbeit zu lernen.

Die veränderten beruflichen Aufgaben stellen auch bei der Entlassung noch eine Kränkung dar, die er nun aber durch eine Werteverschiebung kompensieren will. Er nimmt sich vor, Hobbys zu pflegen, mehr mit der Familie zu unternehmen und seine kreativen Fähigkeiten in seine neue Rolle als Großvater einzubringen.

4.2 Persönlichkeitsstörungen

Beate Kubny-Lüke

Eine Gruppe von psychischen Störungen wird von den diagnostischen Klassifikationssystemen als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zusammengefasst. Der Begriff Persönlichkeitsstörung umfasst psychische Störungen, die den Charakter eines Menschen insgesamt betreffen. Da es keinen „Normcharakter“ gibt, kann es sehr schwer sein, Persönlichkeitsstörungen von den Eigenheiten einer noch „normalen“ Persönlichkeit zu trennen. Der Übergang von einem misstrauischen Menschen zu einer paranoiden Persönlichkeit ist fließend. Ebenso ist die Grenze zwischen einem stark auf sich selbst bezogenen Menschen und einem Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht unbedingt exakt zu bestimmen. Dasselbe gilt für einen sehr „pinge-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

kann ebenfalls hilfreich sein (Strukturhilfe bei Denkzerfahrenheit/Ideenflucht) wie auch rhythmisierende Tätigkeiten (z. B. Sägen) mit eher monotonen, sich wiederholenden Abläufen (z. B. Schmirgeln von Holz).

Erst zu einem späteren Zeitpunkt sind die ausdruckszentrierte Methode und die interaktionelle Methode anzubieten, bei denen der Patient die Möglichkeit bekommt, in einem gruppentherapeutischen Setting häufig diagnostizierte Defizite der Primärpersönlichkeit aufzuarbeiten bzw. einen Zugewinn an Kompetenzen im zwischenmenschlichen Handeln und auf der Ebene der Selbstwertregulation zu erreichen. Die Themen und Aufgabenstellungen sollten einen direkten Bezug zur Realität des Patienten herstellen und damit als Orientierungshilfe fungieren (z. B. Regal für die eigene Wohnung bauen).

Fallbeispiel: Herr S.

Herr S. (59 Jahre) leidet an einer rezidivierenden bipolaren affektiven Störung. Bei Aufnahme in die stationäre Behandlung steht eine manische Episode mit psychotischen Symptomen im Vordergrund. Zum Zeitpunkt des ersten manischen Schubes arbeitet Herr S. seit 30 Jahren in verantwortlicher Position mit Repräsentationsaufgaben bei einem öffentlichen Arbeitgeber. Aufgrund der Erkrankung tritt er wiederholt in unangemessener Weise am Arbeitsplatz auf. Eine Versetzung und ein erheblicher Entzug von Arbeitsaufgaben sind die Folgen. Damit fühlt er sich in jeder Hinsicht im neuen Aufgabenfeld beschränkt und entwertet.

Beim Erstkontakt trägt Herr S. situationsinadäquat Frack und Fliege, eine auffällige Kopfbedeckung zum Schutz vor fremden Einflüssen sowie eine Bibel und verteilt verschiedenartige Sprüche auf kleinen Zetteln, womit er die Kontaktaufnahme zu anderen gestaltet. Die Gespräche sind durch Ideenflucht charakterisiert. Die Stimmung ist heiter. Er ist im Klinikgelände viel unterwegs.

Seine Ehefrau und seine erwachsenen Kinder stehen verständnisvoll und haltgebend zu ihm. Finanzielle Ausgaben für seine ungewöhnlichen Projekte (z. B. Druck von Sinnsprüchen auf Zettel zum Verteilen in sehr großer Auflage) werden durch die Familie oder Spendeneinnahmen finanziert, sodass es zu keinen schwerwiegenden sozialen Konsequenzen gekommen ist.

Für die Behandlungsplanung bedeutsam ist

- sein hohes soziales Engagement und seine ungewöhnliche Kreativität, die sich in sehr außergewöhnlichen und unkonventionellen Ideen zeigt
- sein Lebensalter von 59 Jahren und
- eine neue familiäre Rolle als Großvater.

Das *Rehaziel* konzentriert sich auf die Integration in das veränderte berufliche Aufgabenfeld. Am Anfang der ergotherapeutischen Behandlung wählt er eine Webarbeit (rhythmisierendes Angebot mit beruhigender Wirkung), um einen Teppich für das Enkelkind anzufertigen. Die *Richtzielebene* fordert für diesen Patienten den Zugewinn instrumenteller Fähigkeiten, was auf der Ebene der *Grobziele* eine Verbesserung der Handlungsplanung und -ausführung bedeuten soll. Seine *Feinziele* befassen sich konkret mit der Einschätzung der eigenen Belastungsfähigkeit, dem Einhalten von Pausen und der Fähigkeit zur Abgrenzung bei sozialen Aufgaben.

So erstellt er einen Stundenplan (kompetenzzentrierte Methode, Einzelwerken in der Gruppe), um seinen zukünftigen Alltag (beruflich und privat) zu strukturieren. Es geht darum, Arbeitsaufgaben konkret zu umreißen, eine Pausenplanung vorzunehmen und auch Freizeitaktivitäten einzuplanen. Bisher hat Herr S. sich beruflich übermäßig engagiert, häufig bis in die späten Abendstunden gearbeitet und Hobbys auf das Rentenalter verschoben.

Das Einschätzen der eigenen Belastungsfähigkeit wird ein wichtiges Ziel, das auch in der Arbeitstherapie weiter trainiert wird. Im Rahmen einer Projektgruppe (interaktionelle Methode) bekommt er die Möglichkeit, sich mit seinem übermäßigen sozialen Engagement auseinanderzusetzen und Strategien zur Abgrenzung und Bewertung der eigenen Arbeit zu lernen.

Die veränderten beruflichen Aufgaben stellen auch bei der Entlassung noch eine Kränkung dar, die er nun aber durch eine Werteverschiebung kompensieren will. Er nimmt sich vor, Hobbys zu pflegen, mehr mit der Familie zu unternehmen und seine kreativen Fähigkeiten in seine neue Rolle als Großvater einzubringen.

4.2 Persönlichkeitsstörungen

Beate Kubny-Lüke

Eine Gruppe von psychischen Störungen wird von den diagnostischen Klassifikationssystemen als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zusammengefasst. Der Begriff Persönlichkeitsstörung umfasst psychische Störungen, die den Charakter eines Menschen insgesamt betreffen. Da es keinen „Normcharakter“ gibt, kann es sehr schwer sein, Persönlichkeitsstörungen von den Eigenheiten einer noch „normalen“ Persönlichkeit zu trennen. Der Übergang von einem misstrauischen Menschen zu einer paranoiden Persönlichkeit ist fließend. Ebenso ist die Grenze zwischen einem stark auf sich selbst bezogenen Menschen und einem Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht unbedingt exakt zu bestimmen. Dasselbe gilt für einen sehr „pinge-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ligen“, sparsam-geizigen Menschen, den man nur schwer von einer Person mit einer zwanghaft gestörten Persönlichkeit unterscheiden kann, oder jemanden, der sehr unzuverlässig und wenig verantwortungsbewusst ist; dies kann bis zu einer dissozialen Persönlichkeitsstörung führen.

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist daher immer erst nach sorgfältigem Abwägen und besonders dann zu treffen, wenn es sich um einen Zustand handelt, unter dem der oder die Betroffene selbst leidet. Es ist nicht leicht, Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung therapeutisch zu helfen, da die Störung eng an Charaktermerkmale gekoppelt ist. Die therapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zielt heutzutage vor allem darauf ab, abgrenzbare aktuelle Beschwerden und Symptome anzugehen oder über schwierige Lebensphasen hinwegzuhelfen. Viele Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung werden nur einmal oder wenige Male in ihrem Leben psychiatrisch behandelt. Den überwiegenden Teil ihres Lebens wirken sie eher wie eigenartige oder manchmal auch „schwierige“ Zeitgenossen, erscheinen aber nicht psychisch krank (Rahn u. Mahnkopf 2000).

Ein Teil der von Persönlichkeitsstörungen betroffenen Menschen kommt dann mit der Psychiatrie in Kontakt, wenn sie eine Straftat begangen haben und ihre „Schuldfähigkeit“ begutachtet wird. Die Behandlungsansätze, die dann greifen, wenn der Betroffene wegen einer verminderten oder nicht vorhandenen Schuldfähigkeit eine Maßregel auferlegt bekommt, werden im Kapitel 4.5 „Forensische Psychiatrie“ ausgeführt.

Im Folgenden werden ausführlich die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Behandlung dargestellt, da es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine besonders ausgeprägte Form der Persönlichkeitsstörung handelt, bei der es zu dramatischen und extremen Verläufen kommen kann.

4.2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Wiebke Flotho

Einleitung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird, wie auch andere Persönlichkeitsstörungen, immer häufiger diagnostiziert (Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung liegt bei etwa 1,2%, Bohus 2002). Borderline-Patienten wissen nicht, wer sie eigentlich sind und wo ihre persönlichen Grenzen liegen. Bei ihrer Suche nach Sicherheit und Klarheit für ihr Leben sind sie deshalb besonders auf eine Orientierung an der Außenwelt angewiesen. In jüngster Zeit erfahren sie extreme Zuschreibungen, die von Fachleuten selbst kommen. Sie werden als „Therapeutenkiller“ und als „therapieresistent“ bezeichnet. Dahinter verbirgt sich mehr als deutlich eine Abwehrhaltung vonseiten der Fachleute: „Nicht schon wieder ein Borderliner!“ Wie kommt es zu solchen, den Borderline-Patienten vorauseilenden Stigmatisierungen?

Zwei Faktoren scheinen hier Erklärungsansätze zu bieten. Es besteht immer noch ein relatives Defizit sowohl im Wissen um diesen Symptomkomplex als auch über den alltäglichen Umgang damit. Es gibt allerdings zunehmend mehr therapeutische Einrichtungen, die erfolgreich mit Borderline-Patienten arbeiten.

Die Realität sieht jedoch vielerorts so aus, dass das klinische, stationäre Setting überfordert ist. Die Rahmenbedingungen zur Behandlung dieser Klientel stimmen nicht mit den Bedürfnissen dieser Menschen überein. Arbeitsbedingungen, wie gut ausgebildetes Personal, flexible Therapiepläne, ein sich Rückhalt gebendes Team und externe Supervision bestehen nur in den wenigsten Einrichtungen.

Mittlerweile gibt es zunehmend chronifizierte Borderline-Patienten, die keine hinreichende Unterstützung erfahren. So sehen sich inzwischen auch die komplementären Einrichtungen, wie Wohnheime für psychisch Kranke oder Tagesstätten, mit Borderline-Patienten konfrontiert, die einen langen Weg der immer wiederkehrenden Ablehnung hinter sich haben.

Ergotherapeuten begegnen dieser Klientel in stationären Gruppenangeboten, günstigenfalls können sie in Kleingruppen integriert werden. Einzeltherapeutische Arbeit mit Borderline-Patienten erfordert ein hohes Maß an Wissen über psychodynamische Hintergründe, was ohne Zusatzqualifikation kaum zu leisten ist. Ergotherapeuten in Wohnheimen, Tagesstätten oder in ambulanter Praxis tragen häufig bezugstherapeutische Verantwortung. Sie sind auf eine Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und Kollegen angewiesen.

Der folgende Beitrag bietet umfassende Erklärungen zum Phänomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Er bemüht sich um eine pragmatische Wegbeschreibung für einen ergotherapeutischen Umgang mit Borderline-Patienten, wobei die Ergotherapie immer im Kontext des und in der Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team zu sehen ist.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Klassifikation

Die wohl wichtigsten systematischen Klassifikationen von psychischen Krankheiten bzw. Störungen sind die beiden Kriterienkataloge ICD-10 und DSM-IV (1996):

- ICD-10: F60.31 (emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus)
- DSM-IV: Es bietet mit seinen neun Kriterien eine umfangreiche und verständliche Beschreibung der Symptome. Daher erfolgt eine begrenzte Beschreibung in Anlehnung an dieses Klassifikationssystem.

Ein durchgängiges Muster von Instabilität im Bereich des Selbstbildes, in zwischenmenschlichen Beziehungen und in den Affekten bei deutlicher Impulsivität. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und wirkt sich in den verschiedenen Lebensbereichen aus. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Es besteht ein verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern (keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen).
   Erläuterung: Allein sein zu können setzt ein Gefühl von Sicherheit und ein Identitätsgefühl voraus. Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung scheinen diese Sicherheit nicht zu haben. Sie brauchen ein Gegenüber, durch das sie sich wahrnehmen können, denn es fehlt ihnen an Objektkonstanz (Kind 1996). Erst durch das Wahrgenommenwerden durch ein Gegenüber fühlen sie ihre Existenz. Einsamkeit und Verlassensein werden als existenzielle Bedrohung erlebt und deshalb vermieden (Knuf u. Tilly 2005).
2. Ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet.
   Erläuterung: Der Zustand einer Idealisierung des Gegenübers findet sich in Beziehungen beispielsweise zu Beginn einer Partnerschaft in der Phase großer Verliebtheit. Im anderen wird nur das Gute gesehen. In dieser Zeit wird das Zusammensein als besonders nah und intensiv erlebt. Der natürliche Wandel von Nähe und Distanz kann jedoch von Borderline-Persönlichkeiten nicht ausgehalten werden. So kommt es immer wieder zu Beziehungsabbrüchen.
3. Ausgeprägte oder länger dauernde Identitätsstörung; Instabilität des Selbstbildes oder der Wahrnehmung des Selbst.
   Erläuterung: Die eigene Identität wird im jungen Erwachsenenalter ausgebildet und ist ein Prozess der Suche, der durch Unsicherheiten und dauernde Veränderungen geprägt ist. Diese Störung des Selbstbildes kann bis tief in die geschlechtliche Identität und Körperwahrnehmung reichen.
4. Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten (z. B. „Fressanfälle", Sexualität, Geldausgeben, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren); keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen.
   Erläuterung: Oft werden Wege gesucht, um die dauerhafte innere Spannung abzubauen. Impulse können nur mangelhaft kontrolliert werden. Dienen extreme Handlungen dem Abbau der Spannungen, werden sie wiederholt.
5. Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder suizidale Verhaltensweisen oder andere selbstverstümmelnde Handlungen.
   Erläuterung: Suizidwünsche drängen sich den Betroffenen häufig in Stresssituationen auf. Sie sind immer als Hilferufe zu verstehen (Linehan 1996). Dabei spielen die Selbstverletzungen, meist durch Schneiden oder Brennen in die eigene Haut, eine große Rolle. Sie dienen ebenfalls dem Spannungsabbau und helfen, wieder einen klaren Kopf zu bekommen. Oft wird auch das Gefühl von Ruhe und Entspannung beschrieben (s. Punkt 9, dissoziative Störungen).
6. Instabilität im affektiven Bereich bei hoher Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige Reizbarkeit oder Angst).
   Erläuterung: Es werden „überflutende Emotionen" oder mehrmals täglich starke Spannungszustände beschrieben, in denen sich die Betroffenen blockiert fühlen. Dabei sind die Stimmungswechsel von inneren und äußeren Bedingungen abhängig, wobei die Ursachen meist nicht beschrieben werden können und die Verunsicherung erhöhen.
7. Chronisches Gefühl innerer Leere.
   Erläuterung: Das Erleben innerer Reize ist gekoppelt mit Erinnerungen. Die Erinnerungen vieler Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind mit ausgesprochen aversiven Gefühlen verknüpft. Die Abspaltung dieser Gefühle dient dem Schutz. Somit wird eine innere Leere erzeugt und die Abhängigkeit von äußeren Reizen wird verstärkt.
8. Übermäßige, starke Wut oder Problematik, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, länger andauernde Wut, wiederholte Prügeleien).
   Erläuterung: Das Ausleben der eigenen Wut kann wiederum der Spannungsregulierung dienen. Wut wird meist im Kontakt zu den Mitmenschen gezeigt und dient der Abgrenzung. Sie ist als Ver-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

such zu verstehen, die Kontrolle über das Geschehen zu behalten. Eine These aufgrund der geschlechtsspezifischen Erfahrungen könnte sein, dass vor allem männliche Betroffene ihre Aggressionen nach außen tragen und ein oft provokatives Verhalten zeigen. Weibliche Betroffene scheinen die Aggressionen eher gegen sich selbst zu richten und in der Ausdrucksform der Selbstverletzung zu handeln.

9. Kurzzeitige, durch belastende Situationen hervorgerufene paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (teilweiser oder vollständiger Verlust der Integration zwischen Erinnerung, Identitätsbewusstsein und unmittelbaren Wahrnehmungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen, z. B. Erinnerungsverlust für traumatisierende Ereignisse).
   Erläuterung: Bis zu 65 % der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickeln eine dissoziative Symptomatik, mit der eine Veränderung der sensorischen Wahrnehmung einhergeht. Sie kann generalisiert durch physiologische Anspannung auftreten. Dissoziation ist abhängig vom Stresslevel und wird durch intrapsychischen Stress getriggert (angestoßen). Akustische oder optische Illusionen sind hier eher als Pseudohalluzinationen zu werten.

Darüber hinaus haben sie häufig Flashbacks, d. h. bildhaftes Wiedererleben traumatisierender Erfahrungen, die durch bestimmte Stimmungen oder äußere Faktoren (z. B. Dunkelheit, Gewitter) ausgelöst werden können. Paranoides Denken, wie „Alle sind gegen mich", findet sich bei fast allen (untersuchten) Betroffenen.

Psychoanalytisches Erklärungsmodell

Die psychoanalytische Theorie (Kernberg 1992, Rohde-Dachser 1989, Mahler 1978) beschreibt die Sensibilität des Kontaktes zwischen Säugling und erster Bezugsperson. Der Säugling erlebt die Welt in einem sehr kleinschrittigen Rhythmus, schlafen, gefüttert werden, getragen werden, Hunger haben, die Umgebung mit Interesse betrachten und erfühlen etc. Welche Möglichkeiten hat die Mutter, die Bedürfnisse des Kindes zu erfassen und in einen passenden Dialog mit ihrem Kind zu treten? Gelingt dieses Erspüren, was das Kind braucht, dann erlebt der Säugling sich als getragen und gehalten in der Welt, dann bestimmt ein weitestgehend wohltuender Einklang das Lernumfeld des Kindes.

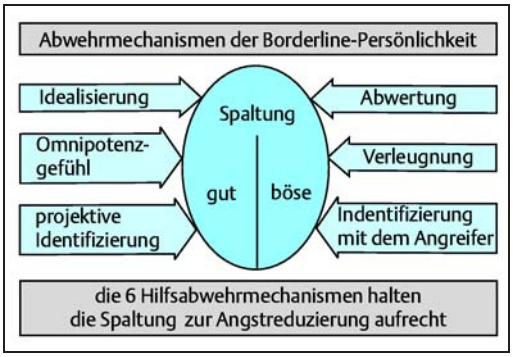

Abb. 4.4 Die sechs Hilfsabwehrmechanismen halten die Spaltung zur Angstreduzierung aufrecht.

An dieser Stelle erklärt die psychoanalytische Theorie, dass der Kontakt zwischen Mutter und Kind bei späteren Borderline-Persönlichkeiten nicht zu stimmen scheint. Der Lebensraum ist geprägt von einer dauerhaft angespannten Atmosphäre. Die Bezugsperson kann die Bedürfnisse des Kindes nicht ausreichend befriedigen, das Kind ist aber gänzlich auf die Zuwendung angewiesen. So muss es alle negativen Gefühle abspalten.

Es findet im Laufe seiner Entwicklung unter diesen Bedingungen nicht genügend Rückversicherung, die es braucht, um sich selbst und seine Bedürfnisse kennenzulernen. Vielmehr lebt es in einer Dauerspannung, die auch bei erwachsenen Borderline-Patienten unterschwellig immer zu spüren ist. Dieses Kind muss sich dauerhaft am Gegenüber orientieren, weil es sich seiner selbst nicht sicher ist. Es bleibt im Gefüge des ganz primitiven Abwehrmechanismus der Spaltung verhaftet. Es kann die Welt nur entweder als gut oder als schlecht erleben. Dazu gehören diverse Hilfsmechanismen, die die Spaltung letztlich aufrechterhalten **(Abb. 4.4)**. Höher entwickelte Abwehrmechanismen, wie Verdrängung oder Rationalisierung schützen im Alltag die Ich-Funktionen. Sie scheinen bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht ausgebildet zu sein. Wer aber nicht verdrängen kann, der ist jeder Information ausgeliefert.

Die starke Unsicherheit des Selbst ist gekoppelt mit einer ständigen Angst, bedroht zu werden. Sich seiner selbst nicht sicher zu sein bedeutet auch, die Außenwelt nicht einschätzen zu können. Das Angewiesensein auf die Spaltung der Welt in „gut" und „böse" führt dazu, dass zu viele Eindrücke oder Menschen sofort zu einer Bedrohung werden. Es droht eine Reizüberflutung, die zu erhöhter Angst bis hin zu einem kompletten Kontrollverlust führen kann.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Das Wissen über diese Zusammenhänge hilft dabei, die eigentliche Not dieser Menschen besser zu verstehen und einzuordnen. Die Therapeutin kann die auf sie gerichteten Aggressionen leichter als Symptom der Erkrankung erkennen und sich eher distanzieren. Dies schützt die therapeutische Beziehung. Eine Borderline-Persönlichkeit versucht nicht, das Gegenüber aus der Fassung zu bringen, sondern ist verzweifelt bemüht, sich selbst zu schützen.

Ein weiterer Knotenpunkt in der normalen Entwicklung des Menschen wurde von den Vertretern der modernen Psychoanalyse (Guntrip 1974, Winnicott 1992, Mahler 1978) beschrieben:

Der *Ambivalenzkonflikt* (Unabhängigkeit kontra Abhängigkeit) umfasst die sogenannte Wiederannäherungsphase des Kleinkindes zwischen dem 14. und 24. Lebensmonat. Das Kind lernt in dieser Zeit laufen und kann sich selbstständig von der Mutter weg bewegen. Es erobert die Welt auf seine eigene Art. Wenn es jedoch plötzlich bemerkt, dass es allein ist, die Mutter nicht mehr in Sichtweite, dann erlebt es eine intensive Trennungsangst. Daraus folgt ein verstärktes Bedürfnis, wieder eine engere Beziehung zur Mutter zu haben und sich in Sicherheit zu wissen.

Die Ambivalenz liegt nun in dem nachdrücklichen Wunsch des Kindes, dass sich die Mutter unablässig mit ihm beschäftigt – und dem Wunsch, die soeben gewonnene Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu verteidigen. So kommt es zu Szenen, in denen sich das Kind z. B. auf die Erde wirft, weder der Mutter gehorchen noch allein seinen Willen durchsetzen kann. Wutausbrüche sind in dieser Phase an der Tagesordnung.

Genau diese Widersprüchlichkeit führt zu enormer Wut, die es von den Eltern auszuhalten gilt. Geht alles gut, schaffen es die Eltern, emotional verfügbar zu sein und dem Kind Grenzen aufzuzeigen, dabei aber auch die Zuneigung zum Kind nicht zu verlieren und ihm weiterhin zu zeigen, wie lieb es ihnen ist und bleibt. Innerhalb dieser Phase bildet sich bei Kindern die emotionale Objektkonstanz aus, ein wesentlicher Entwicklungsschritt innerhalb der Ich-Entwicklung. Eine lebensnotwendige Frage, derer sich Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung immer wieder vergewissern müssen: „Wie sicher bin ich im anderen repräsentiert?“ (Kind 1996). Wir brauchen das Gefühl, in einem anderen Menschen ein gutes Bild von uns zu wissen. Im primären Objekt, meistens der Mutter, können wir auf eine gute Repräsentanz von uns nicht verzichten. Der Wunsch zu leben ist sonst schwer vorstellbar. Die *Objektkonstanz* beginnt im anderen!

Erst durch das Wahrgenommenwerden durch einen anderen Menschen fühlen wir unsere Existenz. Erst durch die Erfahrung, im anderen eine Gestalt erhalten zu haben, können wir eine eigene formen – und dadurch zu einem reflexiven Wesen werden, das Dinge mit sich selbst bespricht. Neben dem äußeren kann dann auch ein innerer Dialog geführt werden. Zeiten der Abwesenheit des äußeren Objekts bedeuten nicht mehr dessen Existenzlosigkeit und werden besser ausgehalten. Alleinsein wird nicht mehr als Verlassensein erlebt.

Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung scheinen keine Objektkonstanz entwickelt zu haben. Sie können sich der Repräsentanz im anderen nicht genügend sicher sein.

Dem Kind helfen in dieser Phase auch sogenannte Übergangsobjekte, wie Teddys, Decken, kleine Stofftiere etc., die dazu beitragen, sich nicht allein zu fühlen. Auch erwachsene Borderline-Patienten beruhigen sich gerne mit solchen Maskottchen. Sie dienen als Trostspender und repräsentieren das gute Objekt. Letztlich verhindern sie übermäßige Angst und das Gefühl, wieder einmal fallen gelassen worden zu sein.

Säuglingsforschung

Joseph D. Lichtenberg (1991) hat diverse Aspekte der Säuglingsforschung herausgearbeitet, die für die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von Bedeutung sind. Diese Erkenntnisse erweitern die psychoanalytische Sichtweise.

Lichtenberg sieht den Säugling von Anfang an als sensorisch wahrnehmendes Wesen, das aktiv mit seiner Umgebung kommuniziert. Jeder Säugling ist dafür mit neun primären Affekten ausgestattet (Interesse, Freude, Überraschung, Ärger, Ekel, Scham, Furcht, Verachtung und Schmerz), die er in einer Signal-Zeichen-Sprache einzusetzen lernt. Die Bezugsperson ihrerseits setzt diese „Sprache“ ein, dabei geht es um ein gegenseitig möglichst gut angepasstes Affect Reading (Erkennen der Affekte). Wenn das Aufeinander-eingestimmt-Sein (*attunement*) in der alltäglichen Kommunikation gelingt, dann entsteht beim Kleinkind ein überwiegendes Wohlgefühl und Gefühl des Gehaltenseins. Es kann sein Selbstbehauptungssystem ausbauen und einsetzen, das zu Reizsuche, Interesse an der Außenwelt und Kompetenzlust führt. Lichtenberg beschreibt noch ein zweites Reaktionssystem, über das der Säugling verfügt. Er kann sein Aversionssystem einsetzen und mit Rückzug und/oder Wut auf sein Umfeld reagieren. Überwiegen jedoch die Spannungszustände, können weder Säugling noch Bezugsperson eine Befriedigung erfahren. Die Gefühle der Zuneigung können

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

nicht mehr zugelassen werden. Vom Ärger überwältigt entstehen Verletzungen und Gefühle der Einsamkeit. Hier finden sich die Bezüge zum Kommunikationsverhalten erwachsener Borderline-Persönlichkeiten.

Der Säuglingsforscher Martin Dornes (1993) beschreibt den Begriff des *Social Referencing* als eine affektive Interaktion zweier Menschen, die sich auf ein drittes Objekt bezieht. In einem Experiment mit Müttern und ihren neun Monate alten Babys wird von ihm beschrieben, wie ein Kind über die Affekte im Gesicht der Mutter lernt, genau diese Affekte in sein Verhalten zu übernehmen. Verhält sich die Mutter angesichts eines blinkenden Roboters ermunternd und lächelt ihr Kind an, wird dieses freudig auf den Roboter zukrabbeln. Zeigt sie ein furchtsames Gesicht, wird das Kind sich nicht zum Objekt trauen und eine Furcht davor entwickeln.

Ist diese „affektive Sprache" aber durch ein geringes Eingestimmtsein und mangelndes Erkennen der Bedürfnisse gekennzeichnet, dann bleibt eine große Verunsicherung im Kontakt. So werden die massiven Ängste im Umgang mit anderen verständlich. Borderline-Patienten brauchen die ständige Rückversicherung, dass ihr Verhalten sozial in Ordnung ist. Für die Beziehung zwischen Ergotherapeutin und Patient bedeutet dies, die affektive Ebene durch Spiegeln und emotionales Mitschwingen einzubringen.

Dialektisch-behaviorales und neurobehaviorales Erklärungsmodell

Die Dialektik gilt als philosophische Grundlage dieses von Vertretern der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelten Entstehungsmodells. Marsha Linehan (1996) begründete ein ausgewogenes und empirisch über viele Jahre erforschtes Therapiekonzept für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Dialektik beinhaltet den Blickwinkel auf die existenten Polaritäten unserer Lebenszusammenhänge. Unsere Realität setzt sich fortwährend aus Thesen und Antithesen zusammen, die ihrerseits zu einer Synthese führen, aus der wiederum gegensätzliche Kräfte hervorgehen. Verschiedene Wahrheiten haben nebeneinander Bestand und tragen Widersprüche in sich. Alles unterliegt einem stetigen Prozess des Wandels. Sich dieser Erkenntnis zu stellen scheint für die Borderline-Persönlichkeit nicht möglich zu sein. Sie kann nur die These oder die Antithese als Wahrheit akzeptieren, sich nicht auf eine Vereinigung der Gegensätze hinbewegen.

Störungen der Affektregulation

Als theoretischer Hintergrund dient Linehan die biosoziale Verhaltenstheorie. Sie beschreibt eine unangemessene Affektregulation als primäre Dysfunktion der Borderline-Patienten.

Durch das neurobehaviorale Störungsmodell (Bohus 2002) wird diese These untermauert. Es beruht auf Erkenntnissen der Lerntheorie, der kognitiven Theorie und der Neurobiologie. In Bezug auf die Störungen der Affektregulation wird eine klinisch beobachtete Erhöhung der Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen bei Borderline-Patienten beschrieben (Vulnerabilität). Auch experimentell konnte inzwischen nachgewiesen werden, dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant länger und intensiver an aversiver Anspannung leiden, diese aber emotional nicht differenzieren können. Neurobiologische Reifungsprozesse werden durch dauerhaften Stress und Verwahrlosungserfahrungen in der Kindheit beeinträchtigt und können zu kognitiven und emotionalen Störungen führen. Da die Entwicklung des Gehirns bis weit in die Adoleszenz hineinreicht, sind Auswirkungen traumatischer Erlebnisse zu erwarten. Dazu kommen psychosoziale Komponenten, die als gesicherte Risikofaktoren gelten: weibliches Geschlecht, frühe Erfahrung sexueller oder körperlicher Gewalt sowie Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen und Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter. Auch die Abwesenheit einer zweiten, beschützenden Bezugsperson hat sich als gesicherte Komponente herausgestellt. Genetische Faktoren konnten durch die Zwillingsforschung für alle Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen werden.

Marsha Linehan beschreibt als soziale Komponente auch das invalidierende Umfeld der Betroffenen. Negative Gefühle werden in diesen Familien negiert oder für ungültig erklärt. Somit kann der Umgang mit diesen Gefühlen nicht gelernt werden. Die Betroffenen lernen stattdessen, ihre Gefühle und ihr Erleben immer mehr zu dramatisieren, um überhaupt Gehör zu finden.

Zusammengefasst lässt sich ein Zusammenwirken früher Traumata und neurobiologischer Prädisposition (Störungen der affektiven Reizkontrolle und Affektregulation, Dissoziationsneigung) beschreiben. Diese Komponenten scheinen sich in kognitiven Bewertungsmustern zu manifestieren, die zu einer mangelnden psychosozialen Realitätsorientierung führen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kontaktverhalten und Symptomatik

Die Hauptsymptomatik der Borderline-Persönlichkeiten findet sich in der Darstellung der diagnostischen Kriterien nach DSM-IV. Das Kontaktverhalten ist immer unter Bezugnahme auf das Störungsbild zu verstehen. Borderline-Patienten wirken im Vergleich mit anderen psychiatrischen Patienten meist recht kompetent und gut ansprechbar. Dass sie aber nur Inseln von Kompetenzen erworben haben und sich dazwischen tiefe Abgründe von Unsicherheit und Ängsten befinden, sollte stets Beachtung finden.

Meist überträgt sich die innere Spaltung der Patienten schnell auf das Behandlungsteam. Manche Therapeuten wollen gerne helfen, sind bereit, sich auseinanderzusetzen. Andere Therapeuten möchten den Kontakt so schnell als möglich beenden. Finden sich diese Tendenzen im Team wieder, sollten sie immer als Ausdruck der Borderline-Persönlichkeitsstörung verstanden werden.

Im Kontaktverhalten neigen Borderline-Persönlichkeiten

- anfangs zu schillernder Selbstdarstellung (Omnipotenzgefühl) *oder*
- zu misstrauisch distanzierter Haltung
- zum Verbergen ihrer Ängste und Spannungen
- zur Überschreitung von persönlichen Grenzen des Gegenübers (z. B. Suche nach freundschaftlichem Kontakt zur Therapeutin)
- zum Erfassen und Benennen von Unsicherheiten der Therapeutin
- zum Erspüren von unterschwelligen Stimmungen
- zur Idealisierung: „Bei Ihnen möchte ich viel machen, das gefällt mir viel besser als …“ *oder*
- zur Abwertung: „Das kenne ich alles schon, hat mir nie was gebracht …“
- zu forderndem Auftreten: „Ich brauche mehr Zeit“
- zur Sprengung institutioneller Rahmenbedingungen (Anfang und Ende von Therapiezeiten werden ignoriert).

Das Gefühl permanenter Bedrohung führt zu einer ständigen Verletzlichkeit, vor der es sich zu schützen gilt. Diese Vulnerabilität wird von Marsha Linehan (1996) als vergleichbar mit Patienten mit ausgedehnten Verbrennungen bezeichnet. Jede Berührung muss ausgesprochen schmerzhaft sein. Daraus entsteht eine andauernde Alarmbereitschaft, von der sich Borderline-Patienten nicht erholen können. Der Zustand entspricht dem einer *permanenten Krise*. Innere Ruhe und Entspannung werden nicht erreicht. Dazu kommt die lebensnotwendige Abspaltung schmerzlicher emotionaler Zustände. Schmerz und Trauer können nicht durchlebt und in die eigene Wahrnehmung integriert werden. In diesem Zusammenhang wird auch von einer *gehemmten Depression* gesprochen.

Behandlungsansätze und Therapie

Im Folgenden werden zwei therapeutische Einrichtungen vorgestellt, die spezielle Konzepte zur stationären Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeiten entwickelt haben und erfolgreich umsetzen.

Stationäres Setting vor psychoanalytischem Hintergrund

Auf der Grundlage psychoanalytischen Denkens arbeitet im Klinikum Nord (Hamburg) eine Borderline-Station (Dulz u. Schneider 1997), die aus Veränderungswünschen des Behandlungsteams entstand und getragen wird. Dabei wurden Prinzipien erarbeitet, die den Therapeuten eine Basis bieten, den emotional intensiven Kontakt zu Borderline-Patienten bewältigen zu können.

Folgende psychotherapeutische Grundprinzipien finden Anwendung:

- Die *Sicherheit des Personals* gilt als oberster Grundsatz. Damit ist der Schutz der Mitarbeiter durch die Vorgesetzten gemeint. Eine Atmosphäre des Vertrauens wird als Voraussetzung für eine sich gegenseitig haltende Funktion des Teams angesehen.
- Die *Authentizität der Therapeuten* setzt voraus, dass jede Therapeutin ihre persönlichen Stärken und Schwächen kennt, ihre Stärken im Team nutzbar machen kann und sich in schwachen Bereichen zurückhält. Dabei entsteht fachlich korrektes Verhalten, das zur Person passt.
- Es wird den Patienten ein *variables Setting* angeboten, das den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Grenzen der Borderline-Persönlichkeit angepasst sein muss!
- Die Therapeuten wahren eine *technische Neutralität,* die dem Schutz der Beziehung zwischen Patient und Therapeutin dient. Die Therapeutin verdeutlicht, dass die Zurückweisung persönlicher Fragen vor Ablehnung schützt. Als Mensch bleibt sie trotzdem greifbar, teilt dem Patienten auch ihre Gegenübertragungsgefühle mit. Äußert der Patient paranoide Ideen (z. B. „Sie haben etwas gegen mich!“), werden diese sofort und eindeutig von der Therapeutin korrigiert.
- Die Patienten erhalten sowohl *Informationen* über die psychodynamischen Zusammenhänge ihrer Erkrankung als auch über das Setting. Dies dient dem Aufbau von Selbstkontrolle.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- *Kontrolle des Agierens von Patienten* wird durch das Team ggf. durch strikte Grenzsetzung ausgeübt. Fremdverletzungen werden sofort unterbunden. Selbstverletzungen wie „sich schneiden" werden als Symptome gesehen, die es zu überwinden gilt.

Phasen der stationären Therapie

- **Phase der haltenden Funktion:** In dieser Phase geht es um eine erste Ich-Strukturierung der Borderline-Patienten. Die haltende Funktion (Winnicott 1984) ermöglicht erst eine Überwindung dissoziativer und psychotischer Symptome. Macht der Säugling in der Phase absoluter Abhängigkeit nicht die Erfahrung, gehalten zu werden, entsteht ein Gefühl drohender Vernichtung. Im Erwachsenenalter zeigt sich dies als frei flottierende, diffuse Angst. In der Therapie wird die Umweltfunktion des Haltens insofern nachgeholt. Damit ist nach Kernberg die kontinuierliche emotionale Verfügbarkeit der Therapeutin gemeint. Die Therapeutin sorgt empathisch für eine emotional unterstützende Umgebung. Sie respektiert die Autonomie und Verletzlichkeit des Patienten. Und sie gewährleistet sein „Überleben" und das Zurechtkommen mit den Aggressionen des Patienten bei Integrationsprozessen von guten und bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen.
- **Phase der äußeren Strukturierung:** Die haltende Funktion wird beibehalten. Den Patienten werden jedoch zunehmend äußere Strukturen und Grenzen durch das Behandlungsteam auferlegt. Dadurch wird allmählich eine Integration „guter" und „böser" Anteile möglich. Die Borderline-Persönlichkeit wird gehalten und trotzdem mit den realen Grenzen konfrontiert. Diese Vorgehensweise erinnert an die Phase des Ambivalenzkonfliktes.
- **Phase der inneren Strukturierung:** Durch eine wachsende Lockerung äußerer Strukturen werden erhöhte Anforderungen an die innere Organisation des Patienten gestellt. In dieser Phase sind Grenzüberschreitungen zu erwarten. Hierauf wird jedoch weniger mit erneuten Reglementierungen reagiert als vielmehr mit Deutungen, die sich auf die aktuelle Situation beziehen. Erst das Bewältigen dieser Phase ermöglicht eine ambulante Weiterbehandlung.

Als begleitende Therapien, die individuell zusammengestellt werden, haben sich innerhalb dieses Settings folgende Angebote bewährt: Gestaltungstherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Trommelgruppe, Tanztherapie, Sporttherapie, autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Werkstätten, Kochgruppe, Wutgruppe.

Stationäres Setting vor dialektisch-behavioralem Hintergrund

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT, Linehan 1996) wurde ursprünglich für die ambulante Therapie von Borderline-Patienten entwickelt. Da diese jedoch im deutschsprachigen Raum noch unzureichend gewährleistet ist, wird auf die stationäre Behandlung zurückgegriffen. Die Darstellung des Konzeptes orientiert sich an der Borderline-Station der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg (Bohus 2002).

Auch innerhalb der dialektisch-behavioralen Therapie wurde eine Grundhaltung entwickelt, die das gesamte Behandlungsteam berücksichtigt. Grundsätzliche dialektische Regeln sind:

- Es gibt kein „Falsch" oder „Richtig".
- Gegensätzliche Meinungen gehören in die Therapie.
- Es geht um das Erlernen von Balance zwischen Beständigkeit und Flexibilität sowie zwischen Fertigkeiten und Grenzen bzw. Defiziten.

Therapeutische Grundhaltung

Therapeuten berücksichtigen im Umgang mit Boderline-Patienten folgende Aspekte der therapeutischen Grundhaltung:

- Borderline-Patienten können in der dialektisch-behavioralen Therapie nicht durchfallen.
- Das subjektive Verhalten der Patienten macht vor ihrem persönlichen Hintergrund Sinn. Die Therapeutin hilft bei der Suche nach den Auslösern und Konsequenzen.
- Borderline-Patienten sind bemüht, aus ihrer schwierigen Lage herauszukommen.
- Es muss Beachtung finden, dass sich diese Patienten in erhöhtem Maße anstrengen müssen, um eine Veränderung herbeiführen zu können.
- Borderline-Patienten müssen in den affektiven, kognitiven, motorischen und physiologischen Grundfunktionen neues Verhalten erlernen.
- Die Unerträglichkeit suizidaler Krisen ist zu respektieren.
- Das Behandlungsteam lernt mindestens so viel von den Patienten, wie diese vom Team lernen.
- Jede Besprechung über Borderline-Patienten ist eine Besprechung mit Borderline-Patienten.
- Therapeuten machen Fehler.
- Für die Therapeuten gelten dieselben Regeln wie für die Patienten.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die stationäre Therapie wird in eine Vorbereitungsphase sowie zwei Stufen eingeteilt. Es werden drei hierarchisierte Behandlungsziele benannt:

- Aufbau von Überlebensstrategien zum Umgang mit suizidalen Verhaltensschemata
- Stärkung der therapeutischen Beziehung und Compliance und Reduktion von therapieschädigendem Verhalten
- Entwicklung von Fertigkeiten zur Teilnahme an ambulanter Weiterbehandlung.

Innerhalb der *Vorbereitungsphase* erfolgen Diagnostik und Aufklärung über das Störungsbild sowie über das Behandlungskonzept. Es wird ein Non-Suizid-Vertrag als Bedingung für die weitere Behandlung abgeschlossen.

Stufe I umfasst die erste bis dritte Woche und beinhaltet eine Kurzanamnese sowie Verhaltensanalysen zum letzten Suizidversuch und zum letzten Therapieabbruch. Die genauen Analysen der Verhaltensschemata, die den stationären Aufenthalt bedingen, bilden die Voraussetzung zur Bildung eines Behandlungsfokus. Der Patient nimmt in dieser Zeit auch an den Gruppentherapien teil.

Eine *Bezugsgruppe* wird von allen Borderline-Patienten auf der Station gebildet. Hier werden Gruppenregeln diskutiert. Es können strukturelle Veränderungen vorgeschlagen werden, auch die Verhaltensanalysen einzelner Patienten werden besprochen.

In der *Basisgruppe* werden grundlegende Informationen über das Störungsbild und die Therapieformen vermittelt. Es ist ein offenes, themenzentriertes Angebot.

In der *Achtsamkeitsgruppe* werden Wahrnehmungsübungen zur inneren Achtsamkeit vermittelt, die auf der Methodik und Philosophie des Zen basieren. Diese gelten in ihrer Wirksamkeit auf physiologische und psychologische Aspekte der inneren Anspannung als empirisch nachgewiesen. Bei optimalem Verlauf dieser ersten Stufe kann der Patient dem Team seinen Behandlungsfokus und Therapieplan vorstellen (sogenannte Teamvorstellung).

In der *Stufe II* (vierte bis neunte Woche) wirken verschiedene Behandlungsmodule zusammen. Der Patient nimmt weiterhin an der Basisgruppe und an der Bezugsgruppe teil. Er hat eine Einzeltherapeutin, die sich in erster Linie als sein Coach versteht und die einzelnen Module der Therapie mit ihm koordiniert. Hier steht die Arbeitsbeziehung im Vordergrund. Die Zuwendung der Therapeutin ist an neue und funktionale Verhaltensweisen des Patienten gekoppelt. In einem speziellen Fertigkeitentraining (Skillstraining) werden einzelne Fertigkeiten geübt; das hilft dem Patienten, rasche Veränderungen zu erzielen. Dabei trägt er selbst die Verantwortung, das Pflegepersonal unterstützt das Training. Dazu kommt eine Körpertherapie, innerhalb der eine Verbesserung der Körperwahrnehmung mit Vermittlung von „Körper-Fertigkeiten" zur Spannungsregulation angestrebt wird. Der Wirkfaktor der Körpermodule wird von den Borderline-Patienten in der Ergebnisqualität als am stärksten eingestuft.

Ergotherapie und dialektisch-behaviorale Verhaltenstherapie

Insbesondere das Skillstraining innerhalb der DBT ist ein Programm, das durch die Berufsgruppe der Ergotherapeuten angeboten werden könnte. Das Aufmerksamkeitstraining oder auch das Training zur Stresstoleranz beinhaltet klar strukturierte Wahrnehmungsübungen, die schon jetzt einen engen Bezug zu unseren kompetenzzentrierten und ausdruckszentrierten Methoden aufzeigen. Die Gestaltung der dazugehörigen Notfallkoffer wird mancherorts schon von Ergotherapeuten therapeutisch begleitet. Moro (2007) beschreibt aktuelle ergotherapeutische Ansätze für Klienten mit selbstverletzendem Verhalten, zu denen die DBT ebenso wie auch die Methode der Sensorischen Integration gehören.

Verlauf und Prognose

Nach Untersuchungen von Jerschke et al. (1998) zeigten sich bei einer Gruppe bereits im Alter von 14 Jahren Auffälligkeiten des Verhaltens, die erstmals stationär behandelt wurden (Selbstverletzungen, Essstörungen, Suizidversuche, affektive Störungen und Störungen des sozialen Verhaltens). Bei einer weiteren Gruppe kam es im Altersmittel von 24 Jahren zu einer stationären Erstaufnahme.

Ohne eine Behandlung wird die Prognose der Borderline-Persönlichkeitsstörung als sehr ungünstig eingestuft. Das Suizidrisiko sollte als beträchtlich angesehen werden. Als Risikofaktoren gelten impulsive Handlungsmuster, frühkindlicher Missbrauch, erhöhtes Lebensalter, Depressionen und Komorbidität mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Darüber hinaus sind vermehrte Suizidversuche in der Vorgeschichte als Faktoren zu benennen. Die tatsächliche Suizidrate liegt Untersuchungen von Frances et al. (1986) zufolge bei 7–10%. Stone et al. (1987) haben in Langzeitkatamnesen eine Rate von ca. 9% festgestellt. Therapieabbrüche von unspezifischen Behandlungen liegen bei 75%.

80% aller Borderline-Patienten mit Selbstschädigungsverhalten in Deutschland wurden schon statio-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

när psychiatrisch behandelt. Auch die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme liegt bei etwa 80% jährlich bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 77 Tagen (Jerschke et al. 1998).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist als lebensbedrohliche Erkrankung einzustufen, bei der unter herkömmlichen Versorgungsbedingungen nicht mit einer Spontanremission zu rechnen ist. Sowohl in kontrollierten Studien zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch orientierter psychotherapeutischer Behandlung bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Marziali u. Munroe-Blum 1994, Bateman u. Fonagy 1999, 2001) als auch in einer Untersuchung der stationären dialektisch-behavioralen Therapie im Prä-Post-Vergleich konnte eine Wirksamkeit der Behandlungen (z. B. Reduktion der Selbstverletzungen) nachgewiesen werden. Insgesamt gesehen lässt sich also eine störungsspezifische Behandlung als erfolgversprechend bewerten.

Ergotherapeutische Behandlung

Ergotherapeuten begegnen Borderline-Persönlichkeiten in allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. In den seltensten Fällen jedoch existiert ein Behandlungsrahmen im Hintergrund, wie er weiter oben anhand der beiden Beispiele stationärer Versorgung beschrieben ist. In der Regel finden sich Borderline-Patienten auf psychiatrischen Akutstationen, im späteren Verlauf auf Psychotherapiestationen oder in Tageskliniken und psychosomatischen Einrichtungen, zunehmend auch in Tagesstätten und im Wohnheimbereich. Vereinzelt werden sie auch in ergotherapeutischen Praxen betreut, die eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Psychotherapeuten und Psychiatern pflegen. Die Möglichkeiten der Ergotherapeuten, mit einem Team in engem Austausch zu arbeiten, sind sehr unterschiedlich. Je besser die Integration der Ergotherapie in das Behandlungskonzept gelungen ist, desto konstruktiver kann sie zu einem günstigen, klaren Setting und Behandlungsverlauf für diese Patienten beitragen.

Der theoretische Bezugsrahmen der Ergotherapie für die Behandlung von Borderline-Patienten kann kognitiv-verhaltensorientiert, analytisch, humanistisch oder gruppenarbeitsbezogen sein. Je nach Kontext ist daraus der therapeutische Ansatz abzuleiten (Hagedorn 2000). Auch in Deutschland beginnen Ergotherapeuten zunehmend konzeptionelle Praxismodelle, wie MOHO, CMOP etc., als theoretische Bezugsrahmen zu nutzen, um ihrer Arbeit ein berufsspezifisches Profil zu verleihen. Dies kommt der therapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten entgegen, insbesondere wenn der klientenzentrierte Ansatz genutzt wird, z. B. durch den Einsatz des COPM (Canadian Occupational Performance Measure, s. Kap. 2.1.3) oder OSA (Occupational Self Assessment).

Die Ergotherapie bietet aufgrund der Vielfältigkeit der therapeutischen Angebote ein ideales Setting, innerhalb dessen sich ein individueller Aufbau von Methoden, Techniken und Medien für den und mit dem Borderline-Patienten entwickeln lässt. Dieser individuelle Aufbau ergibt sich aus der Erfassung der Betätigungswünsche bzw. -probleme im therapeutischen Gespräch unter Nutzung von Messinstrumenten. Den Mittelpunkt bildet immer die therapeutische Unterstützung bei der Durchführung von Betätigungen, die für den Klienten bzw. Patienten innerhalb seiner Lebensbereiche (Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit) von persönlicher Bedeutung sind.

Ergotherapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Haltung von Ergotherapeuten sollte sich grundsätzlich nicht von der des behandelnden Teams unterscheiden (zu den therapeutischen Grundprinzipien s. S. 241).

Die innere Einstellung der Ergotherapeutin wird den Kontakt zu der Borderline-Persönlichkeit immer entscheidend prägen, da diese Patienten die Haltung des Gegenübers sehr genau erspüren können. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass ein fundiertes Grundwissen über dieses Störungsbild vor massiven Gegenübertragungsaffekten und damit auch die therapeutische Beziehung schützt.

Darüber hinaus spielt die Authentizität der Therapeutin eine wichtige Rolle. Die Kenntnis eigener Stärken und Fertigkeiten in der therapeutischen Arbeit sowie auch das Wissen über eigene defizitäre Bereiche tragen zur Echtheit der Person bei. Werden persönliche Grenzen von Therapeuten nicht beachtet, kann es schnell zu Überforderungssituationen kommen. Die Beziehung kann nicht aufrechterhalten werden, weil sie kein tragfähiges Fundament hat. Der Patient erlebt einen erneuten Beziehungsabbruch. Dabei ist auch zu beachten, dass diese Patienten im Rahmen ihrer „*aktiven Passivität*“ versuchen, ihr Gegenüber für ihre Problembewältigung zu aktivieren, dabei aber selbst passiv zu bleiben. Sie haben in ihrem zumeist invalidierenden (negative Gefühle werden vom Umfeld [Familie] negiert oder für ungültig erklärt, s. o.) Umfeld gelernt, ihre Probleme zu dramatisieren, um überhaupt Gehör zu finden.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Borderline-Patienten fordern und brauchen die Therapeutin als „ganzen Menschen". Je besser sie sich selbst kennt, einschätzt und immer wieder neu im therapeutischen Alltag einbringen kann, desto befriedigender und auch leichter wird die Therapeutin die Arbeit empfinden.

Für eine tragfähige *Beziehungsgestaltung* haben sich folgende Kriterien bewährt (in Anlehnung an Scheiber 1995):

- Zu Beginn sollte der Patient die Möglichkeit zum räumlichen Rückzug haben und bestimmen können, wo die Therapeutin im Raum ihren Platz einnehmen soll.
- Schaffung von gemeinsamen Rahmenbedingungen durch Aushandeln von Regeln (z. B. Länge der Therapie).
- Kontinuität und Zuverlässigkeit als therapeutische Vereinbarung; sich auch als Therapeutin aktiv für die Therapie mit dem Borderline-Patienten entscheiden.
- Den Rahmen der Therapie halten (Anfang und Ende, Regelmäßigkeit).
- Eigene Grenzen transparent machen, auch Fehler eingestehen.
- Direkte Rückmeldung auf der Handlungsebene geben, um die Realitätsanpassung zu fördern (Umgang mit dem Medium auf der Objektbeziehungsebene spiegeln).
- Wahrgenommene Affekte des Borderline-Patienten verbal oder nonverbal spiegeln (eigene Authentizität beachten).
- Umgang mit Krisensituationen oder Dissoziationserleben sofort dem Team rückmelden, ggf. Strategien absprechen, im Kontakt zum Patienten annehmend und präsent bleiben, Vorgehen transparent machen.
- Nutzung der SET-Regeln (S = Support, Unterstützung; E = Empathy, Mitgefühl; T = Truth, Wahrheit) (Kreisman u. Straus 2005): Unter Anwendung aller drei Botschaften in der Gesprächsführung fühlen sich Borderline-Patienten in der Regel verstanden und in ihrem Leid gesehen. Gleichzeitig und unter Bezugnahme auf die Selbstverantwortlichkeit des Patienten durch die Aussage der Wahrheit wird die Beziehung geschützt. Die Therapeutin kommt nicht in die Position, zu viel Verantwortung und Handlung für den Patienten zu übernehmen. Die Verwendung der SET-Regeln kann zu einer Entlastung der Interaktion beitragen, da die Nutzung der drei Kommunikationsaspekte eine wohlwollende, unterstützende und dennoch realistische Basis ermöglicht. Eine Zusammenfassung findet sich bei Flotho-Wendisch (2000).

Ergotherapeutische Befunderhebung

Ergotherapeuten richten ihren zentralen Blickwinkel auf die Handlungsdurchführung der Patienten. Die Fähigkeitsstörungen nach ICF liegen bei Borderline-Persönlichkeiten im Verhalten gegenüber Personen und Objekten, in der Selbst- und Fremdwahrnehmung, im Arbeitsverhalten und auch bei alltäglichen Aktivitäten.

Innerhalb der Befunderhebung von Borderline-Patienten darf nie außer Acht gelassen werden, dass der Kontakt transparent und klar gestaltet wird. Die Interaktion sollte sich immer an dem orientieren, was der Patient vorgibt. Dies bedingt ein äußerst sensibles Vorgehen, das manchmal einer Gratwanderung gleicht. Die Sprunghaftigkeit der Patienten erfordert gerade zu Beginn der Therapie eine besondere Flexibilität der Therapeutin. So kann es sein, dass der Einsatz eines standardisierten Interviews noch zu früh ist und der Patient sich verweigert.

Die ergotherapeutische Befunderhebung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung gliedert sich in: Informationssuche, Beobachtungen und den Einsatz von Assessments.

- **Informationssuche:** das *Sammeln von Informationen* über den Patienten (Behandlungsberichte, Karteieintragungen, Stationsbesprechungen, Übergaben)
- **Beobachtungen:** die *Beobachtung des Patienten* auf der Verhaltensebene mithilfe von Checklisten unter Nutzung von Abgleichtechniken zur Profilerhebung (s. kompetenzzentrierte Methode, S. 140). Bei der Beobachtung von Borderline-Patienten liegt der Schwerpunkt im affektiven und sozioemotionalen Bereich. Selbstbild und Selbstwahrnehmung sowie die kommunikativen Fertigkeiten bedürfen einer genauen Analyse. Oftmals sind motorische und kognitive Grundfunktionen weniger eingeschränkt. Dissoziative Zustände stellen hier eine wichtige Ausnahme dar.

Eine große Hilfe bei der Befundung können Checklisten zur regelmäßigen Dokumentation darstellen, die eine Vorstrukturierung der Beobachtung bieten **(Tab. 4.4)**. Der Einsatz eines solchen Dokumentationsbogens dient sowohl der intervallmäßigen Überprüfung der therapeutischen Interventionen und Zielsetzungen als auch der schriftlichen Rückmeldung an das behandelnde Team bzw. den überweisenden Arzt.

- **Assessments:** Die Nutzung von Assessments, wie Interviews, Fragebögen, Selbsteinschätzungsbögen, Performancetests (Hagedorn 2000).
  Die Befragung eines Klienten durch den Einsatz von Messinstrumenten ermöglicht eine Identifi-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **4.4** Checklisten zur regelmäßigen Dokumentation (Auszüge)

Dokumentationscheckliste für den täglichen Gebrauch

Datum	Aktivität	Umsetzung der Aktivität (Handlungsrealität)	Affektives Verhalten	Soziale Interaktion	Verhalten der Therapeutin

Dokumentationsbogen zur Befunderhebung in zeitlichen Intervallen

Befundungskriterien	Bitte ankreuzen				Bemerkungen
	1	2	3	4	
Affektiv-emotional:					
Realistische Selbsteinschätzung	○	○	○	○	
Frustrationstoleranz	○	○	○	○	
Affektivität	○	○	○	○	
Soziale Interaktion:					
Kontaktaufnahme	○	○	○	○	
Umgang mit Nähe und Distanz	○	○	○	○	
Einhalten von Absprachen	○	○	○	○	

1 nicht beobachtbar, 2 wirkt adäquat, 3 wirkt behandlungsbedürftig, 4 wirkt in besonderem Maße behandlungsbedürftig

zierung von Betätigungsfeldern, in denen der Klient Veränderungsbedarf hat. Dieser Ansatz dient der Entwicklung einer gemeinsamen Denkrichtung von Therapeutin und Klient: Worin soll die Therapie den Klienten unterstützen? Diese übergreifenden Betätigungsziele sollen gemeinsam entwickelt werden.

Erste Erfahrungen wurden inzwischen mit dem Einsatz des halbstrukturierten, standardisierten Interviews COPM (Dehnhardt et al. 2007, s. Kap. 2.1.3) gemacht. Es kann von Borderline-Patienten als zu konfrontierend erlebt werden, gerade weil alle Ebenen der Alltagsrealität angesprochen werden. Auch eine Festlegung auf bestimmte Prioritäten für die ergotherapeutische Behandlung kann als zu einschränkend empfunden werden. Möglicherweise lässt sich das Interview aber in Teilschritten innerhalb eines längeren Zeitabschnittes einsetzen. Wenn es gelingt, mit dem Patienten auf einer so realitätsnahen und konkreten Ebene zu arbeiten, die durch dieses Interview gefördert wird, kann dies als Indiz für die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung gesehen werden. Ebenso bieten sich die beiden Assessments des Praxismodells MOHO an: ACIS (Forsyth 1995, 2009 s. S. 52ff) ist ein Beobachtungsinstrument der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten, OSA (Baron et al. 2000, 2008 s. S. 52ff) ein Selbsteinschätzungsinstrument der Betätigungsdurchführung.

Sowohl die Interessencheckliste (Matsutsuyu 1967, Rogers et al. 1978) als auch die Rollencheckliste (Oakley et al. 1986) sind dem Praxismodell MOHO (Kielhofner 1995, 2008) zuzuordnen. Sie können im Rahmen der Kontaktaufnahme und Befunderhebung zur Strukturierung genutzt werden. Der Einsatz des *Occupational Questionnaire* (Fragebogen zur Betätigung) kann genauen Aufschluss über tägliche Gewohnheiten geben. Die Anwendung birgt ähnlich dem COPM aufdeckende und konfrontierende Aspekte, die eine Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung voraussetzen.

Ergotherapeutische Behandlungsmethoden

Eine Besonderheit der Ergotherapie stellt die neben der Therapeutin-Patient-Beziehung genutzte Objektbeziehungsebene durch Einsatz von Medien dar. Der Kontaktaufbau der Patienten mit unbelebtem Material dient als Vorstufe zur zwischenmenschlichen Beziehungsebene. Auch Medien geben Rückmeldun-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gen, lassen nicht alles mit sich machen und bedürfen einer Anpassungsleistung (z. B. Ton). Dies verdeutlicht die Relevanz ergotherapeutischer Arbeit mit Borderline-Patienten als Übungsfeld realistischer Betätigungsperformanz. Generell können Borderline-Patienten das, was sie im Inneren beschäftigt, eher durch Aktivitäten als durch Worte ausdrücken.

Grundsätzlich sollten Ergotherapeuten Vorgespräche mit ihren Klienten führen, um den qualitätssichernden Standards einer klientenzentrierten, individuell ausgerichteten Therapie entsprechen zu können.

Beachtung sollte die Auswahl der Sozialform bei der Behandlung von Borderline-Patienten finden. Ein *einzeltherapeutisches Setting* stellt hohe Anforderungen an die Therapeutin, da sie (neben den Medien) die einzige Projektionsfläche darstellt. Empfehlenswert ist eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation. Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und Supervision sollten als Rahmenbedingungen gegeben sein. Gleichzeitig ist ein Einzelkontakt für Borderline-Patienten am besten zu bewältigen, da er überschaubar bleibt. Die dritte Objektbeziehungsebene (Medieneinsatz) kann zu einer deutlichen Entlastung der Therapeutin-Patient-Beziehung beitragen, da Spannungen am Material legitim abgearbeitet werden können.

Einzeltherapie in der Gruppe kann eine Lösung darstellen, wenn der Patient genügend räumliche Rückzugsmöglichkeiten bekommt, um sich vor zu vielen Reizen schützen zu können. Hier bleibt aber die Frage offen, ob der Therapeutin genug Spielraum bleibt, sich für den Beziehungsaufbau und eine enge Begleitung einzusetzen.

Die Teilnahme von Borderline-Persönlichkeiten an *Gruppentherapien* wird von König und Kreische (in Kernberg et al. 2000) problematisiert. Aufgrund der defizitären Ich-Funktionen sollte im Vorfeld eine Einschätzung der Möglichkeiten des Borderline-Patienten im Umgang mit Affekttoleranz, Abgrenzungsfähigkeit, Frustrationstoleranz und Impulskontrolle vorgenommen werden. In psychoanalytischen Gruppentherapien empfehlen die Autoren ein aktives, unterstützendes und transparentes Therapeutenverhalten. Borderline-Patienten sollten durch permanente Rückmeldungen mit der Realität konfrontiert werden und eine Rückversicherung über ihr soziales Verhalten bekommen. Cole und Greene (1988) beschreiben in ihrer Vergleichsstudie, dass Borderline-Patienten ergotherapeutische Gruppenangebote, die strukturiert und aufgabenbezogen sind, den unstrukturierteren psychotherapeutischen Gruppenangeboten vorziehen.

Innerhalb gruppentherapeutischer Verfahren der Ergotherapie sollte auf eine Konstanz der Teilnehmer (geschlossene Gruppe) geachtet werden. Die Teilnahme von Borderline-Patienten empfiehlt sich im späteren Verlauf einer Langzeitbehandlung, angepasst an den Ausprägungsgrad der Störung.

Unter Bezugnahme auf die in Kapitel 2.4.1 (s. S. 140ff.) dargestellten ergotherapeutischen Methoden werden diese für den Einsatz bei Borderline-Patienten analysiert:

Das Angebot *kompetenzzentrierter Aktivitäten* bietet der Borderline-Persönlichkeit permanent Rückmeldungen über ihre eigene Handlungsausführung. Die Wahl des Mediums wird gemeinsam getroffen. Die Therapeutin kann ggf. eine Vorauswahl anbieten, um ein adäquates Maß von Größe, Schwierigkeits- oder Strukturierungsgrad zu halten. Durch die kompetenzzentrierte Methode werden vor allem Grundfertigkeiten instrumenteller und manueller Art vermittelt. Diese stärken dann wiederum die Ich-Funktionen. Hier liegt ein großes Nutzungspotenzial für Borderline-Patienten.

Als Beispiel für die diagnostische Verwendung von Abgleichtechniken wird vom Einsatz der Nikitin-Würfel (Testung visueller Wahrnehmung von Formen, Abstraktionsvermögen als Konzentrations- und Aufmerksamkeitstraining) berichtet.

Beispiel – Einzelvergleich: Eine Borderline-Patientin konnte im Rahmen einer Einzeltherapie während eines dissoziativen Zustandes mit Stimmenhören und unter Einwirkung von Neuroleptika bis zur Nutzung aller 16 Würfel im Bildbereich C alle Vorlagen fast mühelos nachlegen. Dies empfand sie als Gewinn von Selbstkontrolle. Die Würfel sind seitdem bei ihr sehr positiv besetzt. Sie äußerte den Wunsch nach Übungen aus dem Bereich des Hirnleistungstrainings. Im Vergleich dazu haben akut psychotische Patienten unter ähnlicher Medikation weit größere Probleme in der Wahrnehmung und bewältigen den gleichen Schwierigkeitsgrad nur mit Hilfe.

Unter Einbeziehung eines flexiblen Schwierigkeitsgrades des Mediums entfalten sich für Borderline-Patienten neue Handlungsspielräume. Alle Bereiche der Betätigungsperformanz, in denen Grundfertigkeiten geübt werden, können in ein ergebnisorientiertes, kontrollierbares Handeln münden. Die gezielte Auswahl und Anpassung der Tätigkeiten ergibt sich aus der Befunderhebung.

Zur Förderung der affektiv-emotionalen Grundfertigkeiten kann die *ausdruckszentrierte Methode* genutzt werden. Viele Borderline-Patienten haben ein Potenzial an Kreativität und Ausdruckskraft. Der gestalterische Umgang mit bildnerischen Mitteln er-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

möglicht der Borderline-Persönlichkeit einen Zugang zu ihren ganz eigenen inneren Bildern und dient dem Aufbau des Selbstbildes. Große Bedeutung hat hier die Vorsprachlichkeit des bildnerischen Ausdrucks.

Beispiel: Bei der prozessorientierten Arbeit an einem Speckstein („Mein Lebenslabyrinth") begann eine Borderline-Patientin erstmalig über traumatisierende, frühere Erlebnisse zu sprechen (Flotho-Wendisch 2000).

Auch wenn die Ergotherapie auf Deutungen der Bildinhalte verzichtet, können Assoziationen zu dem konkret Sichtbaren besprochen werden. Hier bestimmt der Patient durch seine Beschreibungen das Maß. Die Therapeutin bleibt stützend, trägt zur Konkretisierung bei, sucht den Bezug zur Lebensrealität und hebt tragende Elemente hervor. Die Nachbesprechung der bildhaften Gestaltungen wirkt sich ordnend und integrierend auf die Selbstwahrnehmung des Patienten aus und ist Bestandteil der Therapie.

Letztlich dient eine Erweiterung des Selbstbildes auch wieder einer Stärkung der Betätigungsdurchführung auf allen Ebenen. Eine Steigerung der Selbstsicherheit wird dazu beitragen, sich im Alltag auf allen Ebenen selbstverständlicher zu verhalten.

Die Auseinandersetzung mit unbewussten Bildinhalten kann von Ergotherapeuten mit gestaltungstherapeutischer Weiterbildung in die Therapie einbezogen werden. Für eine fundierte Behandlung von Borderline-Patienten kann dies notwendig werden. Die innerpsychische Integration bedrohlicher Affekte, wie z. B. Hassgefühle, Gewaltfantasien, Symbiosewünsche, Scham und Trauer stellt eine Herausforderung an die Therapie dar. In gestaltungstherapeutischen Einzelsitzungen kann hier ein möglicher Weg zur Bewältigung beschritten werden.

In *interaktionellen Partner- und Gruppenarbeiten* können sich Borderline-Patienten mit sozialen Verhaltenszielen auseinandersetzen, die jedoch einer intensiven Vorbereitung und Diagnostik bedürfen.

Beispiele für interaktionelle Verhaltensziele:

- Ruhe bewahren, sich nicht aus dem Konzept bringen lassen (Stresstoleranz erweitern)
- innere Aufmerksamkeit beibehalten, sich auf eine Sache konzentrieren
- zuhören lernen, einordnen, erst dann reagieren
- Wünsche äußern
- Abgrenzung üben.

Der Einsatz von Partnerarbeiten bietet den Patienten mehr Schutz. Sie fühlen sich weniger exponiert als in einer Gruppe. Nehmen Borderline-Patienten zu früh an einer Projektgruppe teil, geraten sie schnell in die Außenseiterposition. Sie können die Rahmenbedingungen nicht einhalten und verstärken ihr Abwehrverhalten.

Die Teilnahme erfordert eine tragfähige Therapeutin-Patient-Beziehung. Im stationären Setting wird diese meist durch die Bezugstherapeutin gewährleistet. Wichtig für den Patienten ist die fortdauernde Möglichkeit, seine neuen Erfahrungen zu besprechen und sich immer wieder den nötigen Rückhalt zu verschaffen. Diese Therapieform findet ebenfalls im späteren Verlauf einer Langzeittherapie ihre Berechtigung. In gewisser Weise wird der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zu dem oder den Teilnehmer/n geübt. Der Patient kann sein Arbeitsverhalten oder den Umgang mit anderen Patienten im Hinblick auf eine zukünftige Arbeitstätigkeit erproben. Die interaktionelle Methode fördert also die Sicherheit im Umgang mit anderen Menschen bis hin zu einer Aufrechterhaltung von Beziehungen in einem Arbeitskontext.

Fallbeispiel: Frau B.

Frau B. ist 23 Jahre alt und hat einen Realschulabschluss. Bislang hat sie keine Berufsausbildung. Ihre Diagnosen lauten Borderline-Persönlichkeitsstörung und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.

Frau B. wächst in einem Dorf auf. Die Beziehung zu ihrer Mutter beschreibt sie als angespannt und schwierig, da die Mutter schon immer viel Alkohol trinkt. Zu Hause herrscht eine Atmosphäre der Anspannung. Ihr Vater verlässt die Familie früh. Es gibt eine Großmutter mütterlicherseits, mit der sich Frau B. gut versteht. Zu ihr flüchtet sie sich nach Jahren des sexuellen Missbrauchs durch den neuen Partner der Mutter. Die Mutter leugnet jeglichen Übergriff durch den Partner, verstößt die Tochter und heiratet den Mann. Auch die Beziehung zur zwei Jahre älteren Schwester kann nicht aufrechterhalten werden. Frau B. entwickelt Selbstmordgedanken und erlebt dissoziative Zustände mit Stimmenhören. Die Stimmen befehlen ihr, sich umzubringen, und verbieten, sich Hilfe zu holen. Nach einem Suizidversuch mit Tabletten kann die Großmutter die Verantwortung für ihre Enkelin nicht mehr tragen. Frau B. kommt in ein Heim, in dem sie sich nicht wohlfühlt. Sie wechselt in ein anderes Wohnheim und bekommt eine Betreuerin. Durch den Konflikt zwischen Tochter und Enkelin hin- und hergerissen bricht auch die Großmutter den Kontakt zu Frau B. ab. Sie steht nun ganz allein da. Ihre schulischen Leistungen sind eher unterdurchschnittlich. Es kommt zu Problemen im Wohnheim und zu einer Dekompensation, sodass Frau B. in die Psychiatrie eingewiesen werden muss.

Innerhalb von drei Monaten wechseln sich Phasen der Stabilisierung ab mit dissoziativen Störungen, die über Tage anhalten. Frau B. befindet sich auf einer Akutstation und wird zeitweilig auf eigenen Wunsch medikamentös

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **4.5** Frau B. Therapieverlauf

Einheit	Aktivität	Umsetzung der Aktivität (Handlungsrealität)	Affektives Verhalten	Soziale Interaktion	Verhalten der Therapeutin
1.	Ausdruckszentriertes Malen eines Stimmungsbildes	Malt Todeswunsch und innere Leere **(Abb. 4.5)**	Starke Verunsicherung und Anspannung spürbar	Scheint permanent Strafe oder Kritik zu befürchten	Gibt wiederholt Rückversicherung, dass alles okay ist, stützend
15.	Kompetenzzentrierte Tonarbeit; Aufbautechnik, Erstellen einer kleinen Vase	Setzt Wulsttechnik um	Wechsel zwischen Verunsicherung und lustvoller Vertiefung	Sucht zunehmend Blickkontakt, macht Scherze, spricht Freude bei der Arbeit an	Bleibt weiterhin rückversichernd und stützend, lobt Geschick im Umgang mit Material, konfrontiert mit Verarbeitungsqualität
26.	Ausdruckszentriertes Malen mit zwei Farben: Wie viel Platz hat das Gute/das Schlechte im Moment? Kompetenzzentriert: Nikitin-Würfel: B+C-Bereich	Das Schlechte überwiegt zu 75%, das Gute ist aber wieder da **(Abb. 4.6)**; Umgang mit Würfeln geht gut, leichte Schwierigkeiten im Bereich C, die sie allein bewältigt	Gedämpfte Stimmung; Ängste, nie wieder gesund zu werden; Hoffnung auf Wohnheimperspektive; Kompetenzlust mit Würfeln spürbar	Äußert anfangs Desinteresse und Unlust, kokettiert mit Würfeln, möchte am liebsten selbst welche haben	Motiviert zum Malen eines Blitzlichtbildes auf einfachem Niveau, stößt Gespräch darüber an, lobt gute Wahrnehmung beim Würfel-Nachlegen, stützende Haltung

sehr hoch dosiert behandelt. Die Dissoziationen werden durch Spannungen auf der Station ausgelöst, einmal auch im Schlaf angestoßen. Um den Stimmen zu entkommen, verbrennt sie sich mit Zigaretten auf den Unterarmen und auf beiden Handrücken. Dies bringt ihr kurzzeitig Erleichterung.

Frau B. wird Ergotherapie in der Gruppe verordnet. Sie nimmt teil, kann sich aber kaum einlassen und hat starke Versagensängste. Während einer Krisenphase wird ihr angeboten, Einzelergotherapie mit gestaltungstherapeutischen Elementen auszuprobieren. Sie nimmt von nun an regelmäßig dreimal pro Woche jeweils 45 Minuten teil.

Das ergotherapeutische Setting gestaltet sich als Mischung aus kompetenz- und ausdruckszentrierter bzw. gestaltungstherapeutischer Methode. In Krisenzeiten darf Frau B. die Station nicht verlassen, sodass die Einzeltermine dort stattfinden. Die Ergotherapeutin hält den Kontakt auf diese Weise kontinuierlich aufrecht.

Die fortwährende Dokumentation ermöglicht eine Zielüberprüfung und -anpassung sowie Strukturierung der Ergotherapie. Im Verlauf der Behandlung werden als *Betätigungsziele* das Finden eines neuen Wohnheims sowie die eigenverantwortliche Übernahme von Diensten ermittelt. Auf der Performanzebene, der Ebene der Grundfertigkeiten leiten sich daraus für die Ergotherapie folgende Performanzziele ab: Stärkung der Selbstkontrolle, Integration und Umgang mit Spannungszuständen, Aufbau eines realistischen Selbstbildes, Erkennen eigener Bedürfnisse. Für die konkreten ergotherapeutischen Einheiten ergeben sich folgende überprüfbare Performanzziele: Ausdruck innerer Spannungen im Malen mit anschließender Beschreibung des Bildes (besonders in Krisenzeiten), Benennen innerer Spannungen und gegensätzlicher Gefühle, Erlernen manueller Fertigkeiten, z. B. durch Kochen kleiner Gerichte, Erlernen einer handwerklichen Technik etc., Selbstüberprüfung ergebnisorientierter Arbeiten durch Selbsteinschätzung. Die haltende Funktion der Einzeltherapie sollte auch weiterhin aufrechterhalten bleiben unter Hinzunahme erweiternder Angebote wie Einzeltherapie in der Gruppe. Zusätzlich kann in der zu erwartenden Stabilisierungsphase das COPM durchgeführt werden, um konkrete Veränderungswünsche im alltäglichen Umfeld in die Therapie einzubeziehen **(Tab. 4.5, 4.6)**.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **4.6** Frau B. 15. Behandlungseinheit

Befundungskriterien	Bitte ankreuzen				Bemerkungen
	1	2	3	4	
Affektiv-emotional:					
Realistische Selbsteinschätzung	○	○	○	●	Selbstbild wirkt unsicher, kann ihren Erfolg mit der Technik dennoch sehen
Frustrationstoleranz	○	○	●	○	Klagt über wenig Geduld, braucht Unterstützung und Bestätigung
Affektivität	○	○	●	○	Schwankungen zwischen ungeduldiger Unruhe und Freude am Objekt
Soziale Interaktion:					
Kontaktaufnahme	○	○	●	○	Deutlich zugewandter, jedoch weiterhin misstrauisch
Umgang mit Nähe und Distanz	○	○	●	○	Bleibt emotional in Distanz, dies wirkt adäquat
Einhalten von Absprachen	○	●	○	○	Vergisst selten Termin, hält Zeiten ein
1 nicht beobachtbar, 2 wirkt adäquat, 3 wirkt behandlungsbedürftig, 4 wirkt in besonderem Maße behandlungsbedürftig					

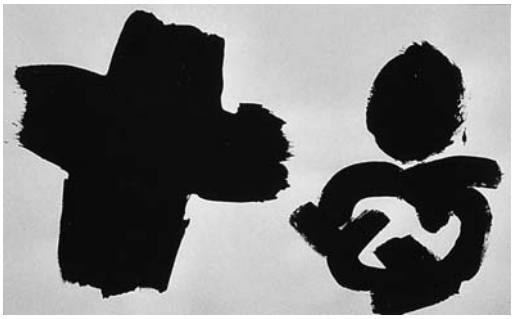

Abb. 4.5 Bei dissoziativen Zuständen malt Frau B. während der Behandlung wiederholt ihren Todeswunsch (schwarzes Kreuz) und ihr Gedankenkreisen um die innere Leere (Farbtafel IV).

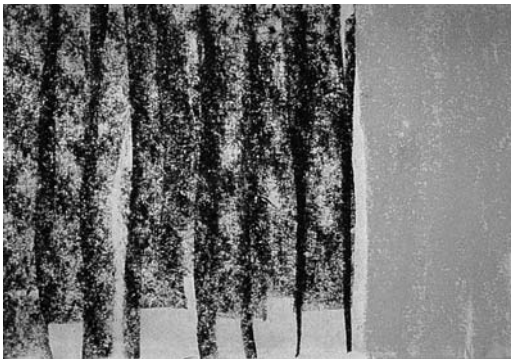

Abb. 4.6 Wie viel „gut", wie viel „schlecht" ist für Frau B. spürbar? Das „Gut" ist wieder da (Farbtafel IV).

4.3 Neurosen

Birgit Hirsekorn

4.3.1 Angststörung (Angstneurose)

Einleitung

In den älteren Klassifikationssystemen für psychische Erkrankungen (z. B. ICD-9) wurden Angsterkrankungen unter der Bezeichnung Angstneurose geführt. Seit der Einführung des ICD-10 und DSM-IV werden Angsterkrankungen mit unterschiedlicher Genese unter der Überschrift Angststörungen differenziert.

Angst ist in seiner Bedeutung ein Primäraffekt, der das Individuum schützen soll, einen Umgang mit Gefahr und Bedrohung ermöglicht und auf der Verhaltensebene Handlungsimpulse wie Kämpfen, Flucht oder Rückzug impliziert. Auch das Gegenteil, Erstarren, ist möglich. Die Aufmerksamkeit ist gesteigert, physiologisch ist der gesamte Organismus auf eine schnelle Reaktion eingestellt. Die Wahrnehmung ist wachsam auf die Gefahr gerichtet. „Angst ist immer körperliches und seelisches Phänomen zugleich" (Tölle u. Windgassen 2005, S. 91).

In der Entwicklung der Persönlichkeit kommt der Angst intrapsychisch (in der Person) wie auch interpsychisch (zwischenmenschlich) eine wichtige regulierende Funktion zu, was Kapfhammer als „biosoziales Signal" bezeichnet, „das entscheidend zu einer

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **4.6** Frau B. 15. Behandlungseinheit

Befundungskriterien	Bitte ankreuzen				Bemerkungen
	1	2	3	4	
Affektiv-emotional:					
Realistische Selbsteinschätzung	○	○	○	●	Selbstbild wirkt unsicher, kann ihren Erfolg mit der Technik dennoch sehen
Frustrationstoleranz	○	○	●	○	Klagt über wenig Geduld, braucht Unterstützung und Bestätigung
Affektivität	○	○	●	○	Schwankungen zwischen ungeduldiger Unruhe und Freude am Objekt
Soziale Interaktion:					
Kontaktaufnahme	○	○	●	○	Deutlich zugewandter, jedoch weiterhin misstrauisch
Umgang mit Nähe und Distanz	○	○	●	○	Bleibt emotional in Distanz, dies wirkt adäquat
Einhalten von Absprachen	○	●	○	○	Vergisst selten Termin, hält Zeiten ein
1 nicht beobachtbar, 2 wirkt adäquat, 3 wirkt behandlungsbedürftig, 4 wirkt in besonderem Maße behandlungsbedürftig					

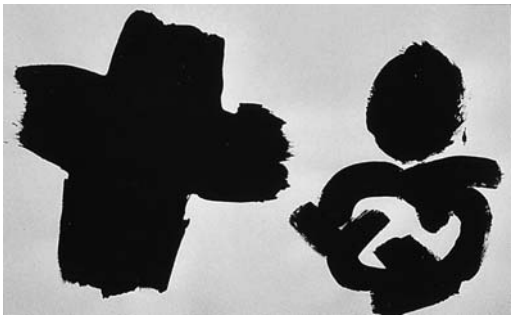

Abb. 4.5 Bei dissoziativen Zuständen malt Frau B. während der Behandlung wiederholt ihren Todeswunsch (schwarzes Kreuz) und ihr Gedankenkreisen um die innere Leere (Farbtafel IV).

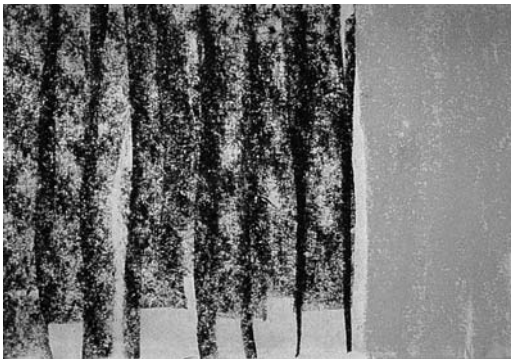

Abb. 4.6 Wie viel „gut", wie viel „schlecht" ist für Frau B. spürbar? Das „Gut" ist wieder da (Farbtafel IV).

4.3 Neurosen

Birgit Hirsekorn

4.3.1 Angststörung (Angstneurose)

Einleitung

In den älteren Klassifikationssystemen für psychische Erkrankungen (z. B. ICD-9) wurden Angsterkrankungen unter der Bezeichnung Angstneurose geführt. Seit der Einführung des ICD-10 und DSM-IV werden Angsterkrankungen mit unterschiedlicher Genese unter der Überschrift Angststörungen differenziert.

Angst ist in seiner Bedeutung ein Primäraffekt, der das Individuum schützen soll, einen Umgang mit Gefahr und Bedrohung ermöglicht und auf der Verhaltensebene Handlungsimpulse wie Kämpfen, Flucht oder Rückzug impliziert. Auch das Gegenteil, Erstarren, ist möglich. Die Aufmerksamkeit ist gesteigert, physiologisch ist der gesamte Organismus auf eine schnelle Reaktion eingestellt. Die Wahrnehmung ist wachsam auf die Gefahr gerichtet. „Angst ist immer körperliches und seelisches Phänomen zugleich" (Tölle u. Windgassen 2005, S. 91).

In der Entwicklung der Persönlichkeit kommt der Angst intrapsychisch (in der Person) wie auch interpsychisch (zwischenmenschlich) eine wichtige regulierende Funktion zu, was Kapfhammer als „biosoziales Signal" bezeichnet, „das entscheidend zu einer

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

sicheren zwischenmenschlichen Bindung und risikobewussten Auseinandersetzung mit der Umwelt beiträgt“ (Kapfhammer 2005, S. 1235).

In der Literatur wird zwischen *Angst* (von innen kommend) und *Furcht* (von außen) unterschieden, eine Differenzierung, die in anderen Sprachen gebräuchlicher ist und in der Psychoanalyse von Freud (1920) benannt wurde. *Panik* bezeichnet eine plötzliche, übersteigerte Angst.

Angststörungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung. Durch alle Kulturen und sozialen Schichten werden vergleichbar hohe Prävalenzzahlen gemessen. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. „Die Lebenszeitprävalenz liegt insgesamt bei 15–20%“ (Kapfhammer 2005, S. 1237).

Angst kann als Symptom bei allen psychischen und somatischen Erkrankungen vorkommen und muss deshalb diagnostisch sorgfältig unterschieden und abgegrenzt werden.

Klassifikation nach ICD-10

F40: Phobische Störung
F40.0: Agoraphobie
F40.00: Ohne Panikstörung
F40.01: Mit Panikstörung
F40.1: Soziale Phobien
F40.2: Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8: Sonstige phobische Störungen
F40.9: Nicht näher bezeichnete phobische Störungen
F41: Sonstige Angststörungen
F41.0: Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.00: Mittelgradig
F41.01: Schwer
F41.1: Generalisierte Angst
F41.2: Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3: Andere gemischte Angststörungen
F41.8: Sonstige näher bezeichnete Angststörungen
F41.9: Nicht näher bezeichnete Angststörungen.

Phobische Störung

Als phobische Störung wird eine Gruppe von Angsterkrankungen bezeichnet, die dadurch charakterisiert ist, dass die Angst durch eigentlich ungefährliche Situationen oder Objekte, die außerhalb der Person liegen, ausgelöst werden kann.

Die Symptome beschränken sich auf die gefürchteten Situationen und Objekte oder Gedanken an sie. Auf der Verhaltensebene werden die Situationen oder Objekte vermieden oder nur mit Furcht ertragen. Erwartungsangst ist kennzeichnend sowie erhöhte vegetative Symptome (z. B. Herzklopfen, Schweißausbruch). Daneben werden Symptome benannt, die Thorax und Abdomen betreffen (z. B. Atembeschwerden, Unruhegefühl im Magen) und für die Patienten bedeutsame Gefühle (wie Schwindel, Angst vor Kontrollverlust, Verrücktwerden, Todesangst), die als psychische Symptome beschrieben werden. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depressionen auf, wobei die Depressionen als Folge der durch die Angststörung eingeschränkten Lebensqualität und entstandenen Hoffnungslosigkeit anzusehen sind.

Agoraphobie

Agoraphobie bezeichnet die Angst vor dem Alleinsein auf öffentlichen Plätzen, aber auch beispielsweise Befürchtungen beim Verlassen des Hauses, Betreten von Geschäften, Ängste in großen Menschenansammlungen und auf allein durchgeführten Reisen.

Soziale Phobie

Soziale Phobie beinhaltet die Furcht davor, durch andere Menschen prüfend betrachtet zu werden oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.

Soziale Situationen werden möglichst vermieden, Erwartungsangst ist typisch.

Spezifische Phobien

Unter spezifischen Phobien werden Ängste vor konkreten Objekten (z. B. Tieren, Donner) und eng umschriebenen Situationen (z. B. Benutzung von Flugzeugen, Besuch beim Zahnarzt, geschlossene Räume) verstanden.

Auch hierbei muss die Angst als klinisch relevant beschrieben werden und das Vermeidungsverhalten deutlich ausgeprägt sein.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sonstige Angststörungen

Unter anderen Angststörungen versteht man in der ICD-10 „Manifestationen der Angst, die als Hauptsymptom anzusehen sind, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst, können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt“ (Dilling u. Freyberger 2005, S. 151).

Panikstörungen

Panikstörungen sind nicht vorhersehbare, wiederkehrende schwere Angstattacken ohne Bezug auf spezifische Situationen oder Objekte.

Es ist eine zeitlich begrenzte Episode von wenigstens einigen Minuten, mit abruptem Beginn und schnellem Höhepunkt. Symptome treten wie bei der phobischen Störung auf den Ebenen Vegetativum, Thorax und Abdomen sowie Psyche auf. Neben den Gefühlen von Todesangst und Kontrollverlust können auch Derealisation und Depersonalisation vorkommen. Zentral ist die Bewertung der körperlichen Symptome als Gefahrensignale (für z. B. „Herzinfarkt“, „die Kontrolle zu verlieren“, „verrückt zu werden“).

Generalisierte Angststörung

Die generalisierte Angststörung hat als Hauptsymptom eine generalisierte und anhaltende Angst. Ohne konkretisierbaren Bezug kann sie als „frei flottierend“ bezeichnet werden.

Symptomatisch sind ständige Nervosität, Anspannung, Zittern, Schwitzen, Schwindel, Oberbauchbeschwerden, Herzklopfen und ständiges Grübeln sowie Befürchtungen vor Unheil/Krankheit und übermäßigen Sorgen, die alle Bereiche des Lebens betreffen.

Psychologische und medizinische Modelle

Die Ursachen und Entstehungsbedingungen sind multifaktoriell. Eine genetische Disposition wird als wahrscheinlich angenommen. Familiäre Häufungen sind bekannt, aber umfangreichere Untersuchungen (Adoptionsstudien, Zwillingsstudien, Familienstudien, Kopplungsuntersuchungen, Assoziationsuntersuchungen) weisen auch deutlich auf andere Entstehungsfaktoren hin (Bandelow 2001). Einzeltraumatisierungen, wie z. B. Trennungserfahrungen oder Missbrauch, wurden gehäuft von Betroffenen benannt (life events).

Neurobiologische Modelle

Neurobiologische Modelle weisen auf die Beteiligung neuronaler Strukturen und neurochemischer Prozesse mit ihren Veränderungen (Dysfunktionalität) hin. Vermutet werden beispielsweise eine Serotonindysfunktion und eine Störung des noradrenergen Systems (Kapfhammer).

Entwicklungstheoretische Modelle

Entwicklungstheoretische Modelle zeigen auf, dass Ängste in der normalen Entwicklung in den einzelnen Phasen ihre spezifische Bedeutung haben, dann aber durch erworbene Fähigkeiten abgelöst werden und ihre Bedeutung verlieren (z. B. Fremdenangst, Trennungsangst). Trotzdem kann es in jeder Phase zu einer Manifestation kommen, weil andere Bedingungen wirksam sind, wie die oben genannten genetischen Faktoren (ängstliche Persönlichkeit) oder zwischenmenschliche Faktoren (Trennung, Verlust, nicht förderliche Erziehungsstile).

Lerntheoretische Modelle

Lerntheoretische Modelle gehen davon aus, dass Angst konditionierbar ist. Beim klassischen Konditionieren muss ein neutraler Reiz (Glocke) häufig mit einem Stimulus (Futter) gekoppelt werden, der eine reflexartige physiologische Reaktion (Speichelfluss) hervorruft. Später ist dann der neutrale Reiz (Glocke) allein in der Lage, die physiologische Reaktion (Speichelfluss) hervorzurufen (Pawlow führte die entsprechenden Versuche um 1904 durch; Zimbardo u. Ruch 1978).

So kann z. B. ein neutraler Reiz (Dunkelheit) mit einem unkonditionierten Stimulus (körperlicher Schmerz) und einer unkonditionierten physiologischen Reaktion (Schmerz und Angst in Form von Herzklopfen, Schweißausbruch usw.) zusammentreffen und bei Wiederholung konditionieren. Der Lerneffekt besteht darin, dass der Organismus eine Verbindung zwischen zwei Reizen hergestellt hat und der erste Reiz ein zuverlässiges Signal für den zweiten geworden ist. Der konditionierte Stimulus wird wiedererkannt, die physiologische Reaktion (körperliche Signale der Angst) läuft automatisch und das Individuum kann sein Verhalten (z. B. Rückzug oder Angriff) danach ausrichten. Konditionierte

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Stimuli dienen also auch dazu, den Organismus zu schützen, ihn an seine Umwelt zu adaptieren.

Daneben können sich konditionierte Reize generalisieren. Wie im obigen Beispiel kann sich die Dunkelheit auf Dämmerung und dunkle Atmosphären ausweiten, ein Glockenton auf alle Töne. Damit können diese Reize dem ursprünglichen Sinn entrücken, den Zusammenhang nicht mehr erkennen lassen.

Wird durch das Vermeidungsverhalten Angst erfolgreich reduziert (negativer Verstärker), spricht man in diesem Fall von operanter Konditionierung. Bei der operanten Konditionierung können negative oder positive Verstärker wirksam werden, die sich konkret auf das Verhalten auswirken. Belohnung und Bestrafung müssen in direktem Bezug zu dem Verhalten erfolgen. Verhaltenstherapeuten gehen davon aus, dass sich menschliches Verhalten auf der Grundlage des operanten Konditionierens entwickelt und variieren lässt.

Kognitiv-behavioristische Modelle

Kognitiv-behavioristische Modelle gehen davon aus, „dass kognitive und Gedächtnis-Prozesse auf dem Boden einer biologischen und psychologischen Vulnerabilität zu einer Fehlinterpretation externer und interner Stimuli führen“ (Bandelow 2001, S. 63).

Wahrnehmen, Denken und Vorstellen als kognitive Dimensionen stehen in der therapeutischen Bearbeitung im Mittelpunkt. Die subjektive Bewertung, eine Situation ohne realistische Bedingungen als bedrohlich einzuschätzen, wird dysfunktionale Kognition genannt. Diese Kognitionen (automatische Gedanken), die den Betroffenen oft nicht bewusst sind, aber das ängstliche Erleben und Verhalten bestimmen, sollen erkannt werden und in Verbindung mit neuen Erfahrungen (Verhalten) verändert, umbewertet und somit auch realistischer werden.

Psychoanalytisches Modell

Das psychoanalytische Modell ist ursprünglich auf S. Freud (1856–1939) zurückzuführen. Er sah die Ursache für Angstneurosen in verdrängten sexuellen oder aggressiven Impulsen, einem intrapsychischen Konflikt zwischen Es, Ich und Über-Ich. Daneben betrachtete er frühkindliche Traumatisierungen und falsche Erziehungsstile als bedeutsam für die Entwicklung späterer neurotischer Ängste.

Psychodynamisch-psychoanalytische Modelle

Psychodynamisch-psychoanalytische Modelle sind eine Weiterentwicklung der Theorie des Unbewussten nach Freud. Sie basieren ebenfalls auf der Grundannahme, dass unser Fühlen und Handeln von unbewussten inneren Motiven gesteuert wird und es bewusste und unbewusste Konflikte gibt. Den Umgang mit unangenehmen Gefühlen oder inneren Spannungszuständen als Folge ungelöster Konflikte „regelt“ das Ich über bestimmte Abwehrmechanismen, die eine Symptombildung (z. B. in Form von Angst) zur Folge haben können. Dabei gelten frühere Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen als erlernte Muster, die durch einen subjektiven Bedeutungsinhalt dem individuellen Erleben eine eigene Wertigkeit geben.

„Eine Wiederbelebung der konflikthaften Beziehungen und Bedürfniserfahrungen löst Angst aus und verursacht damit komplexe Abwehrmaßnahmen, die bei Misslingen zu neurotischen Störungen führen. Klinisch bedeutsam sind vier Grundformen der Angst:

- Trennungsangst, d. h. die Angst vor Verlust der versorgenden Bezugsperson
- Angst vor Liebesverlust, d. h. die Angst vor Verlust der Liebe und Zuneigung
- Angst vor Strafe und
- Angst vor Verletzung, d. h. die Angst vor Zerstörung oder Verlust der körperlichen Integrität“ (Schüssler in Möller et al. 2005, S. 201).

Diese innerseelischen Ängste können sich dann zu Angststörungen entwickeln. Sie sind von der Realangst auf konkretisierbare Gefahren abzugrenzen.

Diathese-Stress-Modell

Das Diathese-Stress-Modell findet auch hier Anwendung. „Eine möglicherweise genetisch bestimmte Disposition, die sich in bestimmten neurobiologischen Veränderungen auswirkt, kann das Individuum für Traumatisierungen in der Kindheit oder im Erwachsenenalter vulnerabel machen (wobei die biologischen und Umweltanteile individuell unterschiedlich ausgeprägt sein können)“ (Bandelow 2001, S. 303).

Verlauf und Therapie

Angststörungen neigen häufig zu einem chronischen Verlauf. Deshalb ist eine störungsspezifische Behandlung angezeigt.

Die Behandlung von Patienten mit Angststörungen kann je nach Schweregrad ambulant oder stationär erfolgen. Es gibt bereits spezielle Einrichtungen, z. B. Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit störungsspezifischen Konzepten, Angstambulanzen und verhaltenstherapeutischen Einrichtungen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die Kombination der Psycho- und Pharmakotherapie hat Vorteile gegenüber Monotherapien (Bandelow 2001). Für den Behandlungsverlauf sind Komorbiditäten mit anderen psychischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen als ungünstig anzusehen.

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie setzt am Vermeidungsverhalten an. Sie geht das Symptom Angst direkt an, unter Anwendung verschiedener verhaltenstherapeutischer Techniken (systematische Desensibilisierung, In-vivo-Expositionstherapie, kognitive Methoden). Die Betroffenen sollen lernen, sich den angstbesetzten Situationen auszusetzen (Reizkonfrontation), sie so lange auszuhalten, bis die Angst abgeklungen ist. Die Erfahrung, dass die Befürchtungen und negativen Konsequenzen nicht eingetreten sind, ermöglicht eine Gewöhnung an den Reiz (Habituation) oder ein Erlernen von Bewältigungsstrategien, die einen Umgang mit der Angst ermöglichen (Angst-Management-Training). Verhaltenstherapie wird aufgrund zahlreicher klinischer Studien als wirksam eingestuft (Bandelow 2001).

Kognitiv-behaviorale Therapie

Kognitiv behaviorale Therapie beschränkt sich in ihrer Anwendung nicht nur auf das Aufspüren kognitiver Defizite, sogenannter automatischer, dysfunktionaler Gedanken, sondern sie begegnet in strukturierter Vorgehensweise dem gesamten Denken und Erleben der Angsterkrankung. Lerntheoretische Methoden werden mit Psychoedukation (Erklärungsmodelle der Angst, Ursachen, physiologische Phänomene der Angst) verknüpft, Fehleinschätzungen und Fantasien werden systematisch überprüft und dann auf der konkreten Verhaltensebene erprobt.

Psychodynamische Therapie

Kapfhammer (in Möller et al. 2005) beschreibt in dem Kapitel zu Angststörungen, dass psychodynamische Therapien bei den verschiedenen Subtypen der Angststörungen unterschiedliche Konfliktthemen in den Mittelpunkt stellen, die hier nur aufgelistet und nicht zugeordnet werden:

- Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt
- intrapsychischer Konflikt, der sich auf die Angst vor dem Alleinsein und dem Verlassenwerden bezieht, einschließlich der daraus resultierenden Gefühle von Angst, Beschämung, Schuld und Ärger
- fragile Selbstorganisation bei übermächtigen, dominanten Objektrepräsentationen (z. B. übermäßig kontrollierender Vater), mit manchmal magisch-omnipotentem oder verfolgend-vernichtendem Charakter in der inneren Erlebniswelt
- Angst vor der Abwesenheit der schützenden Bezugsperson oder deren Verlust
- traumatisierende Kindheitsbelastungen
- verunsichernde Beziehungserfahrungen
- unbewusste Aggressionsaffekte
- internalisierte Elternbilder mit beschämenden, kritisierenden, lächerlich machenden, demütigenden und im Stich lassenden Eigenschaften.

Die psychodynamische Therapie basiert auf der Vorstellung, dass diese Konflikte unbewusst sind und die Aufdeckung dieser Prozesse zu einer Remission der Symptome führt.

Strukturelle Kriterien der Persönlichkeitsreife (z. B. Ich-Stärken, Fähigkeit zur Abgrenzung) werden nicht nur in Bezug auf die persönlichen Affekterfahrungen mit Angst berücksichtigt, sondern auch in Verbindung mit anderen konflikthaften Affekterfahrungen, z. B. aggressiver Selbstbehauptung, Scham, Demütigung, sexueller Erregung betrachtet. Je mehr Angstbewältigung gelingt, desto günstiger ist die Ich-Stärke eines Menschen einzustufen.

Integrative Therapien

Integrative Therapien verbinden lerntheoretische, persönlichkeitstheoretische und psychodynamische Erkenntnisse. Sie nutzen die positive Wirkweise der Pharmakotherapie.

Da sie einem ganzheitlichen Menschenbild folgen, stehen sie ergotherapeutischen Grundannahmen sehr nahe, die mit ihrem ganzheitlichen Denken immer bestrebt sind, physiologische, psychologische, kognitive und soziale Aspekte zu berücksichtigen.

Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren wie autogenes Training und progressive Muskelentspannung nach Jacobson haben sich in Kombinationsbehandlung mit den obigen Methoden als unterstützend erwiesen.

Psychopharmakotherapie

Psychopharmakotherapie wird kontrovers diskutiert. Verhaltenstherapeuten benennen die Wichtigkeit des intensiv erlebten Affektes für die Qualität der Habituation. Eine medikamentöse Behandlung hätte hier eine abschwächende Wirkung. Andererseits können sie in Krisensituationen eine wichtige Hilfestellung für den Zugang zur Psychotherapie sein und im Hinblick auf die neurobiologischen Erkenntnisse eine sinnvolle Unterstützung bieten.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Psychosoziale Faktoren

Bei einem chronischen Verlauf der Angststörungen (ausgenommen die spezifischen, isolierten Phobien) ist von der Entwicklung bedeutsamer Behinderungen im psychosozialen Verhalten auszugehen.

Die Angst erlaubt den Patienten nicht mehr, allein die häusliche Umgebung zu verlassen. Der Verlust von Arbeit oder zwischenmenschlichen Beziehungen ist die Folge. Letztere zeigen sich auch durch das anklammernde Verhalten überlastet. Mitmenschen wenden sich ab, weil die Gründe für das Verhalten und Erleben der Angst nicht nachvollziehbar, nicht objektivierbar sind. Bei Vereinsamung kann es auch zu großen Problemen bei der Beschaffung von Lebensmitteln und Dingen des alltäglichen Bedarfs kommen.

Ergotherapeutische Behandlung

Laut Kapfhammer (2005, S. 1238) „ist die soziale Phobie möglicherweise die häufigste Angststörung überhaupt". Ergotherapie kann mit seinen vielfältigen Behandlungsmethoden gerade bei dieser Klientel ein zielgerichtetes Angebot machen. So kann der Patient in gruppentherapeutischen Settings geschützt neue Erfahrungen machen, die dem früheren kindlichen Erziehungsmuster, das geprägt war von geringer emotionaler Verfügbarkeit, verstärkter interpersonaler Zurückweisung und strengen Bewertungsstandards, entgegenstehen.

Bei entsprechenden Voraussetzungen im Behandlungssetting und therapeutischer Kompetenz können Ergotherapeuten Möglichkeiten für die In-vivo-Exposition anbieten, z. B. bei spezifischen Phobien, die objektbezogen sind (wie unter Behandlungsmethoden beschrieben).

Für die Patienten mit generalisierter Angststörung und Panikstörung kommen alle Behandlungsmethoden mit Entwicklungsmöglichkeiten der Handlungsperformance, der emotionalen und sozialen Kompetenzen sowie der Selbstwahrnehmung infrage.

Ergotherapeutische Haltung

Am Anfang steht der Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Patienten mit Angststörungen häufig negative Beziehungserfahrungen gemacht haben, die von Abwertung oder Abhängigkeit gekennzeichnet waren. Das Selbstbild der Patienten ist oft durch negative Vorstellungen geprägt, der Selbstwert gering. Ergotherapeuten begegnen den Angstpatienten empathisch, wertschätzend, ohne dabei belohnend auf das ängstliche Verhalten zu reagieren (d. h. Trost geben), um es nicht weiter zu manifestieren, positiv zu verstärken. Positive Verstärker werden in Form von Lob für selbstwirksames und kompetentes Verhalten eingesetzt bzw. mit dem Patienten erarbeitet, wie er sich selbst belohnen kann, damit langfristig keine Abhängigkeit von der Therapeutin entsteht.

Ziele in der ergotherapeutischen Behandlung:

- Stärkung der defizitären Ich-Strukturen über erlebte Kompetenz auf der Handlungsebene/Erweiterung der Handlungsperformance und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung
- Verbesserung der Ich-Stärken (z. B. Abgrenzungsfähigkeit, Ausdruck von z. B. Aggression, Umgang mit Kritik)
- Erweiterung der Ausdrucksformen emotionaler Erlebnisinhalte (auch in Bezug auf angstbesetzte Themen oder Bilder)
- Umgang mit Verantwortung und Risiken erlernen
- eigene Leistungsfähigkeit angemessen beurteilen und wertschätzen lernen
- Erweiterung der zwischenmenschlichen Kompetenzen in Bezug auf Kommunikation und Interaktion und Korrektur von übertriebenen negativen Selbsteinschätzungen
- Reintegration in ein soziales Netzwerk
- berufliche Integration
- Umgang mit Autoritäten verbessern in Bezug auf angstgeleitetes Vermeidungsverhalten
- Erweiterung der Rollenperformance.

Ergotherapeutische Befunderhebung

In diesem Kapitel wird die ergotherapeutische Befunderhebung für Angststörungen anhand eines Fallbeispiels mit der Diagnose einer generalisierten sozialen Phobie bei ängstlich vermeidender Primärpersönlichkeit dargestellt.

Als Vorinformation zu Beginn der ergotherapeutischen Behandlung standen aus der Patientenakte die Anamnese im Hinblick auf das Krankheitsgeschehen, soziale und beruflich relevante Informationen zur Verfügung.

In der ergotherapeutischen Befunderhebung ergaben sich daraus verschiedene Fragestellungen, die unter Verwendung der Interviews und Checklisten, die im Rahmen des *Modell of Human Occupation* nach G. Kielhofner zur Verfügung stehen, in spezifische Aspekte differenziert werden konnten. Auf der Handlungsebene kann die gewünschte Veränderung als Ziel formuliert werden und damit für den Patienten erfassbar und überprüfbar sein (Feinzielebene).

- Welche Fähigkeiten in der *Interaktion und Kommunikation* möchte der Patient verbessern, um das

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kontaktverhalten im Beruf und in der Freizeit zu erleichtern, angstbesetztes Verhalten abzubauen, um die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu ermöglichen (unterstützendes Assessment: ACIS, Forsyth et al. 1995, 2009)?

- Welche *Interessen* und Fähigkeiten haben das Beschäftigungsverhalten früher geprägt, bevor die Symptome der Angst den Tagesablauf bestimmt haben? Welche möchten wieder aufgegriffen werden? Welche sollen neu hinzugenommen werden? Stehen einzelne Rollen im Konflikt zueinander (unterstützendes Assessment: Interessencheckliste, Matsutsuyu 1967)?
- Welche *Rollen* füllt der Patient bereits aus, um welche möchte er sein Repertoire erweitern (unterstützendes Assessment: Role Checklist, Oakley et al. 1986)?
- Welche *Einflussfaktoren* haben konkret zur Belastung *am Arbeitsplatz* beigetragen (unterstützendes Assessment: WEIS, Moore-Corner und Kielhofner 1997, 2009)?
- Welche *dysfunktionalen Gedanken* unterhalten das strenge Leistungsniveau?
- Welche Copingstrategien wurden bisher angewandt?
- Gibt es Behandlungsbedarf im Hinblick auf *ADL-Fähigkeiten*?

Ergotherapeutische Behandlungsmethoden

Bei Angststörungen ist nur in Ausnahmefallen das *einzeltherapeutische Setting* zu wählen, zum Beispiel wenn es um ein gezieltes Expositionstraining bei spezifischen Phobien geht. Der Patient kann mit der ausdruckszentrierten Methode aufgefordert werden, das gefürchtete Objekt selbst zu gestalten, bildlich oder plastisch. Material, Größe und Form können dabei eine gestaffelte Konfrontation ermöglichen und das Angst-Management-Training gezielt zur Anwendung kommen. Auch extreme Ausprägungen der generalisierten sozialen Phobie können zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zunächst mit der Sozialform Einzelbehandlung, kompetenzzentrierte Methode, begonnen werden und dann alsbald in ein gruppentherapeutisches Setting übergeleitet werden.

Dem *gruppentherapeutischen Setting* ist ansonsten der Vorrang zu geben, da sich viele Angststörungen in zwischenmenschlichen Bereichen ursächlich mitbegründen lassen und sich dort häufig die größten dysfunktionalen angstdominierten Verhaltensweisen zeigen.

Mit der *kompetenzzentrierten Methode* (Einzelwerken in der Gruppe) kann der Patient sich mit der Bewertung der eigenen Arbeit und seinen verinnerlichten hohen Leistungsansprüchen auseinandersetzen. Versagensängste, Angst vor schlechter Beurteilung, insbesondere auch durch die Therapeutin (Autoritäten) sind häufige Themen der Reflexion.

Eine Steigerung bietet die Teilnahme an einer Projektarbeit mit *interaktioneller Methode*, bei der sich die Patienten mit ihren Befürchtungen, für schwach oder dumm gehalten zu werden, und Erwartungen, negative Kommentare durch andere zu bekommen, sowie mit ihrer Schamanfälligkeit (Erröten, Zittern von Sprache und Händen) in einem geschützten Übungsfeld befinden.

Ein wichtiger Schwerpunkt ist auch hier, Feedback zu geben, das angemessen emotional und realistisch sein sollte, den Patienten eine Rückmeldung vermittelt, wie sie wahrgenommen, verstanden und erlebt werden. Das Sprechen vor anderen fällt Patienten mit sozialer Phobie besonders schwer, sodass möglicherweise eine entsprechende Aufgabenstellung diese Fähigkeit trainieren könnte. Das Wissen um die leichte Kränkbarkeit und Angst vor Demütigung sollte im therapeutischen Handeln Berücksichtigung finden.

Wird die *ausdruckszentrierte Methode* zur Behandlung gewählt, verweist uns die Psychotherapie bei dieser Klientel auf die Wichtigkeit der emotionalen Themen wie z. B. Scham und Schuld, Demütigung, Aggression, Abwertung, Abgrenzung, Selbstbild-Fremdbild. Diese Methode sollte zur Erweiterung und Entwicklung der Ausdrucksformen emotionaler Erlebnisinhalte angewandt werden, kann aber auch in der bildlichen Gestaltung von lösungsorientiertem Verhalten gezielt eingesetzt werden (Entwicklung funktionaler Kognitionen, konstruktiver und realitätsbezogener Antizipationsfähigkeit). Dabei malen sich die Patienten in einer angstbesetzten Situation entsprechend den eigenen Befürchtungen und gestalten symbolisch Lösungsmöglichkeiten im eigenen Bild.

Im Beziehungsmuster haben die Patienten gehäuft Überbehütung oder unangemessene Distanzierung erfahren, was sich in der therapeutischen Beziehung oder mit Mitpatienten wiederholen kann.

Fallbeispiel: Frau P.

Die 31-jährige Bankangestellte Frau P. beschreibt ihre kinderlose eheliche Beziehung als nicht zufriedenstellend. Eigentlich sei der Partner „unter ihrem Niveau“, stehe aber treu zu ihr und sei die einzige Person, der sie vertraue. Sie selbst beschreibt sich als schon immer eher ängstlich zurückhaltend. Schon als Kind seien Kontakte

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **4.7** Zielkarteikarte: Frau B.

	Datum: 06. 02. 2003
Was möchte ich erreichen? Arbeitsschritte/Handlungsebene	Entwurf aufzeichnen
Grad der Zufriedenheit Wenig, mittel, gut	Wenig
Bewertende Gedanken (Automatische Gedanken)	Das hätte ich genauer machen können. Ich bin unfähig.
Unterstützende, hilfreiche Kommentare (Funktionale Kognitionen)	Das kann ich bei der Umsetzung ausgleichen, ist an dieser Stelle nicht so wichtig. Ich bin auf dem richtigen Weg.

schwierig gewesen, nach Hause wollte sie niemanden mitnehmen. Der Vater sei Lehrer gewesen. Als Kriegskind habe er sich alles schwer erarbeitet, habe hohe Leistungsansprüche und strenge Werte und Normen vorgelebt. Die Mutter habe sich für die Karriere des Vaters eingesetzt, auf eigene Wünsche verzichtet und sich deshalb „mit viel Energie auf Haushalt und Kindererziehung konzentriert". Auch die Mutter sei eher ängstlich und vorsichtig, habe wenig Kontakte. Schlechten schulischen Leistungen oder Fehlverhalten sei mit großer Strenge oder unangemessenen Strafen begegnet worden. Man habe beabsichtigt, dass aus ihr etwas werde. Sie liebe ihre Eltern, habe aber heute große Schwierigkeiten, längere Zeit mit ihnen zu verbringen, weil sie dann „so unruhig" werde. Mit großen Prüfungsängsten habe sie sich durch Schule und Ausbildung gequält und sei jetzt durch eine Stresssituation am Arbeitsplatz dekompensiert. Neben höheren Anforderungen in Bezug auf die Arbeitsleistung sei eine „räumliche Veränderung für mehr Kundennähe und Transparenz" in der Bank durchgeführt worden. Sie arbeite jetzt wie auf dem Präsentierteller, ohne Schutzraum unter den Augen von Kunden, Kollegen und Vorgesetzten. Wirtschaftliche Probleme hätten im Bankwesen zu einem hohen zusätzlichen Arbeitsstress und Angst vor Kündigung geführt. Da ihr Ehemann seit einiger Zeit arbeitslos sei, müsse sie für den gemeinsamen Lebensunterhalt sorgen. Außerdem wolle sie nicht das Eigenheim verlieren. Erröten, Zittern von Sprache und Händen hätten zunehmend Beschämungsangst hervorgerufen sowie die Befürchtung, als dumm oder schwach angesehen zu werden. Seit einer Zurechtweisung durch ihren Vorgesetzten, die sie als sehr demütigend erlebt habe, sei sie krankgeschrieben und vermeide jeglichen Kontakt mit der Arbeitsstelle, fühle sich auch nicht mehr in der Lage, allein das Haus zu verlassen.

Bei Frau P. wurde eine generalisierte soziale Phobie diagnostiziert bei vermeidend selbstunsicherer Persönlichkeit.

Neben dem milieutherapeutischen Behandlungsangebot der Station erhielt Frau P. bewegungstherapeutische Gruppenangebote und psychologische Einzelbehandlung mit dem Schwerpunkt kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie wurde viermal wöchentlich verordnet.

Die ergotherapeutische Behandlung begann in der halboffenen Kleingruppe (3–5 Patienten) mit der kompetenzzentrierten Methode, weil durch die Interessencheckliste deutlich wurde, dass die Patientin in früheren Jahren handwerkliche Hobbys und kulturelle Angebote gerne wahrgenommen hatte. Eine vorgeschlagene Näharbeit lehnte sie ab, weil sie es ihrer Mutter mit ihren Nähkünsten nie habe recht machen können. Eine Entscheidung fiel ihr schwer. Sie wählte eine komplizierte Glasmosaikarbeit, „weil es ja auch etwas Sinnvolles sein sollte", ein verzierter Spiegel für den Eingangsbereich ihres Hauses. An einem so repräsentativen Ort sollte ein perfektes Werkstück hängen, was die Patientin stets aufs Neue mit ihren Leistungsansprüchen konfrontierte, die bei genauerer Betrachtung internalisierte Aussagen der Eltern repräsentierten. Mit einer Zielkarteikarte **(Tab. 4.7)** zur Beurteilung der eigenen Arbeitsleistung lernte Frau P., zu mehr Zufriedenheit zu kommen, die eigenen Ziele so zu stecken, dass ihr Erfolge möglich wurden.

- *Richtziel:* die Beurteilungsfähigkeit verbessern.
- *Grobziel:* die eigene Leistungsfähigkeit besser beurteilen und wertschätzen lernen.
- *Feinziel:* Frau P. soll dysfunktionale Gedanken und eigene Arbeitsbeurteilung voneinander trennen lernen, objektivierbare Kriterien erkennen, eigene Arbeit wertschätzen lernen, funktionale Kognitionen einüben.

Die strukturierte Umbenennung abwertender Selbstbeurteilung soll ermöglichen, die negativen Gedanken zu ersetzen und sich förderlich auf die Entwicklung des Selbstbildes auswirken. Emotional kann dadurch Zufriedenheit wachsen, Freude und Stolz

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

empfunden werden, was sich positiv auf das Selbstwertgefühl und das ganze Selbstbild auswirkt.

In dieser Behandlung bot sich im weiteren Verlauf die Teilnahme an einer Projektgruppe (interaktionelle Methode) an, weil die Patientin Veränderungswünsche formulieren konnte, die sich auf ihre Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten bezogen, um ihre berufliche Tätigkeit wiederaufnehmen zu können. Eine ausführliche Reflexion der Beobachtungsergebnisse machte deutlich, dass Frau P. ineffektive bis defizitäre Fähigkeiten zeigte, wenn sie zwei Arbeitsaufgaben gleichzeitig durchführen wollte. Übertragen auf ihre berufliche Tätigkeit wäre eine Alltagssituation in der Bank gemeint, z. B. Bedienen von Kunden und dringende Bearbeitung von Verträgen. Eine Absprache mit Kollegen oder Vorgesetzten könnte die Situation entlasten bzw. strukturieren. Ineffektive Kompetenzen im Bereich Informationsaustausch, speziell bezogen auf das Durchsetzungsvermögen und die Artikulationsfähigkeit, führten zu folgender Zielformulierung:

- Verbesserung der Aussprache in klarer verständlicher Sprache
- Verbesserung der Fähigkeit, Bedürfnisse, Verweigerungen und Wünsche direkt und klar anzusprechen.

Über den Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber wurde der Veränderungsbedarf der räumlichen Anordnung des Arbeitsplatzes und der Organisation der Arbeitsvorgänge konkretisierbar. In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Vorgesetzten konnten Arbeitsplatzveränderungen besprochen werden, wie z. B. Raumteiler und Sichtschutz für Arbeiten, die keinen Kundenkontakt, sondern Konzentration und Aufmerksamkeit erfordern. Daneben sollte eine Arbeitsstrukturierung im Team regeln, wann die einzelnen Mitarbeiter für die Beratung der Kunden zuständig sind.

Korrigierende Erfahrungen in der interaktionellen Gruppe über die eigenen Fähigkeiten und ein gezieltes Angsttraining ermöglichten Frau P. die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. Eine sich anschließende ambulante Behandlung setzte die Schwerpunkte bei den dahinter verborgenen Konflikten, weil Panikerkrankungen nach einigen Jahren leicht rezidivieren. In diesem Zusammenhang ist auch eine ergotherapeutische Behandlung mit der ausdruckszentrierten Methode als hilfreich anzusehen.

4.3.2 Zwangsstörung (Zwangsneurose)

Einleitung

Die diagnostische Bezeichnung *Zwangsstörung* ist an die Stelle der Bezeichnung *Zwangsneurose* getreten. Ausgehend von dem psychodynamischen Konzept nach S. Freud ist ein Verständnis gewachsen, das ein multifaktorielles Ursachenmodell beinhaltet. Die Zwangsstörung kann heute verhaltenstherapeutisch und pharmakologisch wirksam behandelt werden.

Zwänge können sehr individuelle, vielgestaltige Ausprägungen haben. Zurzeit ist „unter der Bezeichnung *Zwangsstörung* wahrscheinlich eine relativ heterogene Gruppe von Phänomenen verschiedener Genese zusammengefasst“ (Lakatos u. Reinecker 2007, S. 37).

Zwangsstörungen kommen mit ca. 2 % in der Allgemeinbevölkerung vor und sind damit die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung. Männer wie Frauen scheinen gleichermaßen betroffen (Kapfhammer in Möller et al. 2005).

Die Betroffenen halten ihre Zwänge oft lange geheim. Sie kommen erst spät zur Behandlung, wenn die Beeinträchtigungen im Lebensalltag oder sozialen Umfeld erhebliche Konsequenzen aufweisen. Schamgefühle spielen dabei eine wichtige Rolle. Zwänge können sich auf der Handlungsebene oder der kognitiven Ebene (Denken) manifestieren.

Zwanghaftes Handeln oder Denken sind in gewissem Ausmaß als normal anzusehen, die Übergänge zur pathologischen Qualität sind fließend. Als besonderes Merkmal gilt, dass Angst entsteht, wenn das Handeln oder Denken von außen unterbrochen wird. Diese Angst kann erst durch eine Fortsetzung des charakteristischen zwanghaften Verhaltens oder Denkens kontrolliert werden.

Definitionen in Anlehnung an das DSM-IV (Lakatos u. Reinecker 2007, S. 13):
„Eine *Zwangshandlung* ist eine zweckmäßige und beabsichtigte Verhaltensweise, die nach bestimmten Regeln ausgeführt wird, um eine imaginäre Gefahr oder Katastrophe zu bannen, bzw. Unruhe und Angst zu reduzieren.
Zwangsgedanken sind alle Bewusstseinsinhalte, die sich gegen den Willen des Betreffenden in seinen Gedankenstrom drängen und die er nicht unterdrücken kann, obwohl er sie als unsinnig oder uncharakteristisch für sich selbst erkennt.“

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Patienten mit Zwangsstörungen sind in der Lage, ihr Verhalten als unsinnig oder übertrieben zu erkennen, wenn auch Unsicherheit darüber besteht, ob ihre Befürchtungen eintreten könnten.

Die *Angst bei Zwangsstörungen* unterscheidet sich von der Angst bei einer Angststörung. Angstpatienten benennen meist konkrete Objekte oder Situationen, die sie mit Angst in Verbindung bringen (s. S. 250f). Dadurch wird ein Umgang insofern möglich, dass durch Vermeidungsverhalten Objekte und Situationen zumindest zeitweise umgangen werden können. Bei der Zwangsstörung sind die Ängste diffuser, deshalb nicht zu vermeiden und allzeit gegenwärtig. Für die therapeutische Bearbeitung stellt die diffuse unkonkrete Qualität eine zusätzliche Herausforderung dar (s. S. 259ff., Therapie).

Eine Zwangsstörung ist von einer zwanghaften Primärpersönlichkeit abzugrenzen. Patienten mit einer Zwangsstörung empfinden ihr Verhalten oder Denken als fremd und quälend, d. h. als Ich-dyston; Personen mit zwanghaften Persönlichkeitseigenschaften bewerten es als authentisch, nicht quälend, d. h. Ich-synton.

Klassifikation nach ICD-10

F42.0: Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.1: Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)
F42.2: Zwangsstörung, Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F42.8: Sonstige Zwangsstörung.

Diagnostische Kriterien

A. Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen.

B. Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche folgenden Merkmale:
1. Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.
2. Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung wird als übertrieben und unsinnig anerkannt.
3. Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.
4. Die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung oder Angst unterschieden werden).

C. Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.

D. Ausschlussklausel: Die Störung ist nicht bedingt durch eine andere psychische Störung, wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2) oder affektive Störung (F3).

Es gibt verschiedene Erscheinungsformen von Zwängen, die sich durch Inhalte und Ausprägung unterscheiden (z. B. Kontrollzwänge, Wasch- und Putzzwänge, Zwangsgedanken).

Psychologische und medizinische Modelle

Psychoanalytisches Modell

Sigmund Freud sah bei Zwangserkrankungen ursächlich einen Entwicklungskonflikt in der analen Phase, der sich später als Kampf zwischen unkontrollierten dissozialen Triebimpulsen einerseits und besonders rigiden und moralischen Standards andererseits ausmachen lässt. Die Über-Ich-Struktur ist durch Widersprüche gekennzeichnet, die einerseits sadistisch vernichtende Elternidentifikationen beinhalten und im Gegensatz dazu benennt er masochistisch selbstquälerische Elternintrojekte. Das dazugehörige Charaktermodell spezifizierte er mit der sogenannten analen Trias, die sich durch Ordnungsliebe, Sparsamkeit und Eigensinn auszeichnet. Freud verstand die Zwangssymptome als Kompromisslösung zwischen Trieberfüllung und Angstabwehr. Die Vorstellung der Zwangspatienten, sie könnten durch ihr Verhalten (z. B. Zwangsrituale) Unheil abwenden, wird in Verbindung mit dem magischen Denken gesehen, das auf dem Entwicklungsniveau der analen Phase als typisch anzusehen ist (Kapfhammer in Möller et al. 2005).

Lerntheoretisches Modell

Ursprünglich entwickelte Mowrer das Zweifaktorenmodell zur Erklärung der Entstehung von Phobien, dann wurde es auf den Bereich der Zwänge übertragen (Lakatos u. Reinecker 2007).

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Auf der Grundlage der klassischen und operanten Konditionierung kommt es zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung (s. S. 251).

Dabei können Zwangspatienten selten konkrete Ereignisse ausmachen, die als ursächlicher Stimulus oder Grund anzusehen sind. Häufiger sind es beispielsweise psychosoziale Stressoren (z. B. restriktive, abwertende Erziehungsstile), die als Belastungsfaktoren wirken.

Rituale auf der Handlungsebene und gedanklicher Art haben eine angstreduzierende Funktion (negativer Verstärker) und werden meist direkt auf den unrealen Stimulus (z. B. ein aufdringlicher Gedanke an ein gefürchtetes AIDS-Virus) angewandt. Das subjektiv bewertete Verhindern der Befürchtung (z. B. Unglück, Krankheit, Katastrophe) in Form von Handlungsritualen wirkt als negativer Verstärker im Sinne der Konditionierung, weil die aversiven, befürchteten Konsequenzen nicht eingetreten sind.

Neurobiologisches Modell

Eine genetische Komponente ist wegen der ausgesprochenen familiären Häufung wahrscheinlich. Daneben ist mit bildgebenden Verfahren hirnphysiologisch eine neuronale Überaktivität der spezifischen Zentren zu beobachten (Tölle u. Windgassen 2005).

Verlauf und Therapie

Der Krankheitsverlauf ist häufig chronisch, insbesondere wenn keine Behandlung erfolgt. Zwangssymptome haben oft eine zunehmende Tendenz, d. h., sie weiten sich in ihren Wiederholungen zeitlich aus und nehmen verschiedene Formen an. Dabei wird die Entwicklung anderer psychiatrischer Erkrankungen begünstigt, wie z. B. Depressionen, Angststörungen. Die Rückfallgefahr wird als sehr hoch eingeschätzt. Als zusätzliche Komplikation ist die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen anzusehen.

Therapeutisch gesehen sind gute Behandlungsergebnisse mit der Pharmakotherapie und der kognitiv-behavioralen Psychotherapie in der Literatur beschrieben (Tölle u. Windgassen 2005, Kapfhammer 2005, S. 1294ff.).

Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen

Siehe hierzu auch das Therapiemanual von Lakatos und Reinecker (2007).

Theoretische Grundlage für das methodische Vorgehen ist das Zweifaktorenmodell nach Mowrer. Lakatos und Reinecker (2007) beschreiben in ihrem Therapiemanual die kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen vor dem Hintergrund verschiedener Theorien (Lakatos u. Reinecker 2007).

Am Anfang steht der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die u. a. Wert auf eine kooperative machtfreie Interaktion legt und wichtige Grundlage für die Konfrontationsbehandlung in Form von speziellen Expositionstrainings ist. In den Erstkontakten ist es bedeutsam, dass die Klienten die Therapeuten als kompetent und sachkundig erleben, damit sie ihre Scham und Angst vor ablehnenden Reaktionen überwinden und die selbst als unsinnig und abnorm erlebten Zwänge schildern können. Die Gesprächsführung verfolgt das Ziel der konstruktiven Erörterung der Probleme, „das gemeinsame Erforschen des Zwanges“, um konkret fassbare Ansatzpunkte für Veränderungen und Verbesserungen finden zu können.

Das Interaktionsmuster von Patienten mit Zwangsstörungen kann Irritationen in der Regulierung von Nähe/Distanz und Dominanz/Unterwerfung aufweisen. Themen von Autonomie und Machtkämpfe verlangen einen professionellen Umgang, der Supervision und Weiterbildung beinhaltet.

Zur motivationalen Ausgangslage sollte man berücksichtigen, dass die Patienten vielfach ambivalent sind, was in der Logik der Zwangssymptomatik begründet ist. Zwar wird das zwanghafte Verhalten als unsinnig angesehen, aber die befürchtete Gefahr wird als gegeben angenommen. Eine konsistente und überzeugende Distanzierung von ihrem Zwangssystem wird als Therapieziel angestrebt und ist erst am Ende der Behandlung zu erwarten. Die Zielklärung verlangt darüber hinaus eine Analyse bezüglich der Erwartungen und Ziele, die die Patienten mit der Veränderung verbinden. Insbesondere die Frage, was an die Stelle der Zwänge treten soll, ist zu berücksichtigen.

Bei dieser Fragestellung eröffnet sich das Aufgabenfeld der Ergotherapie. Es geht darum, die frei gewordene Zeit neu zu gestalten und die Handlungsperformance in den Bereichen Familie, Alltag, Freizeit und Beruf neu zu entwickeln bzw. wiederzuentdecken.

Sinngebende Tätigkeiten unterstützen bekanntermaßen die Motivation in der Behandlung.

Häufig ist eine sensible Phase einzuplanen, die einen Aufbau von Therapiemotivation beinhaltet und eine Auseinandersetzung mit Unsicherheit und Zweifel zum Thema hat. Lakatos und Reinecker (2007) beschreiben außerdem, dass es Patienten gibt, bei denen die Zwangsstörung ein wichtiger Teil ihrer Identität ist und die Veränderung der Zwangsstörung eine Entwicklungsphase eines reiferen Selbstbildes mit berücksichtigen sollte, was neben störungsspezifischen Maßnahmen auch noch

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

eine andere therapeutische entwicklungsfördernde Behandlung nötig macht.

Eine störungsspezifische Behandlung verlangt genaue Kenntnisse über die individuelle Ausprägung der Zwänge. Dazu werden verschiedene methodische Vorgehensweisen empfohlen:

- problembezogene Informationserfassung
- Verhaltensbeobachtung
- Selbstbeobachtung
- Verhaltensanalyse.

Die problembezogene Informationserfassung wird sehr detailliert mithilfe von strukturierten Interviews und Fragebögen nach folgenden Kriterien erfasst (Lakatos u. Reinecker 2007):

- Spezifikation der Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (d. h. der Rituale auf Handlungsebene und kognitiver Ebene)
- Identifizieren der Auslöser für die Zwänge (extern/intern)
- Erfragen der vermeintlichen Gefahren, d. h. der Befürchtungen/Erwartungen, was bei Nichtausführung der Rituale passieren könnte
- Liste der zwangsrelevanten Auslösesituationen
- passives Vermeidungsverhalten/Vermeidungsbereiche (Sozialkontakte etc.)
- bisheriger Verlauf der Zwangsstörung (Beginn, Verlauf, Schwankungen)
- Erfassung, inwieweit Familie/Bezugspersonen in den Zwang involviert sind.

Bei der *Verhaltensbeobachtung* begleitet die Therapeutin den Patienten bei der Ausführung konkreter Zwangshandlungen und versucht, Aspekte des Zwangsverhaltens zu erfassen, die für den Patienten bisher unbewusst getätigt wurden, jedoch für das Vermeidungsverhalten bedeutsam sind.

Die *Selbstbeobachtung* wird mithilfe von Protokollen durchgeführt. Sie dient der Informationsbeschaffung, der Übernahme von Selbstkontrolle und Verantwortung im Sinne des Selbstmanagements bei den Expositionsübungen.

Im Weiteren werden die Informationen dann einer systematischen Betrachtung unterzogen mittels einer *Verhaltensanalyse*. Die Verhaltensanalyse ist ein wichtiges Instrument, das den Patienten ermöglicht, die problematischen Situationen zu sammeln, zu hierarchisieren, Gedanken zu identifizieren und körperliche Phänomene wahrzunehmen. Sie soll ferner Reaktionen, die als neutralisierendes Verhalten bezeichnet werden, benennen und die dazugehörigen Emotionen erkennen.

Weitere Bedingungsfaktoren für Zwänge ergeben sich aus der intrapsychischen und der interpersonellen Funktionalität (Lakatos u. Reinecker 2007, S. 52ff.):

Intrapsychisch kann man Zwänge als „Copingversuche für verschiedene andere Defizite“ ansehen:

- „Zwänge als missglückter Versuch für eine generelle tief gehende Verunsicherung bzw. Selbstwertproblematik.“
- „Zwänge als Schutz davor, depressiv zu werden.“
- „Zwänge als dysfunktionale Regulationsmechanismen bei sozialen Defiziten.“

Die *interpersonelle* Funktionalität bezieht sich auf die Bedeutung der Zwänge in der Regulierung der Beziehung zu nahestehenden Personen:

- „Zwänge können dazu dienen, nahe Bezugspersonen auf Abstand zu halten, um die Respektierung der persönlichen Integrität zu erzwingen.“
- „Zwänge können ein Ventil für unterdrückte Aggressionen sein.“

Neben den störungsspezifischen Behandlungsmethoden, die zu Beginn der Therapie Vorrang haben, machen diese Aspekte noch weitere therapeutische Maßnahmen nötig, wie z. B. ein soziales Kompetenztraining oder systemische Behandlungsangebote zur Bearbeitung der zwischenmenschlichen Konflikte. Ergotherapeutische Behandlungsmethoden, wie z. B. die interaktionelle Methode in der Sozialform Gruppe, könnten dazu ein geeignetes Übungsfeld anbieten (s. S. 261f.).

Die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie ist dann angezeigt, wenn diese in die Zwangshandlungen/-rituale eingebunden sind, damit sie sich in der störungsspezifischen Behandlungsphase angemessen verhalten, d. h. den zwangsbedingten Verhaltensaufforderungen der Patienten widerstehen. Die Kotherapeutenrolle von Angehörigen wird insofern problematisiert, als dass es zu einem Machtgefälle (gesund > krank) kommen kann, das später das Gleichgewicht in der Beziehung stören kann und zu erneuten Problemen führt.

Das störungsspezifische Behandlungsangebot basiert auf der Exposition mit Reaktionsverhinderung bzw. Reaktionsmanagement und bezieht verschiedene spezielle Techniken ein, wie z. B. die Verschiebung der Problemdefinition. Letzteres ist deshalb wichtig, damit die Patienten eine angemessene Vorstellung davon entwickeln können, dass nicht ihr Zwangsverhalten das wesentliche Problem ist, sondern die dahinter stehenden aufdringlichen Gedanken und die Angst, die es in der Therapie zu spüren und auszuhalten gilt und die nicht durch Zwangsverhalten zu vermeiden oder zu kontrollieren ist. „Die Verschiebung muss erfolgen weg vom Inhalt der be-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

fürchteten Konsequenzen hin zu der Überzeugung, dass das Problem darin besteht, einen unsinnigen, aufdringlichen Gedanken und Angst zu haben" (Lakatos u. Reinecker 2007, S. 57).

Eine weitere spezielle Technik ist die Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells. Dadurch ermöglicht man den Patienten ein logisches Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwänge. Erklärungsmodellen schreibt man einen eigenen Wirkfaktor zu, der verstärkt werden kann, wenn die Aspekte der Lebensgeschichte plausibel in das Erklärungsmodell eingeflochten werden. Lakatos empfiehlt, diesen Aspekt erst später in die Therapie einzubringen, um die Patienten nicht mit zu viel Information zu überfrachten, d. h. gedanklich zu überfordern. Bei der Vorbereitung einer Exposition ist ein Erklärungsmodell eine wichtige Grundlage, um die Patienten über die Prozesse zu informieren und ein Verständnis für das Veränderungsverhalten zu erarbeiten, das für das Selbstmanagement gebraucht wird.

Bei der Exposition in vivo oder in sensu konfrontieren sich die Patienten allein oder durch die Therapeutin begleitet mit den aversiven Stimuli (z. B. Schmutz). Die dabei auftretenden aufdringlichen Gedanken sollen eine neue Bedeutung erhalten, d. h. umbewertet werden. Die aufkommende Angst und Unruhe soll ausgehalten werden, bis eine Gewöhnung (Habituation) eintritt. Zur Habituation an die Angst soll „sich die Klientin auf die ängstigenden Auslöser konzentrieren, anstatt sich davon abzulenken. Alle Aspekte der Angst sollen so komplett wie möglich durchlebt werden. Das Erfragen der gedanklichen Prozesse während der Exposition soll die für die Klientin logischen Prozesse darlegen" (Lakatos u. Reinecker 2007, S. 72 f.).

Der Entschluss für eine Exposition sollte vom Patienten getroffen werden. Der Entscheidungsfreiheit kommt eine wichtige Bedeutung im Hinblick auf die Motivation, Volition und das Veränderungsverhalten zu.

Ziele in der Therapie

- Reduktion der Zwänge auf der kognitiven Ebene oder/und auf der Handlungsebene
- Durchführung einer funktionalen Bedingungsanalyse zur Erkennung der zentralen Bedingungen, die zur Aufrechterhaltung der Probleme beitragen (Funktion der Zwänge im individuellen Lebenskontext)
- Kontinuierlicher Gewinn von Einsicht in das Problemverhalten und die zugrunde liegenden unsinnigen Gedanken sowie in das Gefühl der Angst
- Erleben, dass gefürchtete Konsequenzen ausbleiben, auch wenn Zwangsrituale nicht angewandt werden
- Vermittlung adäquater Bewältigungsstrategien in schwierigen Lebenssituationen
- Erweiterung der intrapersonellen Fähigkeiten
- Erweiterung der interpersonellen Fähigkeiten
- Aufbau von Selbstwertgefühl/Selbstbild
- Umgang mit Verantwortung in angemessener Form
- Umgang mit Gefühlen wie Schuld, Wertlosigkeit und Ablehnung durch andere.

Psychosoziale Faktoren

Psychosoziale Behinderungen nehmen bei einem längeren Krankheitsverlauf zu. Die Zwangshandlungen benötigen häufig immer mehr Zeit (mindestens eine Stunde und mehr, bei starker Ausprägung die meiste Zeit des Tages) und hindern die Betroffenen an der Verrichtung der alltäglichen Aufgaben.

Zwangsgedanken führen zum inneren Rückzug und zu Konzentrationsstörungen und stellen damit ebenfalls ein erhebliches Hindernis bei der Verrichtung der Tätigkeiten dar, die zielgerichtetes Denken und Konzentration erfordern (z. B. im Beruf). Zwänge führen zu einer mangelnden Anpassungsfähigkeit im Lebensalltag und im Beruf. Patienten mit Zwangsstörungen gehen vermutlich seltener eine eheliche Verbindung ein und sind in der Verwirklichung ihrer Lebensziele und Interessen erheblich behindert. Nicht selten ist der Verlust des Arbeitsplatzes eine weitreichende Folge und auch soziale Isolation bis zur Verwahrlosung kommt vor.

„Fragt man diese Menschen, was das Leben mit einer Zwangsstörung für sie bedeutet, so sprechen sie von Verheimlichung, Scham, innerer Zerrissenheit, Verzweiflung und nicht selten sogar Isolation" (Lakatos u. Reinecker 2007, S. 38).

Ergotherapeutische Behandlung

Ergotherapeutische Haltung

Ausgehend von einer ganzheitlichen Sicht des Patienten fokussieren Ergotherapeuten bei Patienten mit Zwangserkrankungen die Auswirkungen dieses Störungsbildes im Hinblick auf die Handlungsperformance, auf die kognitiven Fähigkeiten sowie die intra- und interpersonellen Fähigkeiten. Das Symptomspektrum kann individuell sehr breit sein und ist deshalb bei jedem Patienten zu konkretisieren, damit das Behandlungsangebot die Patienten nicht über-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

fordert, weil es zum Beispiel zu viele Auslöser (Stimuli) für zwanghaftes Verhalten und Denken beinhaltet.

Eine konkrete Beteiligung in der störungsspezifischen Behandlung (z. B. Expositionstraining, wenn Schmutz als Auslöser der Zwänge eine Rolle spielt) verlangt zusätzliche professionelle Kenntnisse.

Die auf Seite 259 f. beschriebenen Besonderheiten im Beziehungsverhalten müssen auch in der therapeutischen Beziehungsgestaltung durch die Ergotherapeutin berücksichtigt werden, damit der Patient ein gezieltes Angebot zur Förderung und Entwicklung der interaktionellen Fähigkeiten bekommt sowie durch ein Beziehungsangebot nicht bedrängt oder überfordert wird.

Da die Zwangsinhalte sehr schambesetzt sind, verlangt dies einen angemessenen sensiblen Umgang. Günstigerweise begegnen Ergotherapeuten diesen Patienten da, wo sie ihre Fähigkeiten zeigen können, weil eine Selbstwertstärkung und die Aufnahme alter Fähigkeiten am Anfang stehen sollten.

Ziele ergotherapeutischer Behandlung:

- Vermittlung von Erfolgserlebnissen
- Erweiterung der Handlungsperformance
- Erweiterung der interaktionellen Fähigkeiten, z. B. Regulierung von Nähe und Distanz
- Entwicklung einer funktionellen Tagesstruktur
- Reintegration in soziale Strukturen
- berufliche Integration oder Reintegration
- Entwicklung intrapsychischer Fähigkeiten, z. B. im Umgang mit Gefühlen, insbesondere der Umgang mit Aggressionen
- Entwicklung einer adäquaten Selbstwahrnehmung, z. B. in Bezug auf das Selbstbild
- Erweiterung der Rollenperformance
- Förderung von Konzentration und zielgerichtetem Denken (insbesondere bei Zwangsgedanken).

Ergotherapeutische Befunderhebung

Die Informationen über die Krankheitsanamnese und den psychischen Befund sowie die Kenntnisse der sozialen Anamnese erhält die Ergotherapeutin durch das Studium der Krankengeschichte und im Austausch in multiprofessionellen Teamsitzungen. Wichtige unvollständige Aspekte können im Erstgespräch und Behandlungsverlauf ergänzend erfragt werden.

„Die Reduktion von Zwangsverhalten reißt ein Zeitloch auf, das neu gestaltet werden will“ (Lakatos u. Reinecker 2007, S. 43).

Eine zentrale Aufgabe für die Ergotherapie ist es herauszufinden, was die Patienten an Gewohnheitsverhalten und sinnvollen Tätigkeiten aufgegeben haben, um Zwangsverhalten gestalten zu können. Dazu bietet sich zur gezielten Befragung das OPHI II nach Kielhofner und Henry (1988) an (Kielhofer et al. 2008). Es ist ein Interview zur Anamnese der Beschäftigungsperformance, das aus 39 empfohlenen Fragen besteht und gezielt fünf Inhaltsbereiche abdeckt:

- „*Organisation der ADL-Routine* bezieht sich auf typische Muster, wie Zeit genutzt wird, und deren Auswirkung auf Anpassung sowie die Ausgewogenheit zwischen Arbeit, Spiel (Freizeit) und ADL-Aufgaben und den Grad der Zufriedenheit.
- *Lebensrollen* beziehen sich auf das Muster von Engagement in verschiedenen gesellschaftlichen Positionen (z. B. Arbeitender, Partner, Elternteil, Student/Schüler) und auf die Erfüllung der daran geknüpften Erwartungen.
- *Interessen, Werte und Ziele* beziehen sich auf die Fähigkeiten des Interviewten, persönliche Präferenzen (Aktivitäten, Glaube an moralische Vorstellungen und soziale Verpflichtungen und Ziele für zukünftiges Handeln) zu identifizieren. Die Fähigkeit, Zufriedenheit und Freude zu erreichen, wird ebenfalls berücksichtigt.
- *Wahrnehmung von Fähigkeiten und Verantwortung* bezieht sich auf das Bewusstsein gegenüber persönlichen Kapazitäten, Kontrolle über das tägliche Leben und die Akzeptanz für die Verantwortung innerhalb des eigenen Handelns.
- *Umfeldeinflüsse* beziehen sich auf den menschlichen und ‚nicht-menschlichen‘ Kontext, in dem die Person handelt und den Einfluss dessen auf Anpassung.“

Die Reflexion der so strukturiert erworbenen Informationen kann auf das Selbstbild, die Bewertung der eigenen Fähigkeiten und die Übernahme von Verantwortung gerichtet und in gegenseitigen Wechselwirkungen verstanden werden, was für Zwangserkrankte zentrale Themen sind. Nicht selten ist das Selbstwertgefühl gering, die eigenen Fähigkeiten werden bagatellisiert und die Übernahme von Verantwortung wurde in einem überhöhten Ausmaß gelernt. In der Lebensgeschichte zeigt sich häufig zunächst eine Entwicklung von Kontrollverhalten. Unter belastenden Umständen übersteigert sich dieses zu Zwangsverhalten.

Wenn eine so komplexe Betrachtungsweise eine Überforderung darstellt, können zunächst nur durch Anwendung der Interessencheckliste nach Matsutsuyu Kenntnisse darüber erworben werden, welche Interessen zugunsten des Zwangsverhaltens aufgegeben wurden und welche Aktivitäten in Zukunft von den Betroffenen wiederaufgegriffen werden wollen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ergibt die Anamnese, dass den Zwängen eine regulierende Funktion im zwischenmenschlichen Verhalten zukommt, kann man mithilfe des ACIS nach Forsyth die individuelle Performance im Bereich persönlicher Kommunikation und Gruppeninteraktion messen und Feinziele für die Behandlung operationalisieren.

Zu Beginn der Therapie ist außerdem zu klären, inwieweit Werkzeuge und Gegenstände von den Patienten als bedrohlich empfunden werden, die Zwangsverhalten oder -gedanken auslösen und die Patienten unnötig belasten. Im Behandlungsverlauf kann bei Kenntnissen und Erfahrungen mit dem Expositionstraining ein gezielter Umgang gelernt werden, um nicht das Vermeidungsverhalten zu manifestieren.

Ergotherapeutische Behandlungsmethoden

Bei sehr ausgeprägtem Zwangsverhalten kann mit einem *kompetenzzentrierten Angebot* (bezogen auf alte Fähigkeiten und Interessen) begonnen werden. Die *Einzeltherapie* ermöglicht eine gezielte Belastung im Hinblick auf die Besonderheiten in der Gestaltung von Beziehungen (s. S. 259f.). Behandlungsplanung und -zielsetzung werden gemeinsam mit den Patienten durchgeführt und können früh eine Herausforderung an eine kooperativ machtfreie Interaktion sein. Auch die Dauer der Therapieeinheit kann in der Einzelbehandlung gezielt dem Belastungsniveau angepasst werden.

Ist der Patient sehr misstrauisch, ängstlich und verschämt, sollte das Beziehungsangebot zugewandt, aber distanziert sein, um modellhaft eine angemessene Nähe-Distanz-Regulation erlebbar zu machen. Bewertende Rückmeldungen („Da haben Sie aber sich und anderen einiges zugemutet!“) in Bezug auf das Zwangsverhalten sind zu vermeiden, da sich die Patienten selbst ohnehin dafür schon massiv abwerten und schuldig fühlen. Stattdessen ist einfühlendes Verstehen angebracht, das ein Verständnis für die Logik des Zwangsverhaltens verdeutlicht, aber auch in einer dialektischen Betrachtungsweise den Blick auf die notwendigen Verhaltensänderungen richtet, die als wesentliches Ziel in der Therapie gesehen werden.

Den Wunsch nach Kontrolle sollte man mit einem niedrigen Reizangebot berücksichtigen.

Das ergotherapeutische Behandlungsangebot kann eine Belastungssteigerung anbieten, indem die Patienten *in gruppentherapeutischen Settings* mit *der interaktionellen Methode* gezielte Übungsangebote für interpsychische Fähigkeiten erhalten, Respekt und Wertschätzung durch andere erfahren sowie Abgrenzung und Durchsetzungsvermögen geschützt erlernen.

Die *ausdruckszentrierte Methode* nimmt zu Beginn positiv besetzte emotionale Themen auf, um Entspannung und Entlastung erfahrbar zu machen. Abgrenzung und Schutz sind ebenfalls wichtige frühe Themen. Dagegen werden belastende emotionale Begriffe (z. B. Ekel, Schuld, Scham, Aggression) erst später in den Blick genommen. Lust und Genuss ermöglichen eine neue Sichtweise und Werteentwicklung für die zukünftige Lebensgestaltung und können als Gegenpol zu Verantwortung und Pflichterfüllung fungieren.

Die Bearbeitung der emotionalen Inhalte macht eine sehr sensible Vorgehensweise notwendig, um die Patienten zu fördern und nicht zu überfordern. Gemalte Bilder wirken wie eine Expositionsbehandlung in sensu und sind deshalb mit den Patienten in dem Schwierigkeitsgrad ihrer Belastung zu hierarchisieren und der Zeitpunkt im gesamten Behandlungsverlauf ist sorgfältig zu wählen. Häufig ist es sinnvoll, dass bereits Fähigkeiten für das Selbstmanagement erworben wurden, damit intrapsychisch Angst und Unruhe reguliert werden können.

Durch *Arbeitstherapeutische Maßnahmen* können gezielt instrumentelle Fähigkeiten und sinnvolles strukturiertes Arbeiten geübt, neue Fertigkeiten und Interessenbereiche erprobt und erfahren werden.

Fallbeispiel: Herr K.

Herr K. ist 19 Jahre alt. Nach der mittleren Reife hat er eine Ausbildung zum Werkzeugmacher begonnen. Im dritten Jahr ist er aufgrund seiner ausgeprägten Zwänge nicht mehr in der Lage gewesen, die Ausbildung fortzusetzen. Er habe die eigenen Tätigkeiten immer wieder kontrollieren müssen und sei über einen Arbeitsgang nicht mehr hinausgekommen. Er habe alles richtig und ganz genau machen wollen, der Produktionsdruck und die Strenge des Meisters seien zusätzliche Belastungsfaktoren gewesen.

Die Eltern sind Spätaussiedler, Herr K. ist von vier Kindern das älteste. Das emotionale Klima in seiner Ursprungsfamilie ist von Unsicherheit und Unberechenbarkeit geprägt. Herr K. hat früh ein hohes Maß an Verantwortung für die jüngeren Geschwister getragen, weil beide Eltern berufstätig waren und hohe Ziele an die Integration und Lebensführung in Deutschland gesteckt wurden. Er beschreibt seine Schwierigkeiten, es den Eltern recht zu machen. Insbesondere der Vater habe unerfüllbar hohe, rigide Normen an die Familie und insbesondere an ihn als ältesten Sohn gerichtet. Persönliche Freiheiten, die seinem Alter entsprochen hätten, habe er

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

auch nicht erleben können, Freunde und Freizeitaktivitäten hätten bei allen Aufgaben keinen Platz mehr gehabt.

Ängste, dass er den jüngeren Geschwistern Schaden zufügen könne, führten zu ausgeprägtem Kontrollverhalten und einem Waschzwang in der häuslichen Umgebung.

Primär nahm Herr K. an einem störungsspezifischen Behandlungsangebot „kognitive Verhaltenstherapie" teil, das durch eine gezielte ergotherapeutische Behandlung unterstützt und ergänzt wurde.

Allgemeine Ziele in der ergotherapeutischen Behandlung:

- Wahrnehmung sozialer Anerkennung
- Reflexion und Bewertung der eigenen Fähigkeiten
- Reduktion von dysfunktionalem Handeln und Aufbau von funktionalem Handeln
- Bewältigung der depressiven Grundstimmung
- Entwicklung von interaktionellen Fähigkeiten, z. B. Neinsagen, Hilfeholen.

Die *Rehabilitationsziele* benannten neben der Reduktion von zwangsbedingtem Verhalten drei Schwerpunkte:

- berufliche Integration
- selbstständige Alltagsbewältigung
- soziale Integration mit Aktivitäten, die seinem Alter entsprechen.

Nach einer kurzen Eingewöhnungsphase in der Kleingruppe mit der kompetenzzentrierten Methode konnte Herr K. in die Projektgruppe mit der interaktionellen Methode wechseln. Die Gruppe arbeitete an einer Holzskulptur zum Thema „Individualität". Durch die Aufteilung der Gruppe in Kleingruppen während der Arbeitsphase fiel es ihm leichter, sich mit Unterstützung durch einen Mitpatienten zu integrieren. Er erlebte es als Entlastung, dass nicht er allein für alles verantwortlich war, aber für seinen Beitrag gelobt wurde.

Die Interessencheckliste hatte die sportlichen Aktivitäten wie Fußball und Kampfsport, Schachspiel, Reisen, Heimwerkerarbeiten und Fotografieren herausgestellt. Die Erlaubnis, sich mit den aktuellen Aktivitäten des Lieblingsvereins zu beschäftigen, hatte eine stark motivierende Wirkung. Um einen Ausgleich durch Freizeittätigkeiten zu finden, erfolgte eine Anmeldung bei einem Kampfsportverein. Erste Trainingseinheiten wurden von ihm von der Klinik aus besucht. In der Arbeitstherapie führte Herr K. ein computergesteuertes Trainingsprogramm durch zur Förderung der Konzentrationsfähigkeit. Auch hier spielte das Interesse an dem Umgang mit dem Computer eine wichtige Rolle für die Motivation. Zur Förderung und Entwicklung von Freizeitaktivitäten nahm Herr K. an dem offenen freien Werkangebot teil, das ein hohes Maß an Selbstständigkeit im Umgang mit den Materialien und Techniken verlangt und zum Ende der Therapie angeboten wurde. Die Teilnahme an dem milieutherapeutischen Angebot „Disco" wurde zur Herabsetzung von Schwellenangst und Kontaktängsten mit Gleichaltrigen und Personen des anderen Geschlechts verordnet.

Familientherapeutische Gespräche mit den Eltern waren wichtig, um Herrn K. im familiären Kontext von verantwortlichen Tätigkeiten zu entlasten, die Erlaubnis für adäquate jugendliche Aktivitäten neben häuslichen Aufgaben zu erteilen und die Eltern über die Krankheit zu informieren.

Die Berufsausbildung konnte Herr K. wiederaufnehmen. Auch hierzu erfolgten unterstützende Gespräche mit den zuständigen Personen in seinem Betrieb. Er machte eine stufenweise Wiedereingliederung.

4.4 Literatur

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.

Angst J. Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizoaffektiver Erkrankungen und Psychosen. Ergebnisse einer prospektiven Studie. Fort Neurol Psychiat. 1980; 48:3.

Bandelow B. Panik und Agoraphobie, Diagnose, Ursachen, Behandlung. Wien: Springer; 2001.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Chicago: Model of Human Occupation (OSA) (Reinhartz S, Trans.). Im Eigenverlag der Übersetzerin. AHA…Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE); 2000.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Deutsche Übersetzung: Reinhartz S. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.

Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. Amer J Psych. 1999; 156:1563.

Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization. Amer J Psych. 2001; 158:36.

Beck AT. Cognitive Therapie of Depression. New York: Guilford Press; 1979.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Weltz G. Kognitive Therapie der Depression. In: Hautzinger M, Hrsg. Kognitive Therapie der Depression. 5. Auflage Weinheim: Psychologie-Verlags-Union; 1996.

Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Heidelberg: Springer; 1916.

Bohus M. Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2002.

Brenner HD, Stranke WG, Mewes WG, Liese J, Seeger G. Erfahrungen mit einem spezifischen Therapieprogramm zum Training kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten. Nervenarzt. 1980; 51:106.

Cole MB, Greene, LR. A Preference for Activity: A Comparative Study of Psychotherapy Groups vs. Occupational Therapy Groups for Psychotic and Borderline

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

auch nicht erleben können, Freunde und Freizeitaktivitäten hätten bei allen Aufgaben keinen Platz mehr gehabt.

Ängste, dass er den jüngeren Geschwistern Schaden zufügen könne, führten zu ausgeprägtem Kontrollverhalten und einem Waschzwang in der häuslichen Umgebung.

Primär nahm Herr K. an einem störungsspezifischen Behandlungsangebot „kognitive Verhaltenstherapie" teil, das durch eine gezielte ergotherapeutische Behandlung unterstützt und ergänzt wurde.

Allgemeine Ziele in der ergotherapeutischen Behandlung:

- Wahrnehmung sozialer Anerkennung
- Reflexion und Bewertung der eigenen Fähigkeiten
- Reduktion von dysfunktionalem Handeln und Aufbau von funktionalem Handeln
- Bewältigung der depressiven Grundstimmung
- Entwicklung von interaktionellen Fähigkeiten, z. B. Neinsagen, Hilfeholen.

Die *Rehabilitationsziele* benannten neben der Reduktion von zwangsbedingtem Verhalten drei Schwerpunkte:

- berufliche Integration
- selbstständige Alltagsbewältigung
- soziale Integration mit Aktivitäten, die seinem Alter entsprechen.

Nach einer kurzen Eingewöhnungsphase in der Kleingruppe mit der kompetenzzentrierten Methode konnte Herr K. in die Projektgruppe mit der interaktionellen Methode wechseln. Die Gruppe arbeitete an einer Holzskulptur zum Thema „Individualität". Durch die Aufteilung der Gruppe in Kleingruppen während der Arbeitsphase fiel es ihm leichter, sich mit Unterstützung durch einen Mitpatienten zu integrieren. Er erlebte es als Entlastung, dass nicht er allein für alles verantwortlich war, aber für seinen Beitrag gelobt wurde.

Die Interessencheckliste hatte die sportlichen Aktivitäten wie Fußball und Kampfsport, Schachspiel, Reisen, Heimwerkerarbeiten und Fotografieren herausgestellt. Die Erlaubnis, sich mit den aktuellen Aktivitäten des Lieblingsvereins zu beschäftigen, hatte eine stark motivierende Wirkung. Um einen Ausgleich durch Freizeittätigkeiten zu finden, erfolgte eine Anmeldung bei einem Kampfsportverein. Erste Trainingseinheiten wurden von ihm von der Klinik aus besucht. In der Arbeitstherapie führte Herr K. ein computergesteuertes Trainingsprogramm durch zur Förderung der Konzentrationsfähigkeit. Auch hier spielte das Interesse an dem Umgang mit dem Computer eine wichtige Rolle für die Motivation. Zur Förderung und Entwicklung von Freizeitaktivitäten nahm Herr K. an dem offenen freien Werkangebot teil, das ein hohes Maß an Selbstständigkeit im Umgang mit den Materialien und Techniken verlangt und zum Ende der Therapie angeboten wurde. Die Teilnahme an dem milieutherapeutischen Angebot „Disco" wurde zur Herabsetzung von Schwellenangst und Kontaktängsten mit Gleichaltrigen und Personen des anderen Geschlechts verordnet.

Familientherapeutische Gespräche mit den Eltern waren wichtig, um Herrn K. im familiären Kontext von verantwortlichen Tätigkeiten zu entlasten, die Erlaubnis für adäquate jugendliche Aktivitäten neben häuslichen Aufgaben zu erteilen und die Eltern über die Krankheit zu informieren.

Die Berufsausbildung konnte Herr K. wiederaufnehmen. Auch hierzu erfolgten unterstützende Gespräche mit den zuständigen Personen in seinem Betrieb. Er machte eine stufenweise Wiedereingliederung.

4.4 Literatur

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.

Angst J. Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizoaffektiver Erkrankungen und Psychosen. Ergebnisse einer prospektiven Studie. Fort Neurol Psychiat. 1980; 48:3.

Bandelow B. Panik und Agoraphobie, Diagnose, Ursachen, Behandlung. Wien: Springer; 2001.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Chicago: Model of Human Occupation (OSA) (Reinhartz S, Trans.). Im Eigenverlag der Übersetzerin. AHA…Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE); 2000.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Deutsche Übersetzung: Reinhartz S. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.

Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. Amer J Psych. 1999; 156:1563.

Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization. Amer J Psych. 2001; 158:36.

Beck AT. Cognitive Therapie of Depression. New York: Guilford Press; 1979.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Weltz G. Kognitive Therapie der Depression. In: Hautzinger M, Hrsg. Kognitive Therapie der Depression. 5. Auflage Weinheim: Psychologie-Verlags-Union; 1996.

Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Heidelberg: Springer; 1916.

Bohus M. Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2002.

Brenner HD, Stranke WG, Mewes WG, Liese J, Seeger G. Erfahrungen mit einem spezifischen Therapieprogramm zum Training kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten. Nervenarzt. 1980; 51:106.

Cole MB, Greene, LR. A Preference for Activity: A Comparative Study of Psychotherapy Groups vs. Occupational Therapy Groups for Psychotic and Borderline

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Inpatients. Occupational therapy in mental health. 1988, 03:53–67.
Coryell W, Scheftner W, Keller M et al. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. Am J Psychiatry. 1993; 50:85.
Dalhoff AW, Döring A, Hirsekorn B, Timmer A, Hrsg. Das ergotherapeutische Handlungsfeld in der Psychiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 1999.
Dehnhardt B, Harth A, George S. Deutsche Ausgabe des „Canadian Occupational Performance Measure (COPM)" Handbuch und Erfassungsbögen, 4. Auflage, Eigenverlag. 2007. Zu beziehen über www.copm-zertificat.de.
Derix MMA, Jolles J. Neuropsychological abnormalities in depression: Relation between brain and behaviour. In: Honig A, Van Praag HM (eds.). Depression: Neurobiological and therapeutic advances. Chichester: Wiley; 1997:109.
Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber; 2006.
Dilling H, Mombour W, Freyberger HJ, Schmidt MH. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10. Bern: Huber; 2005.
Dornes M. Der kompetente Säugling. Frankfurt/Main: Fischer; 1993.
DSM-IV TR. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2001.
Dulz B, Schneider A. Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer; 1997.
Ebert D, Loew L. Psychiatrie systematisch. 6. Aufl. Bremen: Uni-Med; 2005.
Flotho-Wendisch W. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Teil 1. Ergotherapie und Rehabilitation. 1999; 6:437.
Flotho-Wendisch W. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Teil 2. Ergotherapie und Rehabilitation. 2000; 1:11.
Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G et al. Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS). Chicago/Illinois: University of Illinios; 1995.
Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G. Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten (Mentrup C, Trans.). Im Eigenverlag der Übersetzerin. AHA…Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), 1997 (Originalarbeit erschienen 1995).
Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G. Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten. Deutsche Übersetzung: Mentrup C. Reihe vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner, voraussichtliches Erscheinen 2009.
Frances A, Fyer M, Clarkin J. Personality and suicide. Annals of the New York Academy of Sciences. 1986; 487:281.
Guntrip H. Psychoanalytic object-relation theory. In: American Handbook for Psychiatry. New York: Arieti; 1974.
Hagedorn R. Ergotherapie – Theorien und Modelle. Stuttgart: Thieme; 2000:75.
Hahlweg K, Dose M. Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe;
Hesse W, Prünte K. Sensorische Integration und schizophrene Störungen, Teil I: Grundlegende theoretische Modelle. Ergotherapie und Rehabilitation. 2003 a; 1:12.
Hesse W, Prünte K. Sensorische Integration und schizophrene Störungen, Teil II: Ein heuristisches Rahmenmodell zu Störungen der sensorischen Integration bei schizophrenen Patienten. Ergotherapie und Rehabilitation. 2003 b; 3:15.
Hesse W, Prünte K. Sensorische Integration und schizophrene Störungen, Teil I–III: Ein heuristisches Rahmenmodell zu Störungen der sensorischen Integration bei schizophrenen Patienten. Ergotherapie und Rehabilitation. 2003 c; 4:11.
Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. Nervenarzt. 1986; 54:23.
Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Heidelberg: Springer; 1959.
Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P, Hrsg. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer; 2. Auflage 2004.
Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M. Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. Fortschr Neurol Psychiat. 1998; 66:545.
Kapfhammer H-P. Angststörungen. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie, Heidelberg: Springer; 2005.
Kapfhammer H-P. Zwangsstörung. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer; 2005.
Keller MB, Lavori PW, Mueller TI et al. Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression: A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49:809.
Kernberg OF. Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta; 1981/1992.
Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U, Hrsg. Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer; 2000.
Kielhofner G. A model of human occupation: theory and application. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
Kielhofner G. A model of human occupation: theory and application. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2008.
Kielhofner G, Henry AD. Development and investigation of the Occupational Performance History Interview. Amer J Occup Ther. 1988; 42:489.
Kielhofner G, Mallinson T, Crawferd C, Nowak M, Rigby M, Henry A, Walens D. The Occupational Performance History Interview (Version 2.1) (Interview zur Betätigungsvorgeschichte). Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B. u. J. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008.
Kind J. Suizidal – Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1996.
Knuf A. Schreckgespenst Borderline? Soziale Psychiatrie, Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. 2002; 1:24.
Knuf, A. & Tilly, C. Borderline. Das Selbsthilfebuch. Ratschlag. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2005. Köni-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

phrener Patienten. Ergotherapie und Rehabilitation. 1998; 1:5.
Kraeplin E. Psychiatrie. Leipzig: Barth; 1913.
Kreisman JJ, Straus H. Ich hasse dich – verlass' mich nicht. München: Kösel; 1992.
Kubny-Lüke B. Personenzentrierte Hilfen in der Psychiatrie. Ergotherapie und Rehabilitation. 2002; 9:5.
Kubny-Lüke B. SI in der Psichiatrie? Ergotherapie und Rehabilitation. 1993; 6:515.
Lakatos A, Reinecker H. Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe; 2007, 3. Auflage.
Laux G: Chronifizierte Depression. Stuttgart: Enke; 1986.
Laux G. Neue Antidepressiva – eine kritische Übersicht. In: Wolfersdorf M, Hrsg. Depressionsstationen, stationäre Depressionsbehandlung: Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung. Heidelberg: Springer; 1997.
Laux G. Affektive Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer; 2005.
Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. COPM – Canadian Occupational Performance Measure. Deutsche Übersetzung Dehnhardt B, Harth A, Meyer A. Im Eigenverlag der Übersetzerinnen 1999 (Originalarbeit 1998). Zu beziehen über: www.copm-zertifikat.de.
Liberman et al. Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an die Gesellschaft. In: Böker W, Brenner H-D, Hrsg. Bewältigung der Schizophrenie. Bern: Huber; 1986; 96.
Lichtenberg JD. Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Vortrag für Renü-Spitz-Gesellschaft, München 1984. Heidelberg: Springer; 1991.
Linehan MM. Dialektisch behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien; 1996.
Mahler MS, Pine F, Bergmann A. Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer; 1978.
Mahnkopf A, Rahn E. Angehörigenarbeit in der Depressionsbehandlung. In: Wolfersdorf M, Hrsg. Depressionsstationen, stationäre Depressionsbehandlung: Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung. Heidelberg: Springer; 1997.
Marotzki U, Hrsg. Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt: eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Heidelberg: Springer; 2002.
Marziali E, Munroe-Blum H. Interpersonal group psychotherapy for borderline personality disorder. New York: Basicbooks; 1994.
Matsutsuyu J. The Interest Checklist. Amer J Occup Ther. 1967; 11:170.
Möller HJ, Deister A. Schizophrenie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer; 2005.
Möller HJ et al. Psychiatrie und Psychotherapie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. Heidelberg: Springer; 2005.
Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer; 2005.
Moore-Corner R, Kielhofner G. Work Environment Impact Scale (WEIS). Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber (Marotzki U, Trans.). Im Eigenverlag der Übersetzerin. AHA… Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) 1999 (Originalarbeit erschienen 1995).
Moore-Corner R, Kielhofner G, Work Environment Impact Scale (WEIS). Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber. Deutsche Übersetzung: Marotzki U. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.
Moro, CD. A Comprehensive Literature Review Defining Self-Mutilation and Occupational Therapy Intervention Approaches: Dialectical Behavior Therapy and Sensory Integration. Occupational Therapy in Mental Health, 2007, 23, 1: 55–67.
Oakley F, Kielhofner G, Barris R. The role checklist. Occup Ther J Res. 1986; 6:157.
Olbrich R. Psychologische Verfahren zur Reduktion kognitiver Defizite. Fort Neurol Psychiat. 1999; 2:74.
Rahn E. Borderline. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.
Rahn E, Mahnkopf A. Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2005.
Rahn, E. Umgang mit Borderline-Patienten, Basiswissen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2003. Roder V, Brenner H, Kienzle N, Hodel B. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). München: Psychologie Verlags Union; 1988.
Rogers J, Weinstein J, Figone J. The interest checklist: Empirical assessment. Amer J Occup Ther. 1978; 32.
Rohde-Dachser C. Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber; 1979/1989.
Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houbon I. DSM-IV. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Göttingen: Hogrefe; 2003.
Scharfetter C. Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1976.
Scheepers C. Ergotherapeutische Wahrnehmungsbehandlung schizophrener Ich-Störungen. Ergotherapie und Rehabilitation. 1997; 4:335.
Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2007.
Scheiber I. Ergotherapie in der Psychiatrie. 2. Aufl. Stam: Bardtenschlager; 1995.
Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1921.
Seligmann MEP. Learned helplessness. San Francisco: Freeman; 1975.
Stone MH, Hurt SW, Stone DK. The PI 500: Long-term follow-up of borderline patients meeting DSM III criteria: I. Global outcome. J Personal Dis. 1987; 1:291.
Tölle R, Windgassen K. Psychiatrie, 14. Auflage. Heidelberg: Springer; 2005.
Winnicott DW. Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt: Fischer; 1965/1984.
Winnicott DW. Vom Spiel zur Kreativität. 6. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta; 1992.
Wolfersdorf M. Depressionsstationen, stationäre Depressionsbehandlung: Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung, Heidelberg: Springer; 1997.
Zimbardo PG, Ruch Fl. Lehrbuch der Psychologie. 3. Auflage. Heidelberg: Springer; 1978.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5

Ergotherapie in psychiatrischen Fachbereichen

5.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie	268
5.2	Gerontopsychiatrie	337
5.3	Psychosomatik	363
5.4	Sucht	389
5.5	Forensische Psychiatrie	426
5.6	Literatur	446

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anja Timmer und Susanne Wortelkamp

5.1.1 Einleitung

Der kinder- und jugendpsychiatrische Fachbereich ist zwar ein kleines, aber interessantes und herausforderndes Arbeitsfeld für Ergotherapeuten. Ein wesentlicher Unterschied zur erwachsenenpsychiatrischen Arbeit ist die große Motivation und Begeisterungsfähigkeit der Kinder und auch vieler Jugendlicher für handwerkliche, kreative und spielerische Betätigung, wodurch das ergotherapeutische Arbeiten mit dieser Klientel erleichtert wird.

Die Freude, die bei einem Großteil der psychiatrisch behandelten Kinder trotz ihrer Probleme vorhanden oder schnell durch ergotherapeutische Mittel und Maßnahmen zu wecken ist, ist für den therapeutischen Prozess von großem Wert. Andererseits erschwert die Vielfalt der menschlichen Entwicklung für jeden in diesem Fachbereich Tätigen die Abgrenzung zwischen entwicklungsbedingten, noch angemessenen Verhaltensweisen *und* deren Abweichungen und Klassifizierung die pädagogische und therapeutische Arbeit. Dies macht eine umfangreiche und detaillierte Diagnostik erforderlich, an der sich die Ergotherapeutin durch Gespräche, durch strukturierte und unstrukturierte Verhaltensbeobachtungen, durch Screenings, standardisierte Tests und durch klientenzentrierte Assessments beteiligt. Der klientenzentrierte Ansatz gewinnt auch bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards innerhalb des Gesundheitswesens an Bedeutung, da die subjektive Klientenzufriedenheit als wichtiger Parameter der Ergebnisqualität therapeutischer Arbeit angesehen wird. Ein weiteres Aufgabengebiet der Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Diagnostik von Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen und den damit evtl. verbundenen Anpassungsschwierigkeiten im Alltag, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen. Eine grundsätzliche Frage einer alltagsnahen und lebensweltorientierten Ergotherapie ist, inwieweit das Kind oder der Jugendliche in seiner individuellen und sozialen Handlungsfähigkeit im Alltag eingeschränkt ist.

Neurophysiologische, neuropsychologische und entwicklungspsychologische Kenntnisse sind in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen hilfreich, um Zusammenhänge zu verstehen und dem Patienten gerecht zu werden. Jede Entwicklungsstufe an sich stellt andere Anforderungen an das Gegenüber. Durch die hinzutretenden psychiatrischen Störungen der Kinder und Jugendlichen wird diese Herausforderung an die Ergotherapeutin noch komplexer. Kinder haben außerdem meist kein bewusstes, differenziertes Bild über die eigene Problematik. Zum Teil besteht anscheinend überhaupt kein Leidensdruck bei jungen Patienten. Andere äußern eine Ahnung, dass irgendetwas nicht mit ihnen stimmt, oder können einzelne Schwierigkeiten benennen. Manche Patienten haben einen großen Leidensdruck und suchen Hilfe. Eine weitere Gruppe von Patienten ist zur Behandlung nur mit Ankündigung schwerwiegender Konsequenzen (z. B. Schulverweis) gedrängt oder sogar mit gerichtlichem Beschluss geschlossen untergebracht worden.

Therapievoraussetzungen

Dies bildet die unterschiedlichsten Therapievoraussetzungen und erfordert einfühlsame Beobachtung und eine vom Team getragene Entscheidung, inwieweit es therapeutisch sinnvoll ist, Problembereiche dem Kind bewusst zu machen. Werden jedoch Probleme vom Kind wahrgenommen, können auch die Zielsetzungen der Behandlung mit dem Kind erarbeitet werden. Bei geringer oder fehlender Therapiemotivation ist im besonderen Maße die pädagogische und therapeutische Arbeit erschwert, jedoch lassen sich die meisten dieser Patienten in der Ergotherapie zumindest zu kompetenzzentrierten Inhalten motivieren. Auch wenn es nur in wenigen Fällen einen Behandlungsauftrag durch den Patienten selbst gibt, sondern dieser durch die Eltern oder andere Instanzen bestimmt wird, sollte ein grundlegendes Ziel sein, das Kind/den Jugendlichen zu motivieren, die Behandlung als eine Chance zu einer Veränderung in seinem Sinne zu begreifen. Durch eine klientenzentrierte Arbeitsweise erlebt das Kind/der Jugendliche, dass er selbst den Behandlungsprozess mitgestalten kann. Dennoch befinden sich Kinder und Jugendliche, nach Entwicklungsstufe und Alter unterschiedlich stark, immer in einer emotionalen, räumlichen und finanziellen Abhängigkeit von den Erziehungsberechtigten und anderen Bezugspersonen, sodass sie in besonderer Weise in ein System eingebunden sind. Aus diesem Grund kann bei Kindern und Jugendlichen kaum eine Therapie langfristig Erfolg haben, die ausschließlich kindzentriert ausgerichtet ist und nicht die Bezugspersonen in die Behandlung mit einbezieht. Dies erfordert auch in der Ergotherapie im besonderen Maße eine systemische Sichtweise. Das Kind oder der Jugendliche steht also nicht allein im Blickfeld, sondern das Familiensystem als Ganzes. Das Erziehungsverhalten der Eltern und Großeltern, das Verhältnis zu den Geschwistern und der Einfluss

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

der Schule und der Gleichaltrigen und vieles mehr müssen in die Betrachtung mit einbezogen werden.

An dieser Stelle wird deutlich, dass es in der Arbeit mit psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen um therapeutisches, aber auch um pädagogisches Handeln geht. Beides ist eng verwoben und zum Teil schwierig zu trennen. So kann z. B. ein Lob oder eine Belohnung eine pädagogische Handlung oder auch eine verhaltenstherapeutische Verstärkung sein. Die therapeutische Haltung ist also mit einer Erziehungshaltung verknüpft (s. S. 299f). Der Umgang mit dem psychisch auffälligen Kind, als Mensch in der Entwicklung, erfordert also auch die Auseinandersetzung mit pädagogischen Fragen, birgt aber auch die Chance eines großen Entwicklungs- und Veränderungspotenzials.

Teamarbeit

Um ein abgerundetes Bild der Lebenssituation und auch des psychischen Zustandes eines Patienten zu erhalten, ist eine intensive Teamarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen erforderlich, sodass sich die einzeln gewonnenen Erkenntnisse, Hinweise und Hypothesen wie Puzzleteile zu einem Ganzen zusammenfügen. Die Zuständigkeiten und Aufgabenverteilungen können in den verschiedenen stationären, teilstationären und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbereichen sehr variieren.

Elternberatung

Der Erfolg einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und vor allem der langfristige Verlauf nach der Entlassung sind wesentlich von der effektiven Zusammenarbeit mit den Eltern und dem Umfeld (Schule) abhängig. Auch die in der Ergotherapie mit dem Kind erarbeiteten Behandlungsziele können besser in Absprache und Zusammenarbeit mit den Eltern erreicht oder gefestigt werden. Dies ist im ambulanten und tagesklinischen Setting am ehesten möglich. Im stationären Bereich wird die Elternberatung dagegen vorwiegend von anderen Berufsgruppen wie Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern durchgeführt.

Die stationäre Eltern-Kind-Behandlung stellt hier eine Ausnahme dar. Auf einer Eltern-Kind-Station werden Eltern bzw. ein Elternteil und Geschwister des Patienten ebenfalls stationär oder teilstationär aufgenommen und intensiv in den therapeutischen und pädagogischen Prozess mit einbezogen. Bei diesem therapeutischen Konzept arbeiten alle beteiligten Berufsgruppen, wie z. B. das Pflege- und Erziehungsteam, die Ergotherapeuten, die Bewegungs-, Tanz- und Musiktherapeuten, die Logopäden und die Heilpädagogen mit den Eltern und ihren Kindern.

Versorgungsformen

Bei den verschiedenen Versorgungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geht die Tendenz dahin, den stationären Bereich zugunsten des teilstationären und ambulanten Bereiches zu verkleinern. Dies liegt nicht nur in Sparmaßnahmen des Gesundheitswesens begründet, sondern ist vielmehr therapeutisch sinnvoll.

Einerseits ist es bei einem großen Teil der Patienten nicht erforderlich und dadurch nicht sinnvoll, sie ganz aus ihrem familiären Umfeld herauszunehmen, andererseits kann durch die Gemeindenähe der Tageskliniken und Ambulanzen eine effektivere und intensivere Elternarbeit geleistet werden. Ambulante Ergotherapie findet auch in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater statt, die im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) eine Ergotherapeutin eingestellt haben. In einer solchen Praxis ist eine ganzheitliche Versorgung des Kindes durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet. Eine interessante Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten stellt die Therapie im natürlichen Milieu (home treatment) dar. Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bleibt unverzichtbar, so z. B. bei Selbst- und Fremdgefährdung, bei Deprivations- und Misshandlungssyndromen, bei akuten Psychosen, bei massiven Störungen des Sozialverhaltens mit psychiatrischer Begleitsymptomatik, bei Suchtproblematiken und allen anderen Störungen, die eine Distanz zu alten Bezügen und Beziehungen und eine kontinuierliche Kontrolle des Behandlungspozesses als Grundlage für weitere therapeutische Maßnahmen erforderlich machen.

Behandlungsdauer

Die stationäre und teilstationäre Behandlungsdauer kann zwischen wenigen Tagen (z. B. zur Teildiagnostik oder Medikamenteneinstellung) und mehreren Wochen (z. B. bei psychotischen Patienten) liegen. Im Allgemeinen werden die Kostenzusagen der Krankenkassen zunehmend begrenzt, sodass häufig der Schwerpunkt der Behandlung in der diagnostischen Abklärung und der Einleitung notwendiger therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen liegt,

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

wodurch die ambulante Nachsorge und die Kooperation mit der Jugendhilfe für einen günstigen Verlauf noch mehr an Bedeutung gewinnen.

Ambulante Nachsorge

Die ambulante Nachsorge kann z. B. eine Psychotherapie oder Familientherapie bei dem behandelnden oder niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen oder einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sein. Auch eine ambulante Ergotherapie in einer ET-Praxis oder z. B. ein Legasthenietraining kann als ambulante Nachsorge erforderlich sein. Zur langfristigen pädagogischen Unterstützung kann als Jugendhilfemaßnahme z. B. eine Betreuung in einer Tagesgruppe, eine soziale Gruppenarbeit oder eine sozialpädagogische Familienhilfe erfolgen. Auch ein Schulwechsel auf eine dem Patienten entsprechende Schulform kann eine große Entlastung schaffen.

Kapitel 5.1.2 gibt einen groben Überblick über die häufigsten in der Kindheit und Jugend auftretenden spezifischen Störungen. Es ergänzt die Störungsbilder, die Kapitel 4 am Beispiel der Erwachsenenpsychiatrie beschreibt. In Kapitel 5.1.3 werden die speziellen Aspekte der ergotherapeutischen Haltung, Befunderhebung und Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie theoretisch und praxisnah durch Ideensammlungen und kurze Fallbeispiele dargestellt. Darüber hinaus werden noch andere angewandte oder einflussnehmende Verfahren und Konzepte vorgestellt, bevor das Kapitel mit zwei längeren Fallbeispielen abschließt.

5.1.2 Störungsbilder

Bei der Darstellung der häufigsten Störungsbilder wird überwiegend auf die Werke von Steinhausen (2000) und Mattejat (2006) sowie auf die ICD-10 Bezug genommen. Verzichtet wurde auf die Darstellung der folgenden Störungsbilder, weil sie entweder nur selten vorkommen, in Spezialeinrichtungen behandelt werden, ergotherapeutisch weniger relevant sind oder weil sie für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in der ICD-10 nicht gesondert beschrieben und somit in den Kapiteln der Erwachsenenpsychiatrie in diesem Buch dargestellt werden:

- affektive Störungen (ICD-10: F30–F39)
- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40–F48) wie phobische Störungen, Angststörungen (s. S. 249ff.), Zwangsstörungen (s. S. 257ff.), Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, Konversionsstörungen und somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)
- psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (ICD-10: F66)
- Intelligenzminderung (ICD-10: F70–F79)
- tief greifende Entwicklungsstörungen wie z. B. frühkindlicher Autismus, Rett-Syndrom, Asperger-Syndrom (ICD-10: F84)
- organische Psychosyndrome wie z. B. nach Schädel-Hirn-Traumen oder bei Hirntumoren
- psychische Störungen bei chronischen körperlichen Krankheiten und Behinderung.

Die Intelligenzminderung wird nicht beschrieben, da davon ausgegangen wird, dass geistige und Lernbehinderungen dem Leser bekannt sind. Dennoch wird im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung häufig eine Intelligenzminderung oder gelegentlich auch eine Hochbegabung festgestellt. Sowohl eine chronische Überforderung als auch eine Unterforderung können wesentlich zu psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen beitragen oder koexistent sein. So kann es durchaus vorkommen, dass ein Schulwechsel als Maßnahme schon ausreicht, um für das betroffene Kind die Rahmenbedingungen zu verändern und damit eine ausreichende Entlastung zu erreichen, die zum Ausbleiben der vorherigen Symptomatik (z. B. Schulverweigerung, provokantes Störverhalten) führt.

Emotionale Störungen

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Mit dem Begriff der emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend werden relativ undifferenzierte uneinheitliche Symptomkonstellationen beschrieben, die überwiegend dadurch gekennzeichnet sind, dass sie in spezifischen Altersabschnitten auftreten und im Gegensatz zu den neurotischen Störungen des Erwachsenenalters eher eine Verstärkung normaler Entwicklungsphänomene darstellen.

Emotionale Störung: Beeinträchtigende Gefühle bzw. Gemütsbewegungen bei Kindern und Jugendlichen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ICD-10-Klassifikation

F93.0: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
F93.1: Phobische Störung des Kindesalters
F93.2: Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters
F93.3: Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität.

Die eher im Jugend- und Erwachsenenalter als im Kindesalter auftretenden generalisierten Angststörungen, sozialen Phobien, Agoraphobien, Depressionen und Zwangsstörungen werden in der ICD-10 nicht gesondert für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich klassifiziert und als solches in diesem Kapitel nicht weiter behandelt (s. Kap. 4). Die emotionale Störung wird als häufigste Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt. In größeren Kliniken kann sie ein Drittel der Gesamtklientel ausmachen. Studien haben in Deutschland eine Prävalenzrate von ca. 10% festgestellt.

Klinik und Diagnostik

Emotionale Störung mit Trennungsangst

Gemäß der ICD-10 ist bei der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters das diagnostische Hauptmerkmal eine übermäßig ausgeprägte Angst vor der Trennung von solchen Personen, an die das Kind gebunden ist. Meist sind dies Eltern oder andere Familienmitglieder. Trennungsängstliche Kinder zeigen

- unrealistische Besorgnis, dass den Hauptbezugspersonen etwas zustoßen könnte, dass sie weggehen und nicht wiederkommen könnten
- unrealistische, vereinnahmende Besorgnis, dass irgendein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hauptbezugsperson trennen könnte
- anhaltende Abneigung vor oder Verweigerung des Schulbesuchs aufgrund der Trennungsängste und weniger aus Furcht vor schulischen Ereignissen oder Leistungsängsten
- anhaltende Abneigung oder Verweigerung, ins Bett zu gehen, ohne dass eine Hauptbezugsperson dabei oder in der Nähe bleibt
- anhaltende unangemessene Furcht, allein oder tagsüber ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein
- wiederholte Albträume, die von Trennung handeln
- wiederholtes Auftreten körperlicher Symptome bei Trennung von einer Bezugsperson
- extremes wiederkehrendes Unglücklichsein, das sich z. B. in Form von Angst, Schreien, Wutausbrüchen, Apathie oder sozialem Rückzug vor, während oder nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson zeigt.

Differenzialdiagnostisch darf die Symptomatik nicht ein Teil einer generalisierten Angststörung des Kindesalters/F93.8 darstellen.

Phobische Störung

Die Diagnose phobische Störung des Kindesalters soll gemäß ICD-10 nur für entwicklungsphasenspezifische Befürchtungen verwendet werden, so für die Angst vor Ereignissen bzw. Objekten (z. B. Dunkelheit, Tiere, Sturm) und für die Angst vor körperlicher Verletzung (z. B. durch Operationen, bestimmte Nahrung, Bakterien). Diese Phobien als objekt- bzw. situationsbezogene Ängste müssen in der entwicklungsangemessenen Altersstufe beginnen, in ihrem Ausmaß klinisch abnorm sein und keinen Teil einer generalisierten Angststörung darstellen (ICD-10: F93.1).

Störung mit sozialer Überempfindlichkeit

Bei der Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters stehen eine durchgängige wiederkehrende Furcht vor Fremden und die Vermeidung sozialer Begegnungen hauptsächlich mit Erwachsenen, aber auch mit Gleichaltrigen oder mit beiden im Mittelpunkt der Symptomatik. Sie sollte vor dem sechsten Lebensjahr beginnen, nicht Teil einer generalisierten Angststörung und von bedeutsamen sozialen Beeinträchtigungen begleitet sein (ICD-10: F93.2).

Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität

Die emotionale Störung mit Geschwisterrivalität ist gekennzeichnet durch Geschwisterrivalität und Eifersucht gegenüber einem meist unmittelbar folgenden jüngeren Geschwisterkind. Sie beginnt während der Monate nach der Geburt und ist bezüglich Ausmaß und Dauer ungewöhnlich ausgeprägt und mit psychosozialer Beeinträchtigung verbunden (ICD-10: F93.3).

Diagnostik

Für die Diagnostik emotionaler Störungen im Kindes- und Jugendalter sind die Untersuchung und Befragung des Kindes, die Befragung der Bezugspersonen (Exploration) und die Verhaltensbeobachtung von wesentlicher Bedeutung. Zusätzlich können Angst- und Persönlichkeitsfragebögen und bei Phobien Situationstests eingesetzt werden. Die körperliche Untersuchung muss körperliche Erkrankungen als Ursache für die Symptomatik ausschließen. Zusätzliche Belastungen können durch entwicklungsneurologi-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

sche, neuropsychologische und intelligenzorientierende Untersuchungen und Tests erkannt werden.

Ätiologie

Zur Entstehung emotionaler Störungen im Kindes- und Jugendalter werden unterschiedliche Faktoren in Betracht gezogen:

- Im Sinne eines Vulnerabilitätsfaktors ist das Temperament der betroffenen Kinder mit Trennungsangst, sozialer Überempfindlichkeit oder Phobien häufig von einer hohen Sensibilität und leichter Irritierbarkeit bei neuen Situationen gekennzeichnet.
- Umweltfaktoren wie Trennungserfahrungen, Erkrankung, Verlust oder Tod von Bezugspersonen, Partnerstörungen, Krankenhausaufenthalte oder andere traumatische Erlebnisse können emotionale Störungen auslösen, insbesondere wenn aufgrund des Entwicklungsstandes eine Verarbeitung des Erlebten nur eingeschränkt möglich ist.
- Die Modellfunktion der Eltern für pathologische Angstbewältigung und eine übermäßig enge Bindung an die Bezugsperson können auslösend und symptomunterstützend sein.

Therapie und Verlauf

Bei Angstsyndromen werden im ambulanten, teilstationären sowie im stationären Bereich Psychotherapie, Verhaltenstherapie, hier insbesondere die systematische Desensibilisierung (Konfrontation in vivo) bei spezifischen Phobien und kognitive Interventionen zur Veränderung dysfunktionaler, angsterhaltender Gedankengänge durchgeführt. Die Pharmakotherapie wird ausschließlich zur kurzfristigen Entlastung in Krisensituationen eingesetzt. Die Beratung der Eltern und Geschwister in Bezug auf ihre Modellfunktion für eine adaptive Angstbewältigung und der Abbau überfürsorglicher, bindender Beziehungsgestaltung sind von zentraler Bedeutung. In diesem Zusammenhang ist eine stationäre Aufnahme zur Verselbstständigung des Kindes häufig erforderlich. Bei der Geschwisterrivalität, die häufig komorbid zu anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen auftritt, steht die Elternberatung im Mittelpunkt der Behandlung. Symptomunterstützendes Erziehungsverhalten und andere, die Rivalität der betroffenen Geschwister unterstützende Faktoren können wahrgenommen und Möglichkeiten zur Entschärfung des Rivalitätskonfliktes erarbeitet werden.

In der Ergotherapie können das Selbstvertrauen und die Eigeninitiative des ängstlichen Kindes gestärkt werden, Gefühle und Erlebnisse auch nonverbal ausgedrückt und soziale Kompetenzen gefördert werden.

Der Verlauf vieler Ängste und spezifischer Phobien im Kindesalter ist eher günstig. Dennoch belegen jüngste Forschungen, dass Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ein ernst zu nehmender Risikofaktor für die Ausbildung psychischer Störungen im Erwachsenenalter sind (Angststörungen, affektive Störungen und Sucht) und sich nicht einfach „auswachsen". Ein ungünstiger Verlauf zeigt sich bei Kindern mit Trennungsangst, die häufig psychisch auffällig bleiben und teilweise im Erwachsenenalter eine Agoraphobie und Panikattacken entwickeln. Die Prognose verschlechtert sich generell mit ausgeprägtem Schweregrad und zunehmender Chronifizierung (Steinhausen 2000).

Störung des Sozialverhaltens

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Die folgende Definition orientiert sich an der ICD-10.

> *Störungen des Sozialverhaltens:* Ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens.

Das auffällige Verhalten muss über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten beobachtet werden, bevor die Diagnose gestellt werden kann.

Symptome

Kinder und Jugendliche mit dieser Diagnose zeigen in ihrem Verhalten eine Vielzahl von Symptomen, die häufig gemeinsam auftreten. Dies sind u. a.:

- fehlender Gehorsam mit schweren Regelverstößen
- dominantes und bestimmendes Verhalten
- extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren und körperliche Auseinandersetzungen
- ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche
- körperliche Auseinandersetzungen auch mit Erwachsenen
- Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren
- Schule schwänzen, Schulverweis
- Lügen
- Stehlen, Einbruchsdelikte
- von zu Hause weglaufen
- Zündeln, Brandstiftung, Destruktivität gegenüber Eigentum
- Anschluss an andere delinquente Kinder und Jugendliche und/oder Drogenmissbrauch.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Jedes dieser Beispiele ist bei erheblicher Ausprägung ausreichend für die Diagnose, nicht aber nur eine isolierte dissoziale Handlung.

Prävalenzraten

Die Prävalenzraten für Störungen des Sozialverhaltens liegen in epidemiologischen Studien bei 5 bis 8%, wobei Jungen bis zu dreimal häufiger betroffen sind als Mädchen. Vom Kindes- bis zum Jugendalter nehmen aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen in ihrer Häufigkeit zu und unterscheiden sich bei Jungen und Mädchen in ihrer Ausprägung. Während Jungen eher die direkten, körperlich-aggressiven und delinquenten Verhaltensweisen zeigen, äußern sich die Aggressionen bei Mädchen häufiger in sozial-manipulativer Form (negative Dinge über eine Person verbreiten, um sie sozial zu isolieren). In den letzten Jahren hat sich hierfür der Begriff der „relationalen Aggression" entwickelt.

Im Jugendalter lassen sich Zahlen zur Häufigkeit am ehesten anhand der tatsächlichen Strafverfolgung ermitteln. Hier ist jedoch von einer großen Dunkelziffer auszugehen. Für das gesamte Kindes- und Jugendalter wird international die Rate vom meist einmaligen delinquenten Handlungen auf 5–15% geschätzt, wobei Jungen vier- bis fünfmal häufiger betroffen sind. Etwa die Hälfte der Kinder wird nur einmal auffällig, ein Viertel wird mehrfach auffällig sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter und ein weiteres Viertel wird einmal im Kindes- und später wieder im Jugendalter auffällig.

Klassifikation

Die Klassifikation der ICD-10 unterscheidet verschiedene Formen und Unterformen der Störungen des Sozialverhaltens. Die wesentlichen sind:

F91.0: Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens: Die Schwierigkeiten treten fast ausschließlich innerhalb der Familie bzw. im Lebensumfeld auf.

F91.1: Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen: Diese Kinder sind häufig isoliert und unbeliebt, sie haben keine engen Freunde und oft auch zu Erwachsenen ein gespanntes Verhältnis.

F91.2: Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen: Das betroffene Kind oder der Jugendliche hat zwar Freunde unter Gleichaltrigen, diese sind aber häufig auch delinquent oder dissozial und tolerieren das Verhalten bzw. heißen es gut.

F91.3: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem aufsässigem Verhalten: Diese eher leichte Störung tritt überwiegend bei jüngeren Kindern unter zehn Jahren auf. Es kommt zwar zu aufsässigem und trotzigem Verhalten, aber nicht zu schweren dissozialen und aggressiven Handlungen.

Abhängig vom Alter, in dem die Störung beginnt, unterscheidet man die beiden folgenden Gruppierungen:

- Beginn vor dem 10. Lebensjahr:
  - wesentlich mehr Jungen als Mädchen
  - häufig körperliche Aggressionen
  - häufig gestörte Peer-Beziehungen
  - eher ungünstiger chronischer Verlauf zur dissozialen Persönlichkeitsstörung
- Beginn nach dem 10. Lebensjahr:
  - mehr Jungen als Mädchen
  - seltener aggressives Verhalten
  - bessere Beziehung zu Gleichaltrigen
  - seltener chronischer Verlauf zur dissozialen Persönlichkeitsstörung.

Klinik und Diagnostik

Eine Störung des Sozialverhaltens kann sowohl eigenständig als auch in Kombination mit weiteren psychiatrischen Störungen vorkommen, von denen sie teilweise auch differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden müssen.

- *Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* (ICD-10: F.92.8): Neben dem aggressiven, dissozialen oder aufsässigen Verhalten liegen deutliche Symptome von Depression, Angst oder anderen emotionalen Störungen vor.
- *Hyperkinetische Störungen:* Kinder mit einer hyperkinetischen Störung zeigen häufig auch Störungen des Sozialverhaltens.
- *Störungen durch Substanzkonsum* (ICD-10: F.10–F19) treten ebenfalls häufig komorbid mit Störungen des Sozialverhaltens auf.

Differenzialdiagnostisch sind folgende Störungen in Betracht zu ziehen:

- emotionale Störung mit Geschwisterrivalität (F.93.3)
- Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24)
- Psychosen
- organische Psychosyndrome.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Diagnostik

Kinder und Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens bedürfen einer ausführlichen Diagnostik, die im Einzelnen besteht aus: Eigenanamnese, Familienanamnese, Exploration des Jugendlichen bzw. Kindes, Diagnosecheckliste z. B. DISYPS-KJ (siehe unten), psychologische Testuntersuchungen (Intelligenzniveau, Sprache, Teilleistungsstörungen), körperliche und neurologische Untersuchungen.

Exkurs: Diagnostiksystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ)

DISYPS-KJ ist ein Diagnostiksystem zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen entsprechend den Diagnosekriterien der ICD-10 und des DSM-IV nach *Döpfner und Lehmkuhl* (Döpfner et al. 2000). Es umfasst die im Kindes- und Jugendalter wichtigsten Störungsbereiche (hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, depressive Störungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Tic-Störungen, Bindungsstörungen und Mutismus). Dabei werden drei Beurteilungsebenen miteinander kombiniert. Die klinische Beurteilung erfolgt anhand der Diagnosechecklisten. Die Einschätzung durch Eltern, Lehrer und Erzieher kann anhand von Fremdbeurteilungsbögen vorgenommen werden. Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren können sich selbst anhand von Selbstbeurteilungsbögen einschätzen.

Ätiologie

Störungen des Sozialverhaltens mit den Leitsymptomen von Aggressivität und Delinquenz müssen ursächlich breit betrachtet werden. Neben der Sicht auf das Individuum, die situativen Umstände und das soziale Umfeld müssen auch gesellschaftliche und kulturelle Faktoren mit einbezogen werden. Im Einzelnen können folgende Schwierigkeiten und Risiken die Entstehung einer Störung des Sozialverhaltens begünstigen:

- genetische und neurophysiologische Faktoren
- prä- und perinatale Risikofaktoren (z. B. mütterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch)
- schulische Leistungsschwierigkeiten
- Drogenmissbrauch
- dissoziale Verhaltensweisen in der Familie (Modell lernen),
- dissoziale Freunde/Jugendbanden
- mangelnde emotionale Unterstützung und Akzeptanz gegenüber dem Kind
- Gewaltanwendung in der Familie
- Randgruppenzugehörigkeit und soziale Isolierung/Gettoisierung
- ökonomische Armut, Arbeitslosigkeit
- psychische Auffälligkeiten in der Familie (z. B. Drogen und Alkoholmissbrauch)
- Vernachlässigung, Misshandlung, körperlicher oder sexueller Missbrauch
- Stieffamilienstatus, Adoption
- Unterbringung in Pflegefamilien, Wohngruppen oder Heimen.

Therapie und Verlauf

Prognose

Die Prognose für Störungen des Sozialverhaltens ist häufig schlechter als bei vielen anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern. Deshalb sind effektive therapeutische Maßnahmen von großer Bedeutung.

Aufgrund der vielfältigen Symptomatik, die von Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen bis hin zu aggressiven Impulsdurchbrüchen und delinquentem Verhalten reicht, kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie hier in der Regel nicht die einzige Anlaufstelle sein, sondern die verschiedenen Maßnahmen der Jugendhilfe (wie z. B. sozialpädagogische Familienhilfe, Tagesgruppen, Erziehungsbeistandschaften, 5-Tage-Wohngruppen) und anderer Behörden (Schulbehörde, Jugendgericht) müssen hier zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zusammen greifen.

Therapie

Zunächst kommen die verschiedenen Strategien und Programme der *Verhaltenstherapie* zum Einsatz. Hauptziele der Behandlung sind hier eine Reduktion des antisozialen Verhaltens und das Erlernen von Verhaltensalternativen.

Erwünschtes Verhalten wird positiv verstärkt, unangemessenes Verhalten wird bestraft. Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist außerdem die *Familienberatung und -unterstützung* in Bezug auf Erziehungspraktiken und Bewältigung familiärer Probleme, um die gestörten Beziehungen innerhalb der Familie zu verbessern. Diese kann auch zu dem Ergebnis kommen, dass eine Fremdunterbringung (eventuell auch nur vorübergehend) des Kindes bzw. Jugendlichen die bessere Alternative ist. Bei Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens kann es aufgrund ihres Fehlverhaltens auch zu Unterbrechungen der Schullaufbahn bzw. der Ausbildung kommen, sodass sie ohne Abschluss bleiben.

Da diese Patienten häufig eine unzureichende Therapiemotivation zeigen, kann es zunächst das Ziel der Ergotherapeutin sein, die Kinder und Jugendlichen aus ihrer Verweigerungshaltung herauszulocken und zuerst über die Betätigung eine Beziehung auf-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

zubauen. In der Ergotherapie mit ihren vielfältigen Techniken und Gestaltungsmöglichkeiten bieten sich dazu viele Wege an. Der weitere ergotherapeutische Schwerpunkt ist *interaktionell,* um die sozialen Fähigkeiten (z. B. Kritikfähigkeit, Kompromissfähigkeit, das Einhalten von Absprachen und Regeln, das Übernehmen von Verantwortung) zu entwickeln. Die Ergotherapie ist hier ein überschaubarer Rahmen, um diese sozialen Kompetenzen zu üben. Sie bietet dem betroffenen Kind oder Jugendlichen, begleitet durch die Therapeutin, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten in der Gruppe, was diesen oft sehr schwerfällt. Außerdem zeigen die betroffenen Kinder und Jugendlichen häufig „hinter ihrer Fassade" ein geringes Selbstwertgefühl und trauen sich selbst nur wenig zu, sodass auch die *kompetenzzentrierte Methode* eine weitere Möglichkeit darstellt.

Die *ausdruckszentrierte Methode* findet dann Anwendung, wenn sich bei dem Kind bzw. dem Jugendlichen hinter den sichtbaren Verhaltensauffälligkeiten eine deutliche emotionale Problematik verbirgt, die z. B. durch Missbrauchserfahrungen, Misshandlungen oder andere belastende Ereignisse entstanden ist.

Aufgrund der häufig vorkommenden abgebrochenen Schul- bzw. Ausbildungslaufbahn sind in der Ergotherapie hier vor allem auch *arbeitstherapeutische, berufsfördernde- oder vorbereitende Maßnahmen* möglich.

Verlauf

60% der Erwachsenen mit einer dissozialen Persönlichkeitsentwicklung waren bereits als Kinder ausgeprägt dissozial, während mehr als 50% der schwer antisozialen Kinder keine antisozialen Erwachsenen wurden. Jugendliche mit einer schweren Störung des Sozialverhaltens/Delinquenz müssen oft über einen langen Zeitraum, teilweise bis ins junge Erwachsenenalter, pädagogisch und therapeutisch unterstützt werden, damit es nicht zum wiederholten delinquenten Verhalten kommt (Steinhausen 2000).

Hyperkinetische Störungen

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Hyperkinetische Störungen (HKS) sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das situationsübergreifend in einem Ausmaß auftritt, das dem Entwicklungsstand des Betroffenen nicht entspricht.

Die Störung sollte in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen (z. B. in der Schule, in der Familie, Untersuchungssituation) konstant auftreten und vor dem Alter von sechs Jahren beginnen.

Klassifikation

Klassifikation nach ICD-10

F90.0: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

F90.1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, bei der zusätzlich zur Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt.

Klassifikation nach DSM-IV

Nach DSM-IV lautet die international anerkannte Bezeichnung des Störungsbildes: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) als Erweiterung der früheren diagnostischen Bezeichnung der Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) (Attention Deficit Disorder, ADD). Das DSM-IV unterscheidet den vorherrschend unaufmerksamen Subtyp, den überwiegend hyperaktiv impulsiven Subtyp und den Mischtyp einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.

Klinik und Diagnostik

Die hyperkinetischen Störungen treten kulturunabhängig und bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen. Bei internationalen epidemiologischen Studien liegen in Abhängigkeit von Diagnosekriterien, Alter und Erhebungsmethode Prävalenzraten zwischen 3 und 17% vor.

Die drei Leitsymptome (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) der hyperkinetischen Störung müssen gemäß der ICD-10 mindestens über sechs Monate in einem den Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß bestehen.

Symptome

Für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung müssen mindestens sechs der folgenden Symptome von *Unaufmerksamkeit* vorliegen:

- Unaufmerksamkeit gegenüber Einzelheiten oder Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und anderen Tätigkeiten.
- Über längere Zeit fehlende Konzentrationsfähigkeit bei Aufgaben oder Spielen.
- Nicht zuhören, wenn sie angesprochen werden.
- Schularbeiten und andere Aufgaben werden oft nicht zu Ende gebracht, da die Kinder Erklärungen und Anweisungen nicht folgen können (jedoch nicht wegen oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Schwierigkeiten bei der Organisation von Aufgaben und Aktivitäten.
- Aktivitäten, die Konzentration erfordern, werden vermieden oder widerwillig erledigt.
- Häufig Verlust von Gegenständen, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind.
- Häufig Ablenkung durch äußere Reize.
- Vergesslichkeit im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten.

Weiterhin müssen zur Diagnosestellung mindestens drei der folgenden Symptome von *Überaktivität* vorliegen:

- Häufiges Zappeln mit Händen und Füßen, nicht still sitzen.
- In Situationen aufstehen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird (z. B. im Schulraum).
- Häufiges Herumlaufen, exzessives Klettern in unpassenden Situationen (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl).
- Häufig sehr lautes Spielen, ruhige Beschäftigung kaum möglich.
- Andauerndes Muster außerordentlicher motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.

Daneben muss zur Diagnosestellung eines der folgenden Symptome von *Impulsivität* vorliegen:

- Häufiges Herausplatzen der Antwort, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
- Häufiges Nichtwartenkönnen, bis die Kinder in Gruppensituationen an die Reihe kommen.
- Unterbrechen und Stören anderer, Einmischen in Gespräche oder Spiele.
- Häufiges, exzessives Reden, ohne angemessen auf Hinweise zu reagieren.

Die Diagnostik bei hyperkinetischen Störungen erfolgt mehrdimensional. Die klinische Untersuchung umfasst die persönliche Anamnese und die Familienanamnese, insbesondere in Bezug auf die störungsspezifische Entwicklungsgeschichte und das Auftreten von hyperkinetischen Störungen oder anderen psychischen Störungen in der Familie. Sie umfasst weiterhin die Exploration zur Symptomatik mit Beurteilungsfragebögen und Checklisten (z. B. die Conners-Skalen, DISYPS-KJ – Diagnostik System nach Döpfner und Lehmkuhl (2000), Verhaltensbeobachtungen sowie körperliche, entwicklungsneurologische und neuropsychologische Untersuchungen und die Intelligenzdiagnostik.

Darüber hinaus sind unabhängige Verhaltensbeurteilungen aus dem alltäglichen Umfeld des Kindes durch spezifische Fragebögen für Eltern, Erzieher oder Lehrer zur Diagnose einzuholen, da die Einzelzuwendung in Untersuchungs- und Therapiesituationen meist verhaltensregulierend wirkt und dies zu diagnostischen Fehlschlüssen führen kann.

Differenzialdiagnostisch zur hyperkinetischen Störung sind folgende Störungen in Betracht zu ziehen:

- Störungen des Sozialverhaltens, umschriebene Entwicklungsstörungen, Tic-Störungen, Zwangsstörungen und affektive Störungen sind abzugrenzen bzw. als eine mögliche komorbide Störung zu diagnostizieren.
- Psychogene Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, akut bei emotionaler Spannung, chronisch bei anhaltenden Konflikten.
- Deprivations-/Bindungsstörungen, Zustand nach Misshandlung.
- Organische/neurologische Primärstörungen (z. B. Hyperthyreose, Epilepsie, Tumoren).
- Erethie bei schwerer geistiger Behinderung, Diagnosekriterium für hyperkinetische Störungen IQ > 70.
- Psychosen oder tief greifende Entwicklungsstörungen.

Ätiologie

Spezifische und allgemeingültige Ursachen der hyperkinetischen Störung sind angesichts der Vielzahl und Heterogenität der Symptome nicht zu erwarten. Die Koexistenz einer hyperkinetischen Störung mit Zeichen einer frühkindlich entstandenen Hirnfunktionsstörung bzw. spezifischen Entwicklungsrückständen und das Auftreten von Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen bei hirnorganischen Psychosyndromen legen die Annahme einer hirnorganischen Herkunft nahe. Neuroanatomische (Veränderungen in präfrontalen Zentren), neurophysiologische (Veränderungen im EEG) und insbesondere neurochemische Annahmen (Frontalhirndysfunktion mit Dysregulation der Neurotransmitter) scheinen ursächlich von Bedeutung zu sein. Jedoch fehlen bei vielen hyperaktiven Kindern Zeichen einer neurologischen oder elektrophysiologischen Reifungsverzögerung. Für genetische Faktoren sprechen empirische Ergebnisse aus Familien- und Zwillingsstudien. Die allergologische Hypothese, dass bestimmte Nahrungsmittel bzw. -zusätze hyperkinetische Symptome verursachen können, konnte in wissenschaftlichen Studien nicht bestätigt werden. Wirksamkeitsnachweise liegen lediglich für die oligoantigene Diät vor, bei der eine routinemäßige Behandlung noch nicht möglich ist. Ein wichtiger biologischer Risikofaktor ist der mütterliche Alkohol-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

missbrauch während der Schwangerschaft. Psychosoziale Faktoren wie z. B. verschiedene familiäre Risikokonstellationen oder Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind können die Wirkung der oben genannten biologischen Faktoren verstärken und somit den Schweregrad, die Art der Begleitsymptomatik und den langfristigen Verlauf beeinflussen.

Therapie und Verlauf

Die Behandlung der hyperkinetischen Störungen muss mehrdimensional erfolgen. Die Auswahl der Behandlungsmethoden ist vom Schweregrad und von der Art der Symptomatik, vom Entwicklungsstand, von der intellektuellen Leistungsfähigkeit und den Begleitsymptomen abhängig. Auch die Ressourcen oder Grenzen des Familiensystems bedingen die Schwerpunktsetzung in der Behandlung.

Nach Döpfner et al. (2000, S. 79) ist die „Grundlage der multimodalen Behandlung (…) die Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern und des Kindes/Jugendlichen". Die Außenseitersituation des Kindes soll durch Aufklärung der Eltern, der Erzieher oder Lehrer und durch gezielte entlastende Regelungen in der Familie und in der Schule (Bewegungsmöglichkeiten schaffen, allmählich zunehmende Anforderungen an die Aufmerksamkeitsspanne) vermindert werden. In der Beratung der Eltern und des betroffenen Kindes (ab dem Schulalter) ist Aufklärung über das Krankheitsbild notwendig, wodurch Eltern eine neue Einstellung zum Verhalten ihres Kindes gewinnen können und Eltern wie Kind von möglichen Schuldzuschreibungen entlastet werden. Insbesondere bei einer stark ausgeprägten situationsübergreifenden hyperkinetischen Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung in der Familie und in der Schule (z. B. bei einer massiven Belastung der Eltern-Kind-Beziehung oder einer drohenden Umschulung auf eine Sonderschule) ist die *Pharmakotherapie* mit Stimulanzien (z. B. Methylphenidat oder D-Amphetamin) als Maßnahme der ersten Wahl zu sehen, um weitere therapeutische Maßnahmen zu ermöglichen. 70 bis 85% der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung reagieren positiv auf Stimulanzien, deren Wirkung kurzfristig und rein symptomatisch in einer verbesserten Aufmerksamkeitsleistung und in einer Abnahme der ziellosen Aktivität und Unruhe besteht. Ebenso können eine Verbesserung in der kognitiven Strukturierung, der sozialen Beziehungsfähigkeit und einer Stabilisierung der Persönlichkeit bzw. des Selbstwertgefühls erzielt werden. Die Stimulanzien bleiben ohne Gewöhnung und Abhängigkeit rein symptomatisch wirksam. Nachreifungsprozesse erklären anhaltende Besserung nach dem Absetzen der Medikation. Ohne die Störung ursächlich beheben zu können, komme, nach Steinhausen (2000), der medikamentösen Therapie mit Stimulanzien die Aufgabe zu, den Kindern mit einer hyperkinetischen Störung die Bewältigung einer für sie schwierigen Lebenssituation zu erleichtern und eine soziale Ausgrenzung oder die Entwicklung einer dissozialen oder emotionalen Störung verhindern zu helfen. Statt Stimulanzien wird auch der Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin eingesetzt.

Die medikamentöse Therapie sollte jedoch nie die ausschließliche Therapieform in der Behandlung der hyperkinetischen Störung sein. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist die *Verhaltenstherapie* mit Kontingenz- und Selbstkontrollprogrammen. Kontingenzprogramme setzen materielle und soziale Verstärker als Mittel zur Entwicklung von Verhaltenssteuerung, Konzentration und ruhigem, zielbezogenem Arbeiten ein. Die kognitiv orientierten Selbstkontrollprogramme basieren auf Selbstinstruktionen, bei denen das Kind Impulskontrolle lernen soll (Selbstmanagement). Auch das verhaltenstherapeutisch orientierte *Elterntraining* ist ein wichtiges Element, um dysfunktionale Regelkreise in der Eltern-Kind-Interaktion zu unterbrechen, positive Interaktion zu verstärken und Verhaltensprobleme zu vermindern. Bei der häufigen Koexistenz von frühkindlich entstandenen Hirnfunktionsstörungen bzw. von spezifischen Entwicklungsrückständen ist eine *Sensorische Integrationstherapie* oder eine *psychomotorische Übungsbehandlung* indiziert. In dem von den amerikanischen Ergotherapeutinnen Williams und Shellenberger (2001) entwickelten Selbstregulierungsprogramm für Menschen mit ADHS/HKS werden Inhalte der Sensorischen Integrationstherapie mit kognitiven Ansätzen verbunden (s. S. 163ff, Wahrnehmungszentrierte Methode). Dieses Konzept fließt auch neben anderen Konzepten in das von Winter und Arasin entwickelte *Ergotherapeutische Therapieprogramm bei ADHS (ETP-ADHS)* ein, das im Folgenden in einem Exkurs dargestellt wird.

Ein zentraler ergotherapeutischer Ansatz in der Behandlung von Kindern mit ADHS ist, dass sowohl das Kind als auch das Umfeld lernen, die zentralnervöse Wachheit (Alertness) über die *sensomotorisch-perzeptiven Grundprinzipien – AZAZ* (Arasin u. Winter 2007) zu beeinflussen:

- *A*ufrichtung
- *Z*entrierung
- *a*ngemessenes Tempo und
- *Z*ielgenauigkeit.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Prognose

Eine individuelle Prognose einer hyperkinetischen Störung ist kaum zu erstellen, jedoch verschlechtert sie sich bei einer massiven dissozialen Problematik. Bei fast zwei Dritteln persistiert die hyperkinetische Störung über die Adoleszenz hinaus, zwar mit verminderter motorischer Unruhe, jedoch bestehender Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität, die vermehrt zu emotionalen und sozialen Problemen führen. Ausgeprägte psychiatrische Störungen wie Ängste, Depressionen und Suchtmittelmissbrauch entwickelt ein kleinerer Teil von Patienten. Nur bei einer Minderheit ergibt sich ein völlig normaler Verlauf (Steinhausen 2000).

Exkurs: Ergotherapeutisches Therapieprogramm nach Winter und Arasin

Das von Winter und Arasin (2007) entwickelte *Ergotherapeutische Therapieprogramm bei ADHS* (ETP-ADHS) verbindet ein klar gegliedertes Trainingsprogramm für das aufmerksamkeitsgestörte und hyperaktive Kind mit einem strukturierten Training seiner Eltern und der Beratung der Lehrer.

Es besteht aus (27) Therapieeinheiten, die den 4 folgenden Bausteinen zugeordnet werden:

- *Ergotherapeutische Befunderhebung* (2 Therapieeinheiten): Nach der fachärztlichen Diagnostik einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung wird ein ergotherapeutischer Befund z. B. durch ein Erstgespräch, durch ein klientenzentriertes Assessment (hier COPM), durch Fragebögen und Verhaltensbeobachtung erstellt. Mit Eltern und Kind werden gemeinsam die Zielsetzungen erarbeitet.
- ***K**oordinations**s**chulung und **S**elbstregulations**t**raining* (KSST) (7 Therapieeinheiten): In der Koordinationsschulung und im Selbstregulationstraining soll das Kind mithilfe von Zentrierungs- und Koordinationsübungen das eigene Erregungsniveau erkennen, benennen und regulieren lernen sowie seine Bewegungsqualität und Zielgerichtetheit verbessern lernen. Die zentralnervöse Wachheit (Alertness) soll über die sensomotorisch-perzeptiven Grundprinzipien *Aufrichtung – Zentrierung – angemessenes Tempo – Zielgenauigkeit* (AZAZ) beeinflusst werden und somit fördernde Bedingungen schaffen, die Aufmerksamkeit zu erhöhen und hyperaktive Impulse zu hemmen (Arasin u. Winter 2007).
- ***H**andlungsorientiertes **A**ufmerksamkeits**t**raining* (HAT) (13 Therapieeinheiten): Im handlungsorientiertem Aufmerksamkeitstraining soll das Kind seine Handlungsplanung und -durchführung von alltagsnahen Tätigkeiten verbessern, Handlungsorganisationstricks erlernen und Ordnungsprinzipien erkennen. Es soll lernen, seine Aufmerksamkeit beim Hören und Sehen zu fokussieren, sich Inhalte besser zu merken und seine Handlung bezüglich Sorgfalt und Genauigkeit zu kontrollieren.
- *Begleitende Umfeldberatung* (5 Therapieeinheiten): Zur Erfassung der Handlungskompetenz im schulischen Alltag wird die Lehrerin mithilfe eines Telefonleitfadens interviewt. Es werden gemeinsam positive Verhaltensaufforderungen formuliert und die Einführung eines Verhaltensmonitors oder Lerntagebuchs vorgeschlagen. Außerdem werden Informationsblätter über das Störungsbild, dessen Auswirkungen und günstiges Lehrerverhalten angeboten bzw. weitergeleitet.

Für die umfangreichere Elternberatung sind mehrere Therapieeinheiten zur Information über die Therapieinhalte und -ziele sowie zur Reflexion des bisherigen Therapieverlaufs vorgesehen. Die Therapieeinheiten (45–60 Min.), die inhaltlich aufeinander aufgebaut sind, werden jeweils ritualisiert in 5 Phasen eingeteilt:

- *Einstieg:* Begrüßungsritual, Regelwiederholung und Regelleiste (auf der die gemeinsam, positiv formulierten Verhaltensweisen festgehalten und kontrolliert werden – Token- und Kontingenzentzugsverfahren), Besprechung der aktuellen Situation, Durchgehen des elterlichen Wochenprotokolls und der Hausaufgaben des Kindes.
- *Zentrierung:* Zentrierungsübung (unterschiedliche aufrechte Stehübungen mit Selbstinstruktion „In der Ruhe liegt die Kraft").
- *Training:* Die verschiedenen Trainingseinheiten sowohl zur Koordinationsschulung und zum Selbstregulationstraining (KSST) als auch zum Handlungsorientierten Aufmerksamkeitstraining (HAT) sind in eine Leitgeschichte zum Thema Zirkus eingebunden. Dem Kind werden dabei die Identifikationsfiguren Flo und Fips angeboten.
- *Reflexions- und Hausaufgaben:* Ausfüllen des Trainingstagebuchs mit dem Kind, Tokeneintausch von der Regelleiste, Besprechung der Hausaufgaben.
- *Elternberatung:* Besprechen des Reflexions- und des Elterninformationsbogens.

Durch das ***E**rgo**t**herapeutische **E**ltern**t**raining (ETET)* werden die Eltern kontinuierlich in das Ergotherapeutische Therapieprogramm für Kinder mit ADHS (ETP-ADHS) einbezogen. Es ist an sechs erprobten Programmen angelehnt (s. Anmerkung unten) und verbindet diese mit ergotherapeutischen Inhalten und Strategien. Mithilfe der folgenden standardisierten Kopiervorlagen wird das Egotherapeutische Elterntraining (ETET) in die Therapieeinheiten des laufenden Therapieprogramms integriert (Winter u. Arasin 2007):

- *Wochenprotokoll:* In das Wochenprotokoll schreiben die Eltern, was im Alltag in Bezug auf das Kind gut

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Weniger ist mehr!

Übersichtliche Umgebung

Selbstreflexion - Bitte tragen Sie zu Beginn des Trainings im Feld „Ausführung 1" ein, wie gut Ihnen die verschiedenen Trainingsaspekte gelingen. - Bitte protokollieren Sie **wöchentlich** in der Spalte „Trainingsintensität", wie intensiv Sie an den Trainingsaspekten gearbeitet haben. - Am Ende des Trainings bestimmen Sie in der Spalte „Ausführung 2", wie gut mittlerweile die Trainingsaspekte klappen.	Ausführung 1			Trainingsintensität	Ausführung 2
	10 – 9 – 8	7 – 6 – 5 – 4	3 – 2 – 1	10 – 1 viel – weniger	10 – 1 gut – nicht gut
	gelingt mir gut	gelingt mir noch nicht so gut	gelingt mir nicht gut	daran arbeite ich	Bitte tragen Sie hier die entsprechende Ziffer 1–10 ein
	☺	😐	☹	!	
Ich weiß, warum klare, erkennbare Strukturen und eine übersichtliche Umgebung für mein Kind hilfreich sind.					
Ich sorge für Ordnung in der Wohnung und bahne an, dass alle Dinge einen festen Platz haben.					
Ich sorge für Überschaubarkeit im Kinderzimmer (Spielzeug reduzieren, Kisten/Schränke beschriften, Fotos ...).					
Ich bespreche mit meinem Kind feste Aufräumzeiten.					
Ich achte darauf und bahne an, das, bevor etwas Neues gespielt wird, das Vorherige weggeräumt wird.					
Ich achte auf eine übersichtliche Arbeitsplatzgestaltung bei meinem Kind (Schreibtisch leer).					
Ich reduziere Reize (kein PC, Radio, TV...) im Kinderzimmer.					

Das hat sich besonders positiv auf uns ausgewirkt:

Abb. 5.1 Elterninformation und dazugehöriger Reflexionsbogen (Winter u. Arasin 2007).

und was nicht so gut gelungen ist. Es sollen auch Situationen beschrieben werden, in denen es sich besonders wohlgefühlt hat. Das Wochenprotokoll der Eltern wird zu Beginn jeder Therapieeinheit mit dem Kind reflektiert, wobei Positives besonders betont wird. Bei problematischem Verhalten sollten Interventionen mit Kind und Eltern überlegt werden.

- *Informationsbögen:* Diese Elterninformationen (insgesamt 25 Stück) behandeln verschiedene Themen (wie z. B. Reizverarbeitung und Selbstregulation, Handlungssteuerung, Interaktions- und Strukturierungshilfen im Alltag und auch Aktivierung von Ressourcen). Die Bögen beinhalten Anregungen zur Umsetzung im täglichen Leben mit dem Kind, die zum täglichen Training auffordern und als Elternhausaufgabe zu verstehen sind.
- *Reflexionsbögen:* In den Reflexionsbögen (insgesamt 19 Stück) beurteilen die Eltern ihre eigene Ausführung des jeweiligen Trainingsaspektes (Elternhausaufgabe) und auch die Trainingsintensität. Am Ende der Therapieeinheit wird mit den Eltern der *Reflexionsbogen* bearbeitet und ihnen der neue *Informationsbogen* ausgehändigt **(Abb. 5.1)**.

Mit dem Ergotherapeutischen Trainingsprogramm (ETP-ADHS) und dem integrierten Elterntraining (ETET) von Winter und Arasin (2007) ist ein klar strukturiertes, zeitlich überschaubares und transparentes Therapie- und Trainingsprogramm für Kinder mit ADHS/ADS und deren Familien entwickelt worden, dass effektiv die Hilfe zur Selbsthilfe beim Patienten und dessen Umfeld im Rahmen ambulanter ergotherapeutischer Arbeit aktiviert. Im teilstationären und stationären Setting können Ergotherapeuten aufgrund des zeitlichen Rahmens nur gezielt ausgewählte Inhalte anwenden.

(Anmerkung: Bei den sechs Programmen handelt es sich um das Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern nach Lauth und Schlottke; THOP-Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten nach Döpfner, Schürmann und Fröhlich; Marburger Konzentrationstraining nach Krowatschek; Neuropsychologisches Einzeltraining REMINDER nach Lepach, Heubrock, Muth und Petermann; Alert-Programm; Positiv Parenting Program – Triple P.)

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Entwicklungsstörungen

In diesem Kapitel können aufgrund des Umfanges nicht alle Entwicklungsstörungen, insbesondere nicht die tief greifenden Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84) (wie z. B. der frühkindliche Autismus, das Rett-Syndrom oder das Asperger-Syndrom) betrachtet werden. Die hier vorgestellten Störungen charakterisiert die ICD-10 zusammengefasst folgendermaßen:

> *Entwicklungsstörungen:* zeigen
> – „einen Beginn, der ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der frühen Kindheit liegt,
> – eine Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind und
> – einen stetigen Verlauf, der nicht die für viele psychische Störungen typischen charakteristischen Remissionen und Rezidive zeigt" (ICD-10 1993, S. 262).

Entwicklungsstörungen stehen aus ergotherapeutischer Sicht entsprechend dem ätiologischen Modell des neurobiologischen Reifungsdefizits bzw. der Hirnfunktionsstörung häufig in Zusammenhang mit sensorisch integrativen Störungen, die Ergotherapeuten durch wahrnehmungszentrierte Methoden behandeln. Diese werden auf Seite 163ff. kurz vorgestellt, jedoch sei insbesondere in Bezug auf die Behandlung von Entwicklungsstörungen auf die Fachliteratur der pädiatrischen Ergotherapie verwiesen.

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

> *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache:* Die normalen Muster des Spracherwerbs sind bereits von frühen Entwicklungsstufen an beeinträchtigt. Eine direkte Zuordnung zu neurologischen Veränderungen, Störungen des Sprachablaufes, sensorischen Beeinträchtigungen, einer Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren sollte nicht gegeben sein (ICD-10 1993).

Klassifikation

F80.0: Bei der *Artikulationsstörung*, auch Dyslalie und Stammeln genannt, liegt die Sprachfertigkeit im Normbereich, während die Artikulation des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt.

F80.1: Bei der *expressiven Sprachstörung* liegt die Fähigkeit des Kindes, die expressiv gesprochene (nicht geschriebene) Sprache zu verwenden, deutlich unterhalb des Niveaus, das dem Intelligenzalter entsprechen würde, während das Sprachverständnis im Normbereich liegt.

F80.2: Bei der *rezeptiven Sprachstörung* liegt die Fähigkeit des Kindes, Sprache zu verstehen, in ihrem Niveau deutlich unter dem Intelligenzniveau. Nahezu durchgängig ist hier auch die expressive Sprache deutlich beeinträchtigt.

Sprachentwicklungsstörungen kommen etwa bei 2 bis 3% der Schulkinder vor. In kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken ist die Rate beträchtlich höher, wobei Jungen zwei- bis dreimal häufiger betroffen sind.

Klinik und Diagnostik

Symptome einer Artikulationsstörung: Symptome können im Ausfall (z. B. „Buder" statt „Bruder"), im Ersetzen (z. B. „duck mal" statt „guck mal") und in Fehlbildungen von Lauten (z. B. Sigmatismus [Lispeln]) bestehen.

Symptome einer expressiven Sprachstörung: Symptome können ein eingeschränkter aktiver Wortschatz und Dysgrammatismus sein, möglicherweise begleitet von Redeflussstörungen wie Stottern (Wiederholen von Silben) und Poltern (überstürzte und unregelmäßige Sprechweise mit Auslassungen und Veränderungen, Verschmelzungen von Lauten, Silben und Wörtern). Letztere werden in der ICD-10 den anderen Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.5/F98.6) zugeordnet.

Symptome der rezeptiven Sprachstörung: Symptome können das Unvermögen, im Alter von 18 Monaten vertraute Gegenstände zu bezeichnen oder einfache Instruktionen zu befolgen, oder später das Nichtverstehen grammatikalischer Strukturen (Verneinungen, Fragen) sein.

Die Diagnostik beinhaltet logopädisch foniatrische, pädaudiologische (zur Abklärung des Hörvermögens und der auditiven Wahrnehmung) und psychiatri-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

sche Anteile (zur entwicklungspsychologischen und -neurologischen Befundung).

Differenzialdiagnostisch sind eine erworbene Aphasie, frühkindlicher Autismus, elektiver Mutismus, Intelligenzminderung und Hörschäden auszuschließen.

Komorbid zu Sprachentwicklungsstörungen treten häufig multiple, insbesondere motorische Entwicklungsrückstände auf. Häufig folgen ihnen im Schulalter Lese- und Rechtschreibstörungen. Bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen ist nachgewiesenermaßen das Risiko erhöht, eine weitere psychiatrische Störung zu entwickeln, am häufigsten eine hyperkinetische Störung, gefolgt von einer emotionalen Störung mit Rückzug und Ängstlichkeit und einer Störung des Sozialverhaltens. Durch die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit besteht die Gefahr einer zunehmenden Isolation. Deshalb ist eine frühe und genaue Diagnostik wichtig.

Ätiologie

Für die Entstehung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen werden verschiedene Faktoren, nämlich neurobiologische Reifungsdefizite im Sinne einer Hirnfunktionsstörung, Hörstörungen, psychosoziale Benachteiligungen (z. B. Mehrsprachigkeit, unzureichende Förderung) beim Spracherwerb und genetische Faktoren angenommen.

Therapie und Verlauf

Nach einer Elternberatung sollte das Kind durch eine regelmäßige und intensive Sprachtherapie (Logopädie/Sprachheilpädagogik) möglichst spielerisch sowie individuell im Sprachverständnis und Sprechen gefördert werden. Ist zur Diagnostik oder zur Behandlung psychiatrischer Begleitstörungen eine teilstationäre oder stationäre Behandlung erforderlich, kann auch die Ergotherapie mit ihren handlungsorientierten und spielerischen Inhalten (z. B. Lieder, Theater, Sprachspiele) zur Kommunikationsförderung beitragen. Da Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens häufig von motorischen Entwicklungsrückständen oder anderen Entwicklungsstörungen begleitet werden, kommt den wahrnehmungszentrierten Methoden eine besondere Bedeutung in der ergotherapeutischen Behandlung zu.

Prognose: Bei Sprachentwicklungsstörungen entwickelt sich die Sprache meist, während begleitende Lernschwächen (z. B. die Leseschwäche) eher noch länger anhalten. Kinder mit einer rezeptiven Sprachstörung haben insgesamt eine schlechtere Prognose und weisen häufiger begleitende psychiatrische Störungen auf. Bei Störungen der auditiven Diskriminationsfähigkeit und Intelligenzminderung verschlechtert sich die Prognose ebenfalls (Steinhausen 2000).

Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten: Eine Gruppe von Störungen mit spezifischen und deutlichen Beeinträchtigungen des Erlernens schulischer Fertigkeiten, die nicht direkte Folge anderer Erkrankungen sind wie grobe neurologische Defizite, unkorrigierte Seh- und Hörstörungen, emotionale Störungen oder Folge einer Intelligenzminderung oder mangelnder Lerngelegenheit, z. B. durch Schulwechsel oder -versäumnis (ICD-10 1993).

Sie treten jedoch häufig zusammen mit anderen psychiatrischen Störungen oder Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen oder des Sprechens und der Sprache auf.

Klassifikation

F81.0: Die *spezifische Lese-Rechtschreib-Störung*, auch Lese-Rechtschreib-Schwäche, abgekürzt LRS oder Legasthenie genannt, ist eine entwicklungsabhängige Teilleistungsstörung bei normaler oder überdurchschnittlicher Intelligenz, die durch ein erschwertes Erlernen des Lesens und durch ungewöhnlich viele Rechtschreibfehler gekennzeichnet ist.

F81.1: Sind nur die Rechtschreibfertigkeiten betroffen, handelt es sich um eine *isolierte Rechtschreibstörung*.

F81.2: Eine *spezifische Rechenstörung* ist eine entwicklungsabhängige Teilleistungsstörung und liegt vor, wenn bei durchschnittlicher Intelligenz und ansonsten durchschnittlichen Leistungen die Rechenleistung signifikant unterhalb dieses Niveaus liegt (Prozentrang < 16 in einem standardisierten Rechentest).

Die Häufigkeitsangaben für die Lese-Rechtschreib-Schwäche schwanken von etwa 2 bis 8% der Kinder von 9–15 Jahren. Jungen sind drei- bis viermal häufiger betroffen als Mädchen. Bei der spezifischen Rechenstörung liegen Prävalenzraten zwischen 1,3 und 6,2% vor.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Klinik und Diagnostik

Spezifische Lese-Rechtschreib-Schwäche

Sie kann durch Störung folgender Funktionen gekennzeichnet sein:

- akustische Diskrimination und Identifikation von Fonemen
- Lautverbindung
- Wortschatz
- Gedächtnisleistung
- Grammatikalisch-syntaktische Struktur der Sprache
- visuell-räumliche Wahrnehmung
- Motorik, insbesondere Sprechmotorik.

Es können mindestens drei *Subtypen* unterschieden werden:

- Störung der sprachlich-linguistischen Fertigkeiten (etwa 60% der Lese-Rechtschreib-Störung) mit Problemen der korrekten Zuordnung von Fonemen und Grafemen (lautgetreue Schreibung) und der auditiven Diskriminierung
- Störung der Sequenzbildung (etwa 10–20% der Lese-Rechtschreib-Störung) und des verbalen Ausdrucks mit einer undeutlichen Artikulation und einem gestörten Schriftbild
- Störung der visuell-räumlichen Wahrnehmung (etwa 5–10% der Lese-Rechtschreib-Störung), bei der der visuelle Leseprozess betroffen ist.

Anamnestisch lässt sich häufig bei der Lese-Rechtschreib-Störung eine Sprachentwicklungsverzögerung feststellen. Sekundäre Begleitstörungen und -symptome durch das Erleben der Überforderung und des Versagens im Lesen und/oder Rechtschreiben können sein:

- Störungen im Lern- und Leistungsverhalten
- Störungen des Sozialverhaltens mit Aggressivität und schulischen Disziplinschwierigkeiten
- emotionale Störungen, schulische Versagensängste, depressive Verstimmungen
- psychomotorische Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten
- psychosomatische Symptome.

Die Koexistenz einer frühkindlichen Hirnfunktionsstörung sowie einer hyperkinetischen Störung ist häufig, sodass diese sehr komplexen Störungsbilder von Primär-, Sekundär- und koexistierenden Störungen eine mehrdimensionale Diagnostik erforderlich machen. Neben den neuropsychologischen Tests zur Erfassung der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten, der sprachlichen, der visuell-perzeptiven, der sensorisch-integrativen Funktionen und des Intelligenzniveaus muss auch umfassend die Psychopathologie befundet werden.

Spezifische Rechenstörung

Bei der spezifischen Rechenstörung vermindert das schulische Leistungsversagen ähnlich wie bei der Lese-Rechtschreib-Störung das Selbstwertgefühl des Kindes und beeinträchtigt häufig die Beziehungen zu den Eltern, Lehrern und Mitschülern, sodass sich hieraus häufig reaktiv eine emotionale Störung entwickelt.

Die mehrdimensionale *Diagnostik* sollte insbesondere eine umfangreiche neuropsychologische Funktionsdiagnostik (IQ-Test, Rechentest, eventuell LRS-Test) und eine entwicklungsneurologische Überprüfung hinsichtlich möglicher neuromotorischer Reifungsverzögerungen beinhalten. Es können begleitend sprachliche, visuell-räumliche und optische Verarbeitungsstörungen vorliegen.

Differenzialdiagnostisch sollte eine Abgrenzung zu einer allgemeinen Intelligenzminderung, zu den seltenen hirntraumatisch erworbenen Akalkulien und Dyskalkulien und zur allgemeinen Leistungsschwäche als Folge einer emotionalen Störung mit Ängstlichkeit und depressiver Stimmung erfolgen.

Ätiologie

Bei der spezifischen Lese-Rechtschreib-Schwäche als ein heterogenes Syndrom muss von verschiedenen Ursachen ausgegangen werden. Im Mittelpunkt steht die Annahme einer neuropsychologischen Funktionsstörung, insbesondere die Hypothese gestörter sprachlicher und/oder visueller Informationsverarbeitung. Darüber hinaus werden familiär-genetische Faktoren, neuroanatomische Veränderungen und das Modell einer Entwicklungs- und Reifungsverzögerung kognitiver Funktionen diskutiert. Psychosoziale Faktoren (z. B. geringe schulische Förderung, erzieherische Strafen bei schulischem Versagen, belastende Hausaufgabensituation) sind nicht für die Entstehung, jedoch als Belastungsfaktor bedeutsam.

In der Ätiologie der spezifischen Rechenschwäche sind genetische und perinatale Faktoren belegt, neuropsychologische Defizite sind wahrscheinlich. Für die Verarbeitung von Zahlen wird das Modell der Reifungsverzögerung einer eigenständigen Hirnfunktion diskutiert. Empirisch werden zwei Subtypen unterschieden: der links-hemisphärale Typ mit gleichzeitigen Schwächen im Lesen und Schreiben, bei dem die Rechenstörung vorwiegend auf einer akustisch-sequenziellen Merkfähigkeitsstörung basiert, und der rechts-hemisphärale Typ mit Defiziten in der visuell-räumlichen, motorischen und taktilen Wahrnehmung und einer ungünstigeren Prognose.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Therapie und Verlauf

Eine Lese- und Rechtschreibstörung sollte so früh wie möglich diagnostiziert werden, um durch gezielte Lernprogramme Lese- und Rechtschreibfähigkeiten zu fördern und um in der Ergotherapie eine gezielte Behandlung von möglichen Wahrnehmungsdefiziten im visuell-, auditiv- oder motorisch-perzeptiven Bereich einzuleiten. Die betroffenen Kinder müssen in der Schule durch Notenbefreiung für Lesen und Rechtschreibung, Diktatbefreiung sowie durch spezielle Versetzungsvorschriften entlastet werden.

Haben sich jedoch durch einen mehrjährigen, durch Misserfolge geprägten Schulverlauf Sekundärstörungen entwickelt, kann eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich sein. Hier werden neben der spezifischen Behandlung der LRS-Symptomatik die Sekundärsymptome psychotherapeutisch, verhaltenstherapeutisch und zum Teil auch medikamentös (z. B. bei Aufmerksamkeitsstörungen) behandelt, eine intensive Eltern- und Familienberatung durchgeführt und sozialrechtliche Maßnahmen (Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG, bei drohender seelischer Behinderung) empfohlen oder eingeleitet.

Im *Verlauf* erzielen nur etwa ein Viertel der betroffenen Kinder altersgemäße Leistungen am Ende der Grundschulzeit, nur 4% normalisieren sich bis zum Ende der Schulzeit. Prognostisch ungünstig wirken sich ein niedriger sozialer Status und eine gleichzeitig vorliegende hyperkinetische Störung aus.

Die Behandlung der Rechenstörung erfolgt durch sonderpädagogische Trainingsprogramme, durch die gezielt die gestörten Funktionen der Zahlenverarbeitung trainiert werden. Darüber hinaus werden die visuelle Wahrnehmung, die anschaulich-praktische Intelligenz, das anschauliche Gedächtnis und der Zahlenbegriff gefördert. Schulisch sind Förderkurse, Notenbefreiung und zum Teil Umschulungen erforderlich. Eine mögliche Sekundärproblematik wird wie bei der spezifischen Lese-Rechtschreib-Störung behandelt. Der Verlauf der spezifischen Rechenstörung ist bisher ungenügend erforscht (Steinhausen 2000).

Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Synonyme für die umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen sind: Entwicklungsdyspraxie, perceptual motor dysfunction, Syndrom des ungeschickten Kindes und motorischer Entwicklungsrückstand oder nach DSM-IV entwicklungsbezogene Koordinationsstörung.

> *Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen* (ICD-10: F82): Deutliche Beeinträchtigung der motorischen Koordination, die sich signifikant auf Alltagsaktivitäten oder die Schulleistungen auswirkt, ohne dass eine eindeutige neurologische oder psychiatrische Erkrankung oder eine erhebliche Intelligenzminderung vorliegt (ICD-10 1993).

Für die umschriebene motorische Entwicklungsstörung liegen aus epidemiologischen Studien in der Literatur sehr unterschiedliche Prävalenzraten von etwa 2–17% vor. Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen.

Klinik und Diagnostik

Bei der umschriebenen motorischen Entwicklungsstörung sind die Meilensteine der motorischen Entwicklung verzögert: insbesondere Aufrichtung zur Schwerkraft, das sichere freie Laufen und später das alternierende Treppensteigen, die Bewegungsplanung und der Gleichgewichtserhalt beim Klettern, Roller- und Fahrradfahren, die Feinmotorik beim Malen, Basteln und Schreiben und vieles mehr.

Diese Kinder weisen bei der neurologischen Untersuchung Beeinträchtigungen der motorischen Koordination sowie der Fein- und Grobmotorik (sogenannte soft signs) auf:

- ungeschicktes An- und Ausziehen und Schuhebinden
- plumpes und breitbasiges mono- und bipedales Hüpfen
- ungelenke Bewegungsabläufe
- Schwierigkeiten bei der Rechts-links-Unterscheidung und Überqueren der Körpermitte.

Es können typische entwicklungsneurologische Unreifezeichen mit choreiformen (veitstanzartigen) oder athetoiden Bewegungsmustern, Spiegelbewegungen und assoziierten Reaktionen (tonische Mitbewegungen auf der kontralateralen Seite) beobachtet werden. Die Handschrift ist meist unleserlich und die visuomotorische Koordination eingeschränkt.

Bei vielen ungeschickten Kindern bestehen bei einer normalen Grundintelligenz komorbid zusätzliche Entwicklungsstörungen wie Sprachentwicklungsstörungen (insbesondere Artikulationsstörungen), aber auch Aufmerksamkeitsstörungen und hyperkinetische Störungen. Durch das Erleben der eigenen Ungeschicklichkeit, der schulischen Misserfolge und des abwertenden Verhaltens aus der Umwelt, die die Störung oftmals als Faulheit, Anstellerei oder Provokation missdeutet, entsteht häufig eine

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sekundärsymptomatik in Form von emotionalen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten.

Diagnostik

Zur Diagnostik der umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen dienen folgende Untersuchungen und Tests:

- vollständige neurologische Untersuchung, ergänzt durch den Ausschluss einer neurologischen Erkrankung (z. B. einer Kleinhirnläsion, einer spastischen oder extrapyramidalen Bewegungsstörung oder einer peripheren neuromuskulären Erkrankung)
- apparative Untersuchungen (bei Hinweiszeichen einer ZNS-Läsion, einer Epilepsie, einer Raumforderung oder einer anderen fortschreitenden Erkrankung)
- quantifizierende Testverfahren, Skalen und gezielte Beobachtungen zur Beurteilung des Ausmaßes des motorischen Entwicklungsrückstandes (s. S. 300ff, ergotherapeutische Diagnostik)
- Intelligenztests zum Ausschluss einer Intelligenzminderung.

Ätiologie

Es wird angenommen, dass sowohl genetische als auch prä- und perinatale Risikofaktoren im Zusammenwirken mit Umweltbedingungen an der Entstehung von umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen beteiligt sind. Zeichen für eine frühkindliche Hirnschädigung sind nicht selten, aber nicht grundsätzlich vorhanden. Darüber hinaus werden leichte neurophysiologische Dysfunktionen, minimale neuroanatomische Veränderungen und spezifische Störungen der Körperwahrnehmung als Ursache für die Entstehung eines motorischen Entwicklungsrückstandes angesehen.

Therapie und Verlauf

Zur Behandlung der Primärsymptomatik sind bewegungs-, wahrnehmungszentrierte und handlungsorientierte Methoden Mittel der ersten Wahl wie z. B.:

- Ergotherapie zur Förderung der fein- und grobmotorischen Geschicklichkeit, der Körperwahrnehmung, der Grafo- und Visuomotorik
- Sensorische Integrationstherapie nach J. Ayres zur Förderung der zentralen Integration vestibulärer, propriozeptiver oder taktiler Sinneseindrücke
- Psychomotorik zur Förderung des Zusammenspiels von Bewegung, Orientierung, Denken und Fühlen beim Spiel oder Handeln in der Gruppe.

Die genannten Behandlungsansätze zielen auch zum Teil auf die Sekundärsymptomatik hin, indem sie die Eigeninitiative, das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zu stärken versuchen und bei Paar- oder Gruppenbehandlung die sozialen Fähigkeiten in die Behandlung mit einbeziehen. Bei einer ausgeprägten Sekundärproblematik sind psychotherapeutische Verfahren unter Einbeziehung der Familie sinnvoll. Bei kontinuierlicher Anwendung der oben genannten Behandlungsverfahren ist die Prognose für die Kinder relativ günstig. Der verständnisvolle Umgang der Umwelt, insbesondere der Eltern und Lehrer, mit dem ungeschickten Kind und die Möglichkeit zur Bewegungserfahrung und -entwicklung im Alltag sind jedoch wesentlich für den weiteren *Verlauf*, bei dem sekundäre Verhaltensstörungen häufig, trotz Verbesserung der motorischen Reife, bestehen bleiben. Bei multiplen Entwicklungsrückständen oder einer koexistierenden Aufmerksamkeitsstörung oder hyperkinetischen Störung ist der multiprofessionelle Behandlungsbedarf zusätzlich erhöht und die Prognose verschlechtert (Knölker 1997).

Mutismus

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Mutismus (lat. mutus still, stumm): Das Verstummen bei vorhandener Sprachkompetenz und intakten Sprechorganen.

Symptomatisch kann er auch bei hirnorganischen Störungen des Sprechantriebes, beim Autismus und bei Psychosen auftreten. Beim Mutismus im Kindes- und Jugendalter handelt es sich meist um eine Sprechverweigerung mit unterschiedlichen Ursachen. Die ICD-10 ordnet den elektiven Mutismus zu den Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.0) ein. Klinisch kann der *elektive Mutismus*, die Sprechverweigerung bei einem begrenzten Personenkreis, von dem seltener auftretenden *totalen Mutismus*, der generalisiert auftritt, unterschieden werden.

Zur *Häufigkeit* des Mutismus liegen keine verlässlichen epidemiologischen Zahlen vor, jedoch ist es eher eine seltene behandlungsbedürftige Symptomatik mit ungefähr gleicher Häufigkeit bei beiden Geschlechtern.

Klinik und Diagnostik

Elektiver Mutismus

Meistens tritt der elektive Mutismus erstmals im Vorschul- oder Einschulungsalter auf und beginnt selten nach einem Alter von neun Jahren. Das Kind entwi-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ckelt meist in einer belastenden Situation (z. B. beim Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule) eine Scheu zu sprechen, die über Monate bei diesem begrenzten Personenkreis anhalten kann. Typischerweise ist das Kind bei Fremden und in der Schule mutistisch, spricht aber mit den vertrauten Bezugspersonen, was andere oder umgekehrte Verhaltensmuster nicht ausschließt. Der Mutismus ist häufig mit Sozialangst, Empfindsamkeit, Rückzug und Depressivität verbunden. Es kommt auch häufig eine begleitende Enuresis oder Enkopresis hinzu. Die ängstliche Abwehr wirkt nach außen nicht selten gemischt mit einem trotzigen Widerstand.

Totaler Mutismus

Der totale Mutismus tritt meist schlagartig bei akuten psychotischen Zuständen und innerhalb einer abnormen Erlebnisreaktion auf.

Die *Diagnostik* umfasst die Eigen- und Familienanamnese, insbesondere in Bezug auf die charakteristische Symptomentwicklung und den typischen Befund, eine differenzierte, auch sprachfreie Intelligenzdiagnostik, Entwicklungstests zur Sprache und Motorik und die *Differenzialdiagnostik* zu Konversionssyndromen, Aphasien, Hörstörungen, zur Hörstummheit und zum symptomatischen Mutismus bei Psychosen und Autismus.

Ätiologie

Für die Entstehung des Mutismus führt Steinhausen (2000) folgende Ursachen auf:

- *Entwicklungsverzögerungen:* Insbesondere die häufigen Sprachentwicklungsverzögerungen, Enuresis und Enkopresis scheinen eine bahnende Funktion zu haben.
- Die *Primärpersönlichkeit* ist häufig von Ängstlichkeit, Sensibilität, Kontaktscheu, trotzigem Rückzug und Eigensinnigkeit geprägt.
- Zur *Familienpathologie* können modellhafte Sprachauffälligkeiten, eine meist ängstliche, dominierende, überprotektiv, eng bindende Mutter und ein kommunikationsarmer Vater, die Sündenbockfunktion des Kindes bei Partnerbeziehungsstörungen oder auch körperliche Misshandlung gehören.
- *Traumatische Erlebnisse* (z. B. Misshandlung, sexueller Missbrauch, Krieg).
- *Kulturelle Belastung* (z. B. durch soziale Isolierung von Immigrantenfamilien).

Therapie und Verlauf

Bei einem Teil der betroffenen Patienten bildet eine vorübergehende Herausnahme aus der vertrauten Umgebung durch eine stationäre Aufnahme die Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen mit dem Kind. Es kommen verschiedene Methoden wie Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, familientherapeutische Vorgehensweisen, Spieltherapie und Ergotherapie zur Anwendung. Der handlungsorientierte Ansatz der Ergotherapie erleichtert den Aufbau einer therapeutischen Beziehung zum mutistischen Kind und kann durch den hohen Aufforderungscharakter vieler ergotherapeutischer Inhalte (z. B. beim gemeinsamen Handwerken, Gestalten oder Spielen) dazu beitragen, die Sprechverweigerung abzubauen, Selbstsicherheit zu entwickeln und Kontakte aufzubauen.

Die Elternarbeit ist sowohl in stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung wesentlich. Teilweise kann eine Psychotherapie der Bezugsperson für einen günstigen Therapieverlauf erforderlich sein. Das Umfeld des Kindes (Familienmitglieder, Erzieher, Lehrer) muss die Symptomfixierung durch das Eingehen auf die nonverbalen Kommunikationsstrategien des Kindes vermeiden. Hilfen zur Überbrückung der Angst (z. B. durch Anwesenheit der Bezugsperson) können vorübergehend notwendig sein, damit das Kind einen vertrauensvollen Kontakt zu Fremden aufbauen kann.

Bei länger bestehender Problematik verschlechtert sich die Prognose zunehmend. Bei etwa 20 bis 50% rechnet man mit einem ungünstigen *Verlauf* in Bezug auf die Symptomatik und die Kontaktfähigkeit. Die längerfristige Symptomatik kann zu erheblichen Schulschwierigkeiten und Problemen bei der beruflichen Eingliederung und somit zu einer Außenseiterposition führen. Es sind jedoch auch Remissionen ohne Therapie zu beobachten, wobei ein Umgebungswechsel eine Bedeutung haben kann (Steinhausen 2000).

Tic-Störungen

In der Psycho- und Neuromotorik werden eine Vielzahl von Störungen beschrieben. Tic-Störungen gelten neben Stereotypien und Automutilation als ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild und werden im Folgenden näher ausgeführt.

Definition, Häufigkeit

Tics: Nichtrhythmische Bewegungen und/oder Lautproduktionen, die plötzlich einschießen und repetitiv, nicht vom Willen gesteuert, offensichtlich zwecklos und auf einige umschriebene Muskelgruppen beschränkt sind.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die Häufigkeitsangaben für alle Tic-Manifestationen im Kindesalter schwanken zwischen 5 und 24%. Jungen sind dreimal häufiger betroffen als Mädchen.

Klinik und Diagnose

Motorische Tic-Störungen

Auf der einen Seite zeigen nach der ICD-10 etwa eines von fünf bis zehn Kindern zu irgendeiner Zeit vorübergehende Tics, auf der anderen Seite steht das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom als eine seltene chronische, behindernde Störung. Hier kommt es neben den motorischen Tics zur Manifestation von Vokalisationen mit meist obszönem Inhalt.

Man unterscheidet *einfache motorische Tics*, die rasch, plötzlich einschießend, nichtzweckgerichtet sind (z. B. Augenblinzeln, Grimassieren, Schulter hochziehen, Stirn runzeln, Mund aufsperren) und *komplexe motorische Tics,* die langsamer und scheinbar zweckgerichtet sind (z. B. hüpfen, klatschen, sich zwicken oder kratzen, immer wieder das gleiche Wort schreiben, Kopf einschlagen).

Vokale Tic-Störungen

Bei den vokalen Tics unterscheidet man *einfache vokale Symptome* (rasch und plötzlich einschießende Laute, z. B. pfeifen, husten, spucken, bellen, kreischen) von den *komplexen vokalen Symptomen* (Wörter, Kurzaussagen, Sätze, z. B. „Sei still!“, „Hör auf!“, „Wieso mache ich das?“, „Das ist richtig!“).

Außerdem kommen Rituale und Koprolalie (obszöne und aggressive Wörter und Kurzäußerungen) vor (Rothenberger 1991).

Tics treten häufig in Kombination mit anderen psychischen Störungen auf. Hierzu zählen vor allem emotionale Störungen (z. B. Angst, depressive Verstimmung, hypochondrische Symptome) wie auch dissoziale Störungen (Wutausbrüche und Ungehorsam).

Außerdem lässt sich eine Komorbidität zu frühkindlich erworbenen Hirnfunktionsstörungen, hyperkinetischen Störungen, Zwangsstörungen, Entwicklungsstörungen und Enkopresis beobachten. Die Folge sind oft schulische Lern- und Leistungsstörungen.

Die *Diagnostik* umfasst die Exploration der Eltern und eventuell des Kindes hinsichtlich Beginn, Art (motorisch, vokal), Lokalisation, Häufigkeit, Intensität und Verlauf der Symptomatik, die möglichen psychosozialen Belastungsfaktoren sowie die Erklärungsmodelle und Bewältigungsstrategien in der Familie. Da Tics zeitweise unterdrückt werden können, ist eine genaue, systematisierte Verhaltensbeobachtung anhand strukturierter Symptomlisten durch die Eltern, eventuell durch die Lehrer und das klinisch therapeutische Personal durchzuführen.

Neurologische, testpsychologische, apparative und Laboruntersuchungen sind auch in Bezug auf die Differenzialdiagnostik erforderlich.

Ätiologie

Zur Ursachenforschung von Tic-Störungen sind verschiedene Theorien entwickelt worden. Sie gehen von hirnorganischen und genetischen, aber auch von psychologischen, lernmethodischen und psychomotorischen Ansätzen aus.

Therapie und Verlauf

Bei den meisten Tic-Erkrankungen handelt es sich um isolierte, gut remittierende Tics. Deshalb genügt meist eine Aufklärung und Beratung der Bezugspersonen.

Bei ungünstigeren Verläufen hat sich eine symptomzentrierte Verhaltenstherapie einschließlich Entspannungstraining bewährt mit dem Ziel der Selbstkontrolle der motorischen und vokalen Tics. Hinzu kommt die medikamentöse Behandlung, indiziert bei andauernden Tic-Störungen und dem Tourette-Syndrom. Bei andauernder Ausgrenzung des betroffenen Kindes können auch Jugendhilfemaßnahmen notwendig sein.

Die Ergotherapie hat hier überwiegend einen diagnostischen Auftrag und kann in der Behandlung ablenkend und entspannend wirken. Tics sind bei einer sinnvollen und zielgerichteten Betätigung (z. B. Sägen) und körperlicher Bewegung oft weniger bis gar nicht sichtbar.

Die meisten Tics sind vorübergehender Natur und dauern in der Regel Tage bis Wochen. Im Alter von 12 bis 13 Jahren werden auch multiple Tics meist aufgegeben. Die Prognose für das Tourette-Syndrom ist insgesamt ungünstiger. Es kommt meist zu mehrjährigen bis lebenslangen Verläufen.

Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik

Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Essbrechsucht), Enuresis (unwillkürliches Harnlassen) und Enkopresis (Absetzen von Stuhl) gehören zu den psychischen Störungen mit körperlicher Symptomatik, die für die Ergotherapie in der Psychiatrie von Bedeutung sind. Sie werden auf den folgenden Seiten beschrieben.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Anorexia nervosa

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Anorexia nervosa: Eine Essstörung, bei der die meist betroffenen Mädchen und jungen Frauen versuchen, ihr Körpergewicht durch strenges Hungern immer weiter zu reduzieren bis hin zu lebensbedrohlichem Untergewicht.

Nach ICD-10 sind folgende diagnostische Kriterien bedeutsam:

- tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten oder Quetelets-Index von 17,5 oder weniger
- selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten
  - selbst induziertes Erbrechen
  - selbst induziertes Abführen
  - übertriebene körperliche Aktivitäten
  - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
- Körperschemastörung verbunden mit der überwertigen Idee, zu dick zu sein
- endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse; diese manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido- und Potenzverlust.

Neben diesen Kriterien sind für die Klassifikation zwei Typen sowie das Koexistieren einer Anorexia nervosa mit einer Bulimia nervosa bedeutsam. Bei der Anorexie ohne Bulimie (Heißhungerattacken) werden Patienten mit ausschließlicher Restriktion der Nahrungsaufnahme (asketische, passive, restriktive Form ICD-10: F50.00) von denen unterschieden, die zusätzlich erbrechen sowie Laxanzien oder Diuretika einsetzen und eventuell auch bulimische Symptome haben (aktive oder bulimische Form ICD-10: F50.01).

Mädchen und Frauen sind etwa 10-mal häufiger betroffen als Jungen und Männer. Das Alter bei Erkrankung liegt am häufigsten zwischen 14 und 16 Jahren, wobei die Prävalenzrate bei ca. 0,5% bis 1% liegt.

Klinik und Diagnostik

Das typische Verhalten besteht auf der einen Seite in der Vermeidung von Nahrungsaufnahme/Hungern und auf der anderen Seite einer ständigen Beschäftigung mit Nahrung, Essen und Dicksein. Die meist weiblichen Patienten machen falsche oder keine Angaben über das, was sie gegessen haben, ihren Körper verstecken sie unter weiter Kleidung, oft mehrere Schichten, weil sie ständig frieren. Trotz ihrer Auszehrung sind sie ehrgeizig und leistungsfähig, sind oft Klassenbeste.

Appetitlosigkeit tritt erst im Stadium schwerer Abmagerung auf. Es kommt dann auch spontan zu Heißhungerattacken/Fressanfällen, auf die dann meist selbst induziertes Erbrechen folgt, d. h., es kommt zu Mischformen von Magersucht und Bulimie.

Es besteht häufig außerdem eine schwere Körperwahrnehmungsstörung. Die Patienten nehmen ihre eigene Abmagerung nicht realistisch wahr. Unabhängig davon, wie mager sie bereits sind, empfinden sie sich selbst noch als zu dick, erleben ihren Körper als inakzeptabel und haben Angst vor jeder Gewichtszunahme. Weiterhin können beobachtet werden:

- zwanghafte, unreife und depressive Persönlichkeitsanteile
- sozialer Rückzug
- niedriges Selbstwertgefühl
- schnelle Stimmungswechsel
- Schlafstörungen
- somatische Symptome (Amenorrhö, Hypothermie, Ödeme, Bradykardie, hypotoner Blutdruck, Lanugo-Behaarung).

Die Patienten zeigen wenig bis keine Krankheitseinsicht. Deshalb muss sich die Diagnostik auch auf Fremdinformationen durch Eltern und Bezugspersonen stützen. Hinzu kommt eine ausführliche Diagnostik der Entwicklung von Gewicht, Menstruation, Essverhalten, Aktivität und Methode der Gewichtsreduktion. Die Differenzialdiagnostik sollte depressive Störungen, Zwangsstörungen, Somatisierungsstörungen und die Schizophrenie ausschließen.

Ätiologie

Die Ursachen für die Entwicklung einer Anorexia nervosa sind vielfältiger Art und meist sind mehrere bedeutsam. Keine Magersüchtige beginnt zu fasten, um sich zu Tode zu hungern. Häufig sind es aber allgemein übliche Diäten und der hohe gesellschaftliche Stellenwert der „schlanken Figur", die zu dem verhängnisvollen Kreislauf führen.

Krankheitsauslösend können aber auch unterschiedliche Belastungssituationen sein, wie z. B. familiäre Spannungen oder der Verlust von Bezugspersonen, Leistungsdruck, aber auch die Erfahrung von sexuellem Missbrauch oder anderen posttraumatischen Belastungen. Bei Heranwachsenden in der Pubertät können auch spottende Bemerkungen über den Körper und das Aussehen Krisen auslösen und zu dem beschriebenen Verhalten führen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Wichtig erscheint auch der Bezug der Anorexia nervosa zu Störungen der Entwicklung von Autonomie und Identität. Die Patienten haben Schwierigkeiten mit der Ablösung von der Familie und der Selbstständigkeitsentwicklung. So kann es in der Therapie z. B. auch sinnvoll sein, die Jugendlichen zu siezen, um Autonomie und Eigenverantwortung zu stärken. Außerdem werden weitere familiäre, genetische, soziokulturelle und biologische Ursachen beschrieben.

Therapie und Verlauf

Besteht bereits ein lebensbedrohliches Untergewicht, ist zunächst die Stabilisierung des Gewichts erstes Behandlungsziel. Dies erfolgt unter Umständen aber nicht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern wird im Bereich der Somatik angegangen.

Der erste und zugleich schwierigste Schritt in der weiteren Behandlung ist die Krankheitseinsicht der Betroffenen, die sich oft nur schwer eingestehen können, Hilfe zu benötigen. Für die Therapie einer Anorexia nervosa ist dann ein mehrdimensionales Behandlungsangebot erforderlich. Dies kann u. a. umfassen:

- medizinisch-diätetischen Behandlungsansatz zur Gewichtsrehabilitation (Ernährungsberatung, „Modellessen“ von Betreuern, Erstellen eines Essensplans, Ernährungsprotokolle, regelmäßige Gewichtskontrolle)
- individuelle Psychotherapie
- verhaltenstherapeutische Verfahren (z. B. Einsatz von Verstärkern bei Gewichtszunahme)
- Elternberatung, Familientherapie
- Gruppen- und Milieutherapie
- Körpertherapie
- Kunsttherapie
- Gestaltungstherapie.

Nach abgeschlossener stationärer Behandlung ist eine ambulante Weiterbehandlung unerlässlich.

In der Ergotherapie stehen die Stärkung des Selbstwertgefühls sowie die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Körperwahrnehmung im Vordergrund. Die Patienten erfahren, dass sie auch auf einer anderen Ebene als über ihren Körper Aufmerksamkeit und Anerkennung bekommen. Zum Einsatz kommt häufig die ausdruckszentrierte Methode, in der die Patienten u. a. Bilder zu ihrer subjektiven Wirklichkeit (Familie, Selbstbild und Gefühlserleben) malen und diese in der ergotherapeutischen Gruppentherapie vorstellen. Sie sollen wieder ein realistisches Selbstbild entwickeln und eventuell Schwierigkeiten in ihrem familiären Beziehungsgeflecht erkennen.

Bulimia nervosa

Definition und Häufigkeit

Essbrechsüchtige sind in der Regel normalgewichtig, aber davon überzeugt, zu dick zu sein. Dies ist zunächst noch nicht besorgniserregend. Dadurch, dass die Betroffenen ihre strengen Diätpläne nicht einhalten können und auf jede Abweichung mit Angst und noch strengeren Vorhaben reagieren, eskaliert jedoch die Situation. Sie glauben, einen Ausweg zu finden, indem sie nach den Mahlzeiten erbrechen oder zu abführenden Mitteln greifen. Sie können jetzt zwar essen, ohne zuzunehmen, aber die erwünschte Gewichtsabnahme bleibt aus, da die Betroffenen immer mehr essen.

Bulimia nervosa: Essanfälle mit anschließenden drastischen Maßnahmen, um das Normalgewicht zu halten.

Nach ICD-10 sind folgende diagnostische Kriterien für eine Bulimia nervosa bedeutsam:

- andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln
- dem dick machenden Effekt der Nahrung wird versucht, durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern (z. B. selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern)
- krankhafte Furcht davor, dick zu werden
- in der Vorgeschichte häufig eine durchgemachte Anorexia nervosa.

Häufigkeit: Die Prävalenz liegt bei etwa 1–3% der Jugendlichen. Der Erkrankungsgipfel liegt bei 16–24 Jahren. Mädchen erkranken häufiger als Jungen (im Verhältnis 6–11:1).

Klinik

Die Symptomatik einer Bulimia nervosa manifestiert sich in der Regel etwas später als die einer Anorexia nervosa, am Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter. Anders als Magersüchtige, die ihre Erkrankung lange leugnen, empfinden bulimische Mädchen von Anfang an einen hohen Leidensdruck bis hin zur Selbstmordgefährdung. Der Kreislauf aus Essen – Erbrechen – Essen kann sich mehrmals täglich wiederholen, variiert aber auch in Zeitabständen von wöchentlich oder vierzehntäglich. Die aufgenommene Nahrungsmenge übersteigt das normale Maß der täglichen Nahrungsaufnahme in grotesker Weise. Auslösend sind ähnliche Situationen und Ereignisse wie bei der Anorexia nervosa.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Therapie und Verlauf

Die Grundsätze der Anorexia-Behandlung haben auch für die Bulimie Gültigkeit. Viele (vor allem erwachsene) Patienten werden ambulant behandelt (Steinhausen 2000).

Enuresis

Zu den psychischen Störungen mit körperlicher Symptomatik können auch die Enuresis und Enkopresis gehören, wenn diese nicht organisch bedingt sind. Da bei dieser Symptomatik die ergotherapeutische Behandlung meist in Bezug auf die begleitende emotionale Problematik (z. B. geringes Selbstwertgefühl, zwanghaftes Verhalten) des Kindes eingesetzt wird, soll es an dieser Stelle reichen, nur die Begrifflichkeiten zu definieren und auf eine umfangreiche Vorstellung beider Störungsbilder und deren allgemeine Behandlung zu verzichten. Beide Störungen werden überwiegend ambulant und meist erst in Verbindung mit anderen psychiatrischen Störungen teilstationär oder stationär behandelt.

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Enuresis: Unwillkürlicher Harnabgang ab einem chronologischen Alter von fünf Jahren und einem geistigen Intelligenzalter von vier Jahren definiert (ICD-10 1993).

Die Altersangabe ist notwendig, da im Alter von vier Jahren ca. 85–90% aller Kinder stabil trocken und sauber sind. Danach nimmt die Rate der kontinent werdenden Kinder langsamer ab. Somit werden erst die 5-jährigen und älteren Kinder als behandlungsbedürftig betrachtet.

Enuresis bezeichnet eine normale, vollständige Blasenentleerung am falschen Platz und zur falschen Zeit. Sie tritt überwiegend nachts auf und ist tagsüber sehr selten. Unterschieden werden folgende Formen und Störungen:

- *Primäre Enuresis:* Das Kind hat noch keine andauernde Kontinenz entwickelt.
- *Sekundäre Enuresis:* im Sinne eines Rückfalls nach bereits erreichter Kontinenz, wobei das trockene Intervall mindestens 3–6 Monate betragen sollte.

Nach dem Zeitpunkt des Einnässens:

- *Enuresis nocturna* (nachts, Bettnässen): ca. 80% der Fälle
- *Enuresis diurna* (tagsüber): ca. 5% der Fälle
- *Enuresis nocturna et diurna*: ca. 15% der Fälle.

Enkopresis

Wie bereits erwähnt wird die Enkopresis den psychischen Störungen mit körperlicher Symptomatik zugeordnet, wenn eine somatische Ursache ausgeschlossen werden kann (zur Ergotherapie siehe oben, Enuresis).

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Enkopresis: Wiederholte unwillentliche Stuhlentleerung in die Kleidung ohne organische Ursache ab dem Alter von vier Jahren. Ab diesem Zeitpunkt kann normalerweise von einer stabilen Stuhlkontinenz ausgegangen werden.

Auch hier wird zwischen einer *primären Enkopresis* mit kontinuierlich fehlender Stuhlkontinenz und einer *sekundären Enkopresis* im Sinne eines Rückfalls in der Sauberkeitsentwicklung unterschieden.

Mit drei Jahren sind 97% aller Kinder stuhlsauber, im Alter von vier Jahren liegt die Rate der einkotenden Kinder bei 3% und von sieben bis acht Jahren noch bei 1,5%. Jungen sind auch hier drei- bis viermal häufiger betroffen.

Sucht und Substanzmissbrauch

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Suchtproblematik stellt auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine besondere Klientel dar, für die ein integriertes Versorgungssystem von stationären Angeboten für die Entgiftung und Entwöhnung sowie von teilstationären bzw. ambulanten Möglichkeiten für die Beratung und längere Rehabilitation erforderlich sind.

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Drogenabhängigkeit: Zustand psychischer und physischer Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird (WHO).

Die ICD-10 unterscheidet je nach eingenommener Substanz Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel sowie multipler Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sichere Zahlen zur *Häufigkeit* der Drogenabhängigkeit im Jugendalter sind nur unzureichend zu ermitteln. Nach internationalen Statistiken ist der Drogenmissbrauch bei Jugendlichen bis in die Mitte der 80er-Jahre kontinuierlich gesunken und seit den frühen 90er-Jahren ist wieder ein Anstieg zu beobachten. Am häufigsten kommt der Missbrauch psychotroper Substanzen vor. Hierzu zählen auch der Alkoholismus und die Schnüffelsucht. Unter den 2 bis 3% Alkoholkranken in der Bevölkerung befinden sich ca. 10% Jugendliche.

Mindestens 5% der Konsumenten harter Drogen sind ebenfalls Jugendliche. Der Konsum von Cannabis und Nikotin kommt ebenso recht häufig vor, internationale Prävalenzraten sehen ihn zwischen unter 1 und 4%.

Hinzu kommt besonders in den letzten Jahren der Missbrauch sogenannter Designerdrogen (z. B. Ecstasy). Verschiedene US-amerikanische und britische Erhebungen deuten auf eine Konsumrate von 5–8% unter Jugendlichen hin. Ebenso diskutiert werden mittlerweile Auswirkungen einer neuen nichtstoffgebundenen Sucht, der Video- und Computerspielsucht.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung von Kindern mit Auffälligkeiten bedingt durch die Suchterkrankung der Eltern.

Klinik und Diagnostik

Die Wirkungen und Gefahren verschiedener Substanzen, die Folgen psychischer und körperlicher Abhängigkeit sind in der Literatur bereits mehrfach beschrieben worden (s. Kap. 5.4). Der Substanzmissbrauch bei Jugendlichen beschränkt sich meist nicht nur auf eine Substanz, sondern besteht häufig aus einer Kombination legaler und illegaler Drogen.

Die Diagnostik umfasst die Exploration des Jugendlichen und der wichtigsten Bezugspersonen des sozialen Umfelds hinsichtlich

- Anlass und Motiv für die Zuweisung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Entwicklung des Substanzgebrauchs und -missbrauchs (Alter bei Beginn, Verlauf, Mengen, Häufigkeit und Art der Substanz)
- Kontext des Substanzmissbrauchs (Situation, Ort, Zeit, Bezugsgruppe, Befindlichkeit)
- Auswirkungen (Verhalten, körperliche Symptome, Beziehungen, Schule und Beruf)
- Risikofaktoren
- Behandlungsmotivation und Ressourcen.

Hinzu kommen die körperliche Untersuchung und ausführliche Labordiagnostik.

Die *komorbiden Störungen* für Jugendliche mit Substanzmissbrauchsstörungen sind:

- Störungen des Sozialverhaltens einschließlich Delinquenz
- affektive Störungen und/oder Angststörungen
- hyperkinetische Störungen, häufig mit einer Störung des Sozialverhaltens
- Essstörungen, speziell Bulimia nervosa
- organische Psychosyndrome.

Ätiologie

Zur Erklärung des Substanzmissbrauchs sind verschiedene Theorien und Modelle entwickelt worden, die aber hier nicht beschrieben werden sollen. Vielmehr sei aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht auf folgende Risikogruppen für Substanzmissbrauchsstörungen hingewiesen:

- Kinder drogenabhängiger Eltern
- Jugendliche mit psychischen Störungen
- dissoziale Jugendliche
- Kinder und Jugendliche mit traumatisierenden Erfahrungen
- misshandelte/vernachlässigte Kinder und Jugendliche
- ökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche
- Schulverweigerer
- Jugendliche mit spezifischen Lernstörungen.

Therapie und Verlauf

Durch die hohe Komorbidität mit anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen und der Dringlichkeit für familientherapeutische und schulische Interventionen sollte schon die körperliche Entgiftung auf einer für Suchtarbeit spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Station erfolgen. Die Entwöhnungsbehandlung sollte sich unmittelbar an die vorausgegangene Entzugsbehandlung anschließen mit dem vorrangigen Ziel, den Abstinenzwunsch zu festigen.

Folgende *Therapiemöglichkeiten* kommen zum Einsatz:

- Familientherapie mit Einbeziehung des erweiterten sozialen Netzwerkes (z. B. Schule, Freunde)
- Einzelpsychotherapie
- gruppenpsychotherapeutische Methoden (z. B. Psychodrama)
- kognitive Verhaltenstherapie
- Soziotherapie
- Sozialarbeit
- Selbsthilfegruppen
- Eltern- und Angehörigengruppen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

In der Ergotherapie kommt zunächst die kompetenzzentrierte Methode zum Einsatz. Durch das Erstellen eines Werkstücks erleben die Jugendlichen, dass sie auch ohne Suchtmittel Erfolgserlebnisse haben. Sie lernen verschiedene Möglichkeiten kennen, ihre Freizeit mit anderen Aktivitäten als dem Drogenmissbrauch zu füllen. Außerdem werden allgemeine Arbeitsfähigkeiten wie Ausdauer, Motivation, Selbstständigkeit oder Verantwortung gefördert, die auch für die weitere schulische bzw. berufliche Laufbahn wichtig sind. Deshalb kann der Schwerpunkt der ergotherapeutischen Behandlung auch arbeitstherapeutisch, arbeitsrehabilitativ sein.

Im weiteren Verlauf der ergotherapeutischen Behandlung werden auch die ausdruckszentrierte und die interaktionelle Methode eingesetzt. Die Jugendlichen haben häufig Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse zu äußern und Gefühle wahrzunehmen. Außerdem scheuen sie die Auseinandersetzung mit anderen und können in Konfliktsituationen oft nicht angemessen reagieren. Hier bietet die Ergotherapie einen überschaubaren Rahmen, in dem diese Fähigkeiten gestärkt werden können.

Psychosen

Die Psychosen des Kindes- und Jugendalters sind schwere und glücklicherweise relativ seltene Ereignisse. Wie bei erwachsenen Patienten (s. auch Kap. 4) unterscheidet man auch hier die schizophrenen und die affektiven Psychosen, die im Folgenden beschrieben werden, sowie die organischen Psychosen, auf die nicht näher eingegangen wird.

Schizophrene Psychosen

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Schizophrenie: Schwere Störung des Realitätsbezuges, die im Kindesalter verschiedene entwicklungsbedingte Merkmale aufweist.

Je nach dem Alter der Manifestation werden die Schizophrenien in kindliche (bis zum zehnten Lebensjahr), präadoleszente (zehn bis vierzehn Jahre) und adoleszente sowie schließlich erwachsene Formen eingeteilt.

Im Unterschied zur ICD-9 enthält die ICD-10 keine gesonderte Gruppe für die Psychosen in der Kindheit. 4% der Gesamterkrankungen an Schizophrenie beginnen vor dem 15. Lebensjahr, weitere 10% zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr und nur 0,1 bis 1% beginnen vor dem 10. Lebensjahr. Jungen und Mädchen sind etwa gleich häufig betroffen.

Klinik und Diagnostik

Schizophrenien im Kindes- und Jugendalter zeigen eine Reihe entwicklungsabhängiger Besonderheiten in der Symptomatik, wodurch man sie vom Bild im Erwachsenenalter abgrenzen kann:

Prodromalerscheinungen (Vorzeichen): Dies sind flüchtige, kurz andauernde präpsychotische Reaktionen (z. B. regressives Verhalten, Verstimmungszustände, Aggressionsdurchbrüche, Angst, mutistische Reaktionen), die mit dem Wesen des Kindes und der bisherigen Entwicklung nicht zusammenpassen. Bei Erkrankungen im Jugendalter können im Vorfeld einer Schizophrenie u. a. Leistungseinbrüche in der Schule und Ausbildung, Konzentrationsstörungen, Antriebsminderung, depressive Verstimmungen, zwanghaft wiederholte motorische Auffälligkeiten, sozialer Rückzug oder auch expansive soziale Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Alkoholabusus) beobachtet werden.

Psychopathologie: Bei der äußerst seltenen kindlichen Schizophrenie findet man kaum die produktive Symptomatik (z. B. Wahn, Halluzinationen) des späteren Jugend- und Erwachsenenalters. Im Vordergrund stehen hier vielmehr Störungen des Antriebs, der Emotionalität und Kontaktfähigkeit, der Motorik und der Sprache. In der späten Kindheit und Präadoleszenz kommt es dann in der akuten „floriden" Phase neben den formalen Denkstörungen wie Denkhemmung, Zerfahrenheit, Gedankenabriss zur Ausbildung von Wahnsymptomen (inhaltliche Denkstörungen), zunächst zu wahnhaft-halluzinatorischen Leibempfindungen, später zu paranoiden Symptomen (z. B. Beziehungsideen, Verfolgungsideen). Ab dem Beginn der Pubertät kommen auch sexuelle Themen vor. In der Adoleszenz folgen Größenwahn, religiöse und depressive Wahnideen, Selbstbeschuldigungswahn und Liebeswahn. Akustische, optische, olfaktorische und haptische Halluzinationen bilden sich erst in der Adoleszenz in ihrem Vollbild aus.

Die *Diagnostik* umfasst folgende Elemente:

- Eigen- und Familienanamnese
- Beschreibung der Symptomatik und des Verlaufs durch das Kind/den Jugendlichen und dessen Angehörige, Selbst- und Fremdbeurteilungssysteme
- Symptomdokumentation
- körperliche und neurologische Untersuchungen
- Überprüfung der kognitiven, motorischen und sensorischen Fähigkeiten.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Therapie und Verlauf

Basis der Schizophreniebehandlung ist zunächst die Psychopharmakobehandlung. Daneben haben die Verhaltenstherapie, die stützende Psychotherapie, die Familientherapie und die Ergotherapie einen besonderen Stellenwert. Durch den handlungsorientierten Ansatz kann die Ergotherapie schon im akuten Stadium angeboten werden, um bei den Patienten mit klaren Strukturen und überschaubaren aktivierenden Betätigungen das Gefühl der Sicherheit und den Bezug zur Realität zu fördern. Auf der Grundlage eines konstanten Beziehungsangebotes und ausgewählten Angeboten, die der momentanen Belastbarkeit des Patienten entsprechen, können die betroffenen Jugendlichen wieder Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten gewinnen und die beeinträchtigten kognitiven Leistungen wie Konzentration, Handlungsplanung und Ausdauer trainieren. In Abhängigkeit des Belastungsniveaus können affektive und soziale Fähigkeiten sukzessiv durch Veränderungen im therapeutischen Setting (Sozialform, Methodenwahl) im beschützten Rahmen der Ergotherapie wieder neu erworben und erprobt werden (dosierte soziale Herausforderung). Auch Elemente der wahrnehmungszentrierten Methode können bei einigen Patienten zur Förderung der körperorientierten Wahrnehmung sinnvoll sein. Die möglichst aktive Beteiligung in der Auswahl der Behandlungsmaßnahmen und die selbstbestimmte Mitwirkung begünstigen insgesamt den Behandlungsverlauf.

Der Verlauf von Schizophrenien ist sehr vielfältig, jedoch ist die Prognose der im Kindes- und Jugendalter erstmals Erkrankten eher ungünstig. Einer der wichtigsten prognostischen Faktoren ist das Lebensalter bei Erkrankung. Erkrankt ein Kind vor dem 14. Lebensjahr, ist der Verlauf besonders ungünstig. Persönlichkeitsmerkmale wie überdurchschnittliche Intelligenz, Kontaktfähigkeit und Zugewandtheit ermöglichen bei Kindern jedoch einen günstigeren Verlauf. Zwangssymptome, die möglicherweise als Abwehr und zum Schutz gegenüber einem psychotischen Persönlichkeitszerfall dienen, lassen sich ebenso bei besseren Verläufen beobachten. Für Jugendliche ist die Prognose dann meist günstig, wenn u. a. neben einer hohen Intelligenz der Beginn akut ist und die auslösenden Faktoren klar zu bestimmen sind.

Affektive Psychosen

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Affektive Psychosen: Störungen, bei denen eine schwere Affektstörung, meist in Form von Depressionen und Angst, aber auch in Form von gehobener Stimmung und Erregung vorliegt.

Die *Häufigkeit* in der Allgemeinbevölkerung beträgt 0,5–3%. Nur 15–20% der Patienten erkranken vor dem 20. Lebensjahr. Depressive Phasen kommen häufiger vor als manische Phasen.

Klinik und Diagnostik

Da es sich bei den ersten Krankheitsanzeichen eher um unspezifische Beziehungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten handelt, werden Kinder und Jugendliche mit einer affektiven Psychose meistens zu Beginn ihrer Erkrankung nicht erkannt.

Das klinische Bild der affektiven Psychose ist bei Kindern und Jugendlichen durch relativ kurze Phasen der Verstimmung und einen schnellen Phasenwechsel gekennzeichnet:

- In der *depressiven Phase* sind die Kinder und Jugendlichen freudlos, antriebsschwach, gehemmt; sie weinen leicht und ohne Anlass, wirken schwunglos und ohne Interessen. Hinzu kommen u. a. Angstsymptome, Gedankenkreisen, Schuldideen in wahnhafter Weise, aber auch vegetative Symptome wie Schlafstörungen, Appetitstörungen und Obstipationen.
- In den seltener vorkommenden *manischen Phasen* überwiegen u. a. Euphorie, Kritiklosigkeit, Leichtsinn, Antriebssteigerung, Impulsivität, Ideenflucht, gesteigertes Selbstwertgefühl, Rededrang, Hyperaktivität und vermindertes Schlafbedürfnis.

Affektive Psychosen müssen von Schizophrenien und organischen Psychosen sowie differenzialdiagnostisch von posttraumatischen Belastungsstörungen, emotional instabilen (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen, hyperkinetischen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und verschiedenen körperlichen Erkrankungen abgegrenzt werden.

Therapie und Verlauf

Die Behandlung mit Psychopharmaka steht zunächst im Vordergrund. Ergänzende Maßnahmen sind Psychotherapie, Elternberatung, Familientherapie, stationäre Milieutherapie, Physiotherapie, Musiktherapie und Ergotherapie (Steinhausen 2000). Für depressive Patienten bietet der handlungsorientierte Ansatz die Möglichkeit, überhaupt wieder „tätig“ zu

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

werden und persönliche Erfolgserlebnisse zu haben. Dem Bedürfnis des manischen Patienten nach Aktivität kommt die Ergotherapie entgegen. Allerdings muss hier die Tätigkeit klar strukturiert und begrenzt sein, um dem möglichen „Ausufern" des Jugendlichen entgegenzuwirken und seine Wahrnehmung auf das direkte Tun zu lenken.

Nur 15% der Patienten durchlaufen mehr als fünf Phasen in ihrem Leben. Die größte Gefahr droht den Patienten durch das erhöhte Suizidrisiko. Während in der Allgemeinbevölkerung etwa 1% der Menschen durch Suizid stirbt, beträgt die Quote bei Patienten mit einer affektiven Psychose das 10- bis 15-Fache.

Varianten der Deprivation und Deprivationssyndrome

Für die kindliche Entwicklung stellt die Deprivation, d. h. die Vernachlässigung oder Beeinträchtigung der elterlichen Zuwendung, hinsichtlich der wesentlichen körperlichen, emotionalen, sozialen und kognitiven Bedürfnisse des Kindes ein zentrales Risiko dar. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel über die in der ICD-10 klassifizierten Deprivationssyndrome hinaus auch kurz Varianten der Deprivation und Deprivationsbedingungen vorgestellt, da ihnen in der Praxis anamnestisch häufig begegnet wird (z. B. broken home).

Extrafamiliäre Deprivationsbedingungen:

- Krankenhausaufenthalte
- Heimunterbringung.

Bei Krankenhausaufenthalten sind Säuglinge und Kleinkinder im Alter von sechs Monaten bis zu vier Jahren besonders gefährdet, Deprivationsschäden zu entwickeln. Früh einsetzende und lang anhaltende Heimunterbringung bei häufig wechselnden Bezugspersonen gefährden die langfristige Entwicklung des Kindes und Jugendlichen.

Intrafamiliäre Deprivationsbedingungen:

- Verlust der Eltern durch Tod
- Verlust eines Elternteils durch Trennung und Scheidung
- Vernachlässigung
- Misshandlung.

Insbesondere der Verlust eines Elternteils durch Tod, Trennung oder Scheidung stellt einen zentralen Belastungsfaktor für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar. Einer Trennung geht meist eine längerfristige Beziehungsstörung der Partner mit häufigen Konflikten und für das Kind emotional belastenden Situationen voraus. Durch die Trennung kommt es meist zu einer Desorganisation der Familie mit unmittelbaren Konsequenzen für alle Familienmitglieder. Die Eltern sind häufig durch die eigene emotionale Beteiligung nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, ihre Elternrolle angemessen auszufüllen oder sogar die Kinder in der Trennungsverarbeitung zu begleiten. Im Gegenteil setzen sie auch ihren Streit und Kampf zum Teil über das Kind fort, das hierdurch in Loyalitätskonflikte kommt. Unmittelbar nach der Trennung bzw. Scheidung werden viele Kinder emotional oder sozial sowohl zu Hause als auch in der Schule auffällig. So können regressive Verhaltensweisen, depressive Verstimmungen, Spiel- oder Lernhemmungen, Schlafstörungen und Schwierigkeiten in der sozialen Integration auftreten.

Die mangelnde Ausfüllung der Elternrolle kann auch durch andere chronische interaktionelle, psychosoziale oder intrapsychische Belastungen bedingt sein.

Die Vernachlässigung elterlicher Fürsorge kann zahlreiche Bereiche wie Ernährung, Körperhygiene, medizinische Vorsorge und Versorgung, emotionale Zuwendung, soziale Kontakte, den Schutz vor Gefahren sowie sensorische und kognitive Anregung betreffen. Als zwei herausragende klinische Syndrome sollen hier die frühkindliche Gedeihstörung und der psychosoziale Minderwuchs erwähnt werden:

- Die *frühkindliche Gedeihstörung* ist eine Wachstums- und Entwicklungsstörung des Säuglings und im frühen Kindesalter aufgrund gestörter Bindungsverhältnisse mit Vernachlässigung und Misshandlung.
- Der *psychosoziale Minderwuchs* ist durch bestimmte Verhaltens- und Entwicklungsmerkmale und durch eine Wachstumsverzögerung charakterisiert, die durch Aufhebung der pathogenen psychosozialen Bedingungen reversibel wird.

Klassifikation

Die ICD-10 unterscheidet noch die reaktive Bindungsstörung des Kindesalters und die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung:

F94.1: Die *reaktive Bindungsstörung des Kindesalters* ist durch ein abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen mit stark widersprüchlichen und ambivalenten sozialen Reaktionen gekennzeichnet, das sich vor dem Alter von fünf Jahren entwickelt. Sie ist begleitet von einer emotionalen Störung und einer Gedeihstörung und steht nahezu immer im Kontext von Vernachlässigung und Misshandlung.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

F94.2: Die *Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung* ist gekennzeichnet durch eine Diffusität im selektiven Bindungsverhalten während der ersten fünf Lebensjahre, gefolgt von allgemeinem Anklammerungsverhalten im Kleinkindalter oder freundlichem, aufmerksamkeitssuchendem Verhalten in der frühen und mittleren Kindheit. Meist bestehen Schwierigkeiten beim Aufbau enger, vertrauensvoller Beziehungen zu Gleichaltrigen und eventuell kommen emotionale Störungen bzw. Störungen des Sozialverhaltens hinzu. In vielen Vorgeschichten ist eine mangelnde Kontinuität der Betreuungspersonen oder mehrfacher Wechsel in der Familienplatzierung festzustellen.

Die im nächsten Kapitel beschriebene Kindesmisshandlung stellt in ihrer passiven Form, z. B. als Liebesentzug oder dem lebensbedrohlichen Mangel an Ernährung, eine schwere Form der Deprivation dar (Steinhausen 2000).

Kindesmisshandlungen

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Kindesmisshandlung: Nicht zufällige gewaltsame körperliche oder psychische Schädigung, die körperliche Verletzungen, eine schwerwiegende Gesundheitsgefährdung, Entwicklungshemmungen oder sogar den Tod des betroffenen Kindes zur Folge hat.

Diese strafbaren Handlungen können bewusst, aber auch unbewusst in Familien wie auch in Institutionen (z. B. in Schulen oder Heimen) geschehen. Die Kindesmisshandlung wird auch als „aktive (z. B. Schläge, Verbrühung) oder passive (Vernachlässigung) körperliche und/oder psychische Schädigung von Kindern" (Pschyrembel 2002, S. 857) definiert.

Hier wird das Problem der begrifflichen wie auch der realen Abgrenzung der Kindesmisshandlung zur schweren Form der Vernachlässigung deutlich. Der sexuelle Missbrauch und das Münchhausen-Stellvertreter-(by proxy-)Syndrom, bei dem die Bezugsperson Krankheitssymptome ihres Kindes erfindet und manipulativ erzeugt, stellen Sonderformen der Kindesmisshandlung dar.

Klassifikation der körperlichen Kindesmisshandlung:

- leichte Form mit Quetschungen, Schürfungen, offenen Wunden der Haut, seltener Verbrennungen und Frakturen
- schwere Form mit subduralem Hämatom, Frakturen der langen Röhrenknochen und Weichteilschwellungen.

Die psychische Kindesmisshandlung kann in einer andauernden ablehnenden bis feindseligen Haltung gegenüber dem Kind bestehen und z. B. schwere Demütigungen oder extreme Freiheitsbeschränkungen des Kindes beinhalten.

Nach der ICD-10 wird bei Opfern von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch häufig die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) gestellt, bei der Symptome verzögert Wochen bis Monate nach dem belastenden Ereignis oder der bedrohlichen Situation auftreten.

Zur realen *Häufigkeit* der Kindesmisshandlung können keine gesicherten Angaben gemacht werden, da nur ein kleiner Teil der Fälle aufgedeckt wird und selbst hierfür im deutschsprachigen Raum keine Meldepflicht besteht. Zur relativen Häufigkeit kann gesagt werden, dass die leichte Form der Kindesmisshandlung etwa zehnmal häufiger als die schwere Form unter den aufgedeckten Fällen auftritt. Bei etwa gleicher Geschlechterverteilung sind mindestens zwei Drittel dieser Kinder unter sechs Jahren, mit beginnender Pubertät wird die körperliche Misshandlung bei Mädchen häufiger als bei Jungen. Etwa die Hälfte der Fälle wird als wiederholte Misshandlung erkannt.

Klinik und Diagnostik

Neben den körperlichen Merkmalen können folgende *Symptome* bei misshandelten und vernachlässigten Kindern beobachtet werden:

- mangelnde Trennungsangst und Affektivität, Essstörungen und Irritierbarkeit im Säuglings- und Kleinkindalter, Fehlen des Schutzsuchens bei den Eltern in neuen Situationen
- Spielunfähigkeit, unvorhersagbare Verhaltensweisen mit mangelnder Frustrationstoleranz, akuten Angstzuständen, ängstlicher Zurückhaltung bei neuen Bezugspersonen
- Entwicklungsverzögerungen bis zur intellektuellen Beeinträchtigung
- Selbstwertproblematik, Gefühle der Wertlosigkeit und Traurigkeit, Depressionen
- Selbstverletzungen (Automutilation) oder suizidale Handlungen
- Aggressivität im Schulalter bis zur Delinquenz im Jugendlichenalter

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Alkoholismus und andere Formen des Substanzmissbrauchs.

Für die *Diagnostik* der körperlichen Kindesmisshandlung sind typische anamnestische Auffälligkeiten wie z. B. eine unerklärliche Verzögerung der ärztlichen Untersuchung nach der Verletzung oder widersprüchliche Darstellungen der Verletzungsursache verschiedener Beteiligter sowie typische körperliche Verletzungsmuster von Bedeutung.

Differenzialdiagnostisch können Knochenkrankheiten, Blutungsneigungen und Unfälle bzw. Misshandlung durch ältere Geschwister in Betracht kommen. Eine ausführliche Eigenanamnese, insbesondere die medizinische und die Familien- und Fremdanamnesen, können Hinweise auf Misshandlungsereignisse geben. Starke Isolierungstendenzen der Familie, unrealistische Erwartungen an das Kind oder eine ablehnende Haltung gegenüber dem Kind können ebenfalls Hinweise für eine psychische oder körperliche Misshandlung sein.

Ätiologie

Für die meisten Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen sind die leiblichen Eltern verantwortlich. Ihre Lebensgeschichte ist häufig von eigenen Misshandlungen als Kind oder Partner, von Entbehrungen oder Bedrohungen geprägt (Generationszyklus).

Zusätzlich können aktuelle Belastungsfaktoren wie große Kinderzahl, Arbeitslosigkeit, Armut und intrafamiliäre Beziehungsstörungen sowie Alkoholmissbrauch zu einem Misshandlungsmilieu beitragen. In der Eltern-Kind-Interaktion haben insbesondere behinderte, kranke oder früh geborene Kinder und auch Stiefkinder, uneheliche oder aus Heimen rückgegliederte Kinder ein höheres Risiko, Opfer einer Misshandlung zu werden, da sie z. B. den Erwartungen der Eltern nicht entsprechen.

Therapie und Verlauf

Nach der medizinischen Versorgung muss bei unmittelbarer Bedrohung bzw. Wiederholungsgefahr der Misshandlung das Kind zumindest vorübergehend außerhalb der Familie untergebracht werden. Die längerfristige Therapie des Kindes zielt darauf hin, die sozioemotionalen, sensorisch-perzeptiven und kognitiven Schäden abzubauen, ein Gefühl von Selbstwert und Identität aufzubauen und Beziehungsfähigkeit zu entwickeln. Je nach Symptomatik und Entwicklungsstand sind Ergotherapie, Spieltherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie indiziert.

Der Elternarbeit kommt eine erhebliche Bedeutung zu, wenn das Kind in der Familie bleibt oder in sie zurückkehren soll. Die Behandlung sollte einerseits eine stützende Psychotherapie für die Eltern beinhalten, durch die die elterliche Selbstwertproblematik und die Fehlwahrnehmung ihres Kindes bearbeitet werden können, in der über Kindesentwicklung und -erziehung beraten wird und misshandlungsfreie Erziehungstechniken trainiert werden. Wenn Partnerbeziehungsstörungen zum Misshandlungsmilieu beigetragen haben, ist eine Paartherapie sinnvoll. Andererseits sollte die Behandlung auch in einer ambulanten Nachsorge bestehen. Die Bereitstellung eines Krisennotdienstes für akute Situationen und eine langfristige pädagogische Begleitung, z. B. durch das Jugendamt, sind zur Rezidivprophylaxe sinnvoll. Auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann hier wirksam sein.

Der *Verlauf* ist im Wesentlichen von einer frühzeitigen Aufdeckung abhängig, sodass sofort schützende und therapeutische Maßnahmen für das Kind ergriffen werden können. Beim Verbleib oder bei Wiedereingliederung des Kindes in die Familie besteht das Risiko einer wiederholten Misshandlung weiterhin und ist bei Alkoholmissbrauch oder anderen psychischen Störungen des misshandelnden Elternteils deutlich erhöht, zum Teil mit lebensbedrohlichem Ausmaß. Der Verlauf der weiteren Entwicklung des misshandelten Kindes ist darüber hinaus von den Begleitstörungen abhängig, die im Kapitel Klinik und Diagnostik dargestellt werden.

Die psychotherapeutische Verarbeitung der Misshandlung ist ebenfalls zur Prophylaxe bedeutend, damit später aus dem misshandelten Kind nicht selbst ein misshandelnder Elternteil wird (Generationszyklus) (Steinhausen 2000).

Sexueller Missbrauch

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Sexueller Missbrauch: Sexuelle Aktivität eines Menschen mit einem meist abhängigen und für die Zustimmung solcher sexuellen Handlungen unreifen Menschen.

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich handelt es sich hier meist um ein Kind oder Jugendlichen und einen beträchtlich älteren Menschen (über 5 Jahre Altersunterschied).

Zur *Klassifikation* des sexuellen Missbrauchs können vier Formen unterschieden werden:

- Die Zurschaustellung von Genitalien, von sexuellen Akten und Pornografie.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Das Berühren der Genitalien des Kindes bzw. die Aufforderung zur Berührung oder Masturbation der Genitalien des Erwachsenen.
- Der sexuelle Verkehr ohne akute Bedrohung, meist unter Ausübung psychischen Druckes und häufig über längere Zeiträume in Form von vaginalem, oralem oder analem Verkehr.
- Die Vergewaltigung als gewaltsam erzwungener Verkehr.

Zur *Häufigkeit* des sexuellen Missbrauchs können aufgrund der Verschleierung solcher Handlungen keine genauen Zahlen ermittelt werden. Die Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs wird für Jungen zwischen 2 und 5% geschätzt, für Mädchen besteht ein mehrfach höheres Risiko, missbraucht zu werden. Dabei können Kinder jeden Alters Opfer eines sexuellen Missbrauchs werden. Jedoch werden Mädchen wie auch Jungen meist unter 14 Jahren, am häufigsten in der Pubertät missbraucht und in der frühen Adoleszenz vermehrt unter Anwendung von Gewalt hierzu gezwungen. Die überwiegend männlichen Täter sind in über 90% der aufgedeckten Fälle Familienangehörige, nahe Verwandte und Bekannte der Familie. In nur 10% der Fälle ist der Täter dem Kind unbekannt. Intrafamiliärer Missbrauch wird mehr in mit Armut, sozialer Isolation und von Scheidungsproblematik betroffenen Familien aufgedeckt, jedoch kommt der sexuelle Missbrauch in allen sozialen Schichten vor.

Klinik und Diagnostik

In der schwierigen Diagnostik eines sexuellen Missbrauchs ist eine behutsame Vorgehensweise mit einer den Verdachtshinweisen entsprechenden Gründlichkeit erforderlich.

In der Diagnostik im Hinblick auf einen sexuellen Missbrauch sind körperliche Symptome, wie Körperverletzungen und Fremdkörper im Unterleib, Geschlechtskrankheiten, Pilzinfektionen, wiederholende Harnwegsinfekte und Schwangerschaft von Bedeutung.

Die körperliche Untersuchung ist häufig dem Alter nicht entsprechend angstbesetzt oder wird verweigert. Zusätzlich sind bestimmte Verhaltensmerkmale und Verhaltensänderungen, wie Nähe-Distanz-Probleme, altersunangemessenes sexualisiertes Verhalten einschließlich exhibitionistischen Verhaltens, zwanghafter Masturbation und der Jugendlichenprostitution, Trennungsängste, regressives, übermäßig angepasstes, pseudoreifes, aggressives und dissoziales Verhalten, depressive Verstimmung und Schlafstörungen, Beziehungsstörungen und mangelnder Kontakt zu Gleichaltrigen, nachlassende Leistungsfähigkeit und Abwesenheit in der Schule, zu beobachten. Die Verhaltensveränderungen können nur im Zusammenhang mit anamnestischen Hinweisen und körperlichen Befunden eine relative Charakteristik in der Diagnostik des sexuellen Missbrauchs herstellen.

Von wesentlicher Bedeutung für das weitere therapeutische Vorgehen sind Informationen über Art, Beginn, Dauer und Ort des sexuellen Missbrauchs, Ausmaß der Gewaltanwendung, Täter- und Opferpersönlichkeit und deren Beziehung, Wissen und Einstellung weiterer Familienmitglieder, Aufdeckungsanlass und darauffolgende Reaktionen.

Ätiologie

Eine wesentliche Ursache ist in der Lebensgeschichte und Persönlichkeit des Täters zu sehen, dessen Kindheit durch Entbehrungen und Mangel an emotionaler Zuwendung oder aber von eigener körperlicher oder sexueller Misshandlung, insbesondere bei Jungen, geprägt sein kann. Häufig können bei den Tätern Persönlichkeitsstörungen, paranoide Züge und Alkoholismus psychiatrisch diagnostiziert werden. Inzestfamilien sind häufig sozial isoliert und weisen geringe Generations- und Rollengrenzen auf. Dabei können Partnerbeziehungsstörungen mit sexueller Entfremdung und auch die Passivität mitwissender Familienmitglieder, insbesondere der Mütter, die dabei häufig ihre Rolle als Sexualpartnerin an die Tochter abtreten, zur Entstehung und zum Fortbestand eines sexuellen Missbrauches beitragen.

Therapie und Verlauf

Je nach Art des sexuellen Missbrauches ist eine Krisenintervention (z. B. nach einer Begegnung mit einem Exhibitionisten), meist aber ein mittel- oder längerfristiges Behandlungsprogramm anzuschließen, das die therapeutische Arbeit mit dem betroffenen Kind, mit der eventuell passiv unterstützenden Mutter bei Vater-Tochter-Inzest, mit anderen Familienmitgliedern und wenn möglich mit dem Täter umfasst.

Dem Alter des Kindes entsprechend sind unterschiedliche Therapiemethoden wie Spieltherapie, Einzelpsychotherapie und Gruppentherapie zur Verarbeitung des Traumas und Verhaltenstherapie zur Behandlung von begleitenden Ängsten, Essstörungen oder autodestruktivem Verhalten erforderlich. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung bildet die Grundlage für die therapeutischen Maßnahmen, aber auch für die weitere Beziehungsgestaltung des missbrauchten Kindes, das von Schuldgefühlen befreit werden muss.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die Ergotherapie kann unter anderem durch ausdruckszentrierte Inhalte zur Diagnostik beitragen, gestalterische Ausdrucks- und Verarbeitungsmöglichkeiten anbieten und ein positives Selbstwertgefühl, die Entscheidungsfähigkeit und Autonomie sowie die Abgrenzungsfähigkeit des Kindes oder Jugendlichen fördern. Elternberatung, Familientherapie und Sozialarbeit sind darüber hinaus wesentliche Elemente der Behandlung. Beim intrafamiliären sexuellen Missbrauch muss das Kind vor Wiederholungen oder auch vor körperlicher Misshandlung als Bestrafung der Aufdeckung geschützt werden. Eine vorübergehende oder langfristige Fremdunterbringung je nach weiterem Verlauf oder aber der Auszug des Täters aus der elterlichen Wohnung bei Inzest kann einen wiederholten Missbrauch vermeiden helfen.

Die Traumatisierung durch einen sexuellen Missbrauch hat weitreichende Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der Opfer bis ins Erwachsenenalter, insbesondere in Bezug auf die Identitätsentwicklung und das Erleben einer befriedigenden, auch sexuellen Partnerschaft. 20–40% der Opfer erscheinen unmittelbar nach der Aufdeckung psychisch gestört, etwa 20% zeigen noch im Erwachsenenalter psychische Störungen, wie Depressionen, Ängste, Essstörungen und Suizidhandlungen insbesondere bei Frauen, während Männer häufiger antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Drogenmissbrauch und homosexuelle Neigungen entwickeln. Als ungünstige Faktoren für die *Prognose* gelten der Missbrauch durch Männer, insbesondere durch Väter oder Stiefväter, der genitale Missbrauch und die Gewaltanwendung, mangelnde Stützung des Opfers durch die Familie und die Herausnahme des Opfers aus der Familie (Steinhausen 2000).

Suizidversuche und -handlungen

Suizidversuche und vollendeter Suizid sind im Kindesalter extrem seltene Ereignisse, während das Jugendalter der Lebensabschnitt mit der höchsten Rate an Suizidversuchen ist. Es soll hier nur näher auf Suizidversuche und selbst verletzendes Verhalten eingegangen werden, da sie zu den typischen Aufgaben kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Therapie gehören.

Definition, Klassifikation und Häufigkeit

Vollendeter Suizid: Der Tod erfolgt durch eine beabsichtigte, selbst zugefügte, lebensbedrohliche Handlung.
Suizidversuche (Parasuizide): Handlungen, die dem Ziel dienen, das eigene Leben zu beenden. Dazu zählen die willentliche Selbstvergiftung und die Selbstverletzungen.

Suizidversuche müssen klar unterschieden werden von den viel häufiger vorkommenden *Suizidgedanken*, die verbal oder nichtverbal, direkt oder indirekt zum Ausdruck kommen können. Eine klare *Klassifikation* von Suizidversuchen liegt nicht vor. Nach Hawton (1986) kann man drei Gruppen unterscheiden:

- *Akut:* Die zum Zeitpunkt des Suizidversuchs festgestellten Probleme bestehen seit weniger als einem Monat; Verhaltensauffälligkeiten fehlen.
- *Chronisch:* Die zum Zeitpunkt des Suizidversuchs festgestellten Probleme bestehen seit einem Monat oder länger; Verhaltensauffälligkeiten fehlen.
- *Chronisch mit Verhaltensauffälligkeiten:* Die zum Zeitpunkt des Suizidversuchs festgestellten Probleme bestehen seit einem Monat oder länger; es liegen Verhaltensauffälligkeiten in der unmittelbaren Vergangenheit vor (z. B. Stehlen, wiederholtes Weglaufen, Trinkexzesse, körperliche Auseinandersetzungen oder Konflikte mit der Polizei).

Genaue Zahlen zur *Häufigkeit* sind nur schwer zu ermitteln. Es wird beispielsweise angenommen, dass 10–20% der Drogen- und Verkehrstoten ihr Leben willentlich beendet haben. Nach Schätzungen beträgt die Relation von vollendetem Suizid und Suizidversuch etwa 1:38. Bei Kindern unter 12 Jahren sind Suizidhandlungen sehr selten, obwohl bei Kindern in diesem Alter in psychiatrischer Behandlung Suizidgedanken und -drohungen häufig beobachtet werden können. Kommt es überhaupt zu einem Suizidversuch, wird er häufiger von Jungen als von Mädchen unternommen.

Ab der Präadoleszenz dominieren Mädchen über Jungen im Verhältnis von 3:1 bis 9:1. Die Dominanz der Mädchen bei Suizidversuchen in der Adoleszenz kann möglicherweise mit den früher einsetzenden heterosexuellen Beziehungen und dem Fehlen von Verhaltensalternativen bei Belastungen (z. B. Alkoholmissbrauch oder aggressive Handlungen) erklärt werden. Suizidgedanken kommen bei etwa 8% der Jugendlichen vor.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Klinik und Diagnostik

Die häufigste Methode eines Suizidversuchs bei jungen Menschen (vor allem bei Mädchen) ist die Selbstvergiftung (z. B. mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln bzw. Psychopharmaka). Jungen bevorzugen, vor allem beim vollendeten Suizid, sogenannte harte Methoden (Erhängen, Sprung vor ein Verkehrsmittel, schwere Stich- und Schnittwunden).

Differenzialdiagnostisch müssen auch die in suizidaler Absicht vorgenommenen *Selbstverletzungen* unterschieden werden.

Oberflächlich zugefügte Schnittverletzungen sind typischerweise am Handgelenk oder Unterarm lokalisiert und meist durch eine geringe suizidale Absicht gekennzeichnet. Kinder und Jugendliche vollziehen Suizidhandlungen überwiegend in der elterlichen Wohnung.

Nur wenige Kinder und Jugendliche werden nach einem Suizidversuch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt. Dies ist damit zu erklären, dass die meisten Suizidhandlungen im Affekt (z. B. Trennungsschmerz, Schulversagen) begangen werden und nicht unbedingt eine psychiatrische Störung zugrunde liegt. Untersuchungen zeigen, dass es ein erhöhtes Suizidrisiko bei Psychosen gibt, ebenso bei Angststörungen, affektiven Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Entwicklungskrisen, Persönlichkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Substanzmissbrauch.

Ätiologie

Zu den Hintergrundfaktoren zählen:

- genetische, biologische Faktoren in der Familie
- gestörte Familienverhältnisse (z. B. durch Scheidungs- und Trennungsfolgen, chronische Kommunikationsdefizite, Heimunterbringungen)
- psychische Störungen, Alkoholismus, Drogenmissbrauch in der Familie
- Suizidhandlungen in der Familie
- Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch.

Probleme und Auslöser sind:

- Konflikte mit den Eltern
- Probleme in der Schule und am Arbeitsplatz (z. B. schlechte Schulleistungen, Beziehungsstörungen zu Lehrern und Mitschülern)
- soziale Isolation
- Probleme in heterosexuellen Freundschaften
- gesundheitliche Einschränkungen, psychische Störungen
- körperliche Krankheiten der Eltern (Eltern sind für das Kind nur selten verfügbar).

Therapie und Verlauf

Je nach Symptomatik ist eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung, bei anhaltender Suizidalität auch eine geschlossene Unterbringung, erforderlich.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach einem Suizidversuch kommt ein mehrdimensionales Therapiekonzept zum Tragen:

- Verhaltenstherapie: z. B. „Vertrag", in dem der Jugendliche versichert, keine suizidalen Handlungen zu begehen, kognitive Verfahren zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung und Bewusstmachung negativer, destruktiver Gedankengänge
- Einzelpsychotherapie
- Gruppentherapie
- Familientherapie
- Psychopharmaka bei zugrunde liegender psychiatrischer Erkrankung.

Bei konkreten Planungen suizidaler Handlungen sind therapeutische Interventionen erforderlich. Suizidversuche haben häufig appellative Funktion und können als Hilferufe verstanden werden, um auf persönliche, familiäre oder soziale Probleme aufmerksam zu machen.

Die Ergotherapie kann hier zunächst stabilisierend wirken und dazu beitragen, neue Perspektiven zu entwickeln. Der Abbau von Schuldgefühlen und der Aufbau individueller alternativer Verarbeitungs- und Problemlösungsstrategien sind hier mögliche Zielsetzungen. Außerdem richtet sie sich nach der eventuell zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung.

Die meisten Kinder und Jugendlichen werden nach einem Suizidversuch psychosozial gestärkt und unterscheiden sich in ihrer weiteren Entwicklung kaum von Jugendlichen ohne Suizidversuch.

Bei einer kleineren Gruppe lassen sich im Erwachsenenalter eine höhere Rate von Scheidungen, höhere Kriminalitätsbelastung und mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten feststellen.

Ein Teil der jugendlichen Suizidenten nimmt erneut suizidale Handlungen vor. Langzeitstudien zeigen, dass einige wenige später an einem vollendeten Suizid sterben (Steinhausen 2000).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5.1.3 Ergotherapeutische Behandlung

Ergotherapeutische Haltung

Die ergotherapeutische Grundhaltung basiert auf dem Menschenbild der humanistischen Psychologie. Zu ihren Vertretern zählen Carl Rogers, Charlotte Bühler, Erich Fromm, Abraham Maslow und Victor E. Frankl. Im Mittelpunkt ihrer Überlegungen steht der Mensch mit dem Wunsch, der Fähigkeit und dem Recht auf die eigene Kreativität, Wertsetzung und Selbstverwirklichung. Dem Menschen wird zugestanden, sich mit freiem Willen für das Gute zu entscheiden. Die von Rogers entwickelte und von Tausch in Deutschland erweiterte klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie beruht auf „einer nicht-direktiven zwischenmenschlichen Beziehung als Medium konstruktiver Persönlichkeitsentwicklung" (Revenstorf 1983, S. 14).

Die Begegnung zwischen Therapeutin und Klient ist partnerschaftlich, gleichwertig und die therapeutische Haltung (s. Kap. 2.2.2 S. 111 ff.) ist gekennzeichnet von

- *Empathie*: einfühlendes Verstehen, das sich jeder Wertung enthält. Für Rogers bedeutet es, „die persönliche Wahrnehmungswelt eines anderen zu betreten" (Revenstorf 1983, S. 21), die Gefühlserlebnisse zu erspüren und für Tausch äußert sie sich in der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte durch die Therapeutin.
- *Akzeptanz*: Wärme, Achtung, Respekt, positive Wertschätzung des Klienten.
- *Kongruenz* und *Echtheit* im Verhalten und in der Kommunikation der Therapeutin.

Diese drei Qualitäten einer Therapeutin sind auch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen von Bedeutung, denn der Versuch, die Welt eines Kindes aus seiner Wahrnehmungsperspektive zu betrachten, eröffnet ein tieferes Verständnis für seine Möglichkeiten und Grenzen im Fühlen, Lernen und Verhalten und damit für seine Probleme.

Auch die Achtung und Wertschätzung seiner Person hilft dem Kind/dem Jugendlichen, sich selbst zu achten und Achtung vor dem anderen zu entwickeln. Es unterbricht das mögliche Erleben von vorherigen Negativzuschreibungen und ermöglicht den Aufbau eines realistischen Selbstbildes, in das Fähigkeiten und Schwächen integriert werden können. Die Kongruenz im Verhalten und in der Kommunikation ist insbesondere in der Arbeit mit Kindern wichtig. Kinder verstehen keine Ironie und geraten in Verwirrung und inneren Zwiespalt bei mehrdeutigen Botschaften. Der verbale Inhalt sollte mit Botschaften der Mimik, der Gestik und des Tonfalls übereinstimmen.

Doch es stellt sich die Frage, ob diese von Rogers postulierten Therapeutenvariablen in der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alleinige Orientierung für das Handeln sein können. Da die Patienten Menschen in ihren frühen Entwicklungsperioden (Kindheit, Adoleszenz, Jugend) und keine kleinen Erwachsenen sind, müssen Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und der Erziehungswissenschaften in das Handeln und in die Haltung mit einfließen.

Die therapeutische Arbeit mit Kindern ist häufig eng mit einem pädagogischen Prozess verbunden. Sowohl die Therapie als auch die Pädagogik haben das Ziel oder die Intention, beim Kind oder Jugendlichen eine Veränderung oder Entwicklung zu bewirken. Auch in der Entstehung der psychiatrischen Störung, die dann eine Therapie erforderlich macht, kann das pädagogische Handeln der Eltern und anderer Bezugspersonen eine wesentliche oder zusätzliche Rolle gespielt haben. So ist es nötig, sich in der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auch mit Fragen der Erziehung auseinanderzusetzen, eine Erziehungshaltung zu entwickeln, sowohl für die Elternberatung als auch für den Kontakt zum Kind und Jugendlichen. Es gibt keine allgemeingültige Definition des Begriffs Erziehung. Die zahlreichen, auch historischen pädagogischen Ansätze bewegen sich mit unterschiedlicher Gewichtung im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmtheit zwischen Autonomie und Kontrolle. Im Allgemeinen wird die Erziehung heute als zwischenmenschliches Handeln gesehen, bei dem der Erziehende zwar die Intention hat, den zu Erziehenden zu beeinflussen, dieser gestaltet jedoch durch seine Interaktion die Erziehung mit (Selbsterziehung). In diesem Verständnis werden Kinder nicht mehr als ein veränderbares Erziehungsobjekt betrachtet, sondern als Subjekte, die an ihrem Entwicklungs- und Lernprozess teilhaben. Erziehung kann also als interaktiver partnerschaftlicher Prozess mit Wechselwirkungen gesehen werden. Dies soll aber nicht bedeuten, dass der Erwachsene dem Kind Entscheidungen überlassen kann, denn die „Fähigkeit zur Autonomie muss erst erworben werden" (Speck 1991, S. 144). Speck hebt hervor, dass die nichtdirektive pädagogische Haltung keine Laissez-faire-Haltung sei, sondern betont, dass das Kind den Erwachsenen brauche. Auf der Basis einer verlässlichen emotionalen Bindung verbunden mit Respekt und Achtung vor dem Kind kann der Erwachsene eine natürliche Autorität darstellen, die im Erziehungsprozess dem Kind ein Gegenüber zur Auseinandersetzung, Bestätigung,

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Orientierung und Abgrenzung, zum Überbrücken von Konflikten, zum Erlernen von Selbstbehauptung und vieles mehr sein soll.

Das Maß an Übertragung von Verantwortung über das eigene Handeln sollte im Erziehungsprozess den Fähigkeiten des Kindes entsprechen, um dieses nicht zu überfordern oder zu unterfordern. Das Kind benötigt für selbstverantwortliches Handeln eine entsprechende kognitive, sprachliche, emotionale und soziale Reife, die sich erst im Rahmen der Entwicklung durch den „komplexen, fortschreitenden Prozess von Wechselwirkungen zwischen der strukturellen Reifung (Altersreife), den individuell genetischen Anlagen (körperliche Gestalt, Intelligenz, Musikalität etc.), den Umwelteinflüssen und schließlich der Art und Intensität der individuellen Selbststeuerung“ (Schenk-Danzinger 1995, S. 43) entfalten kann. Zusammenfassend könnte man sagen, dass sich sowohl therapeutisches als auch pädagogisches Handeln in Bezug auf den Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen verändert und sich, je höher der Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen ist, die Beziehung zwischen den Partnern zunehmend zur Symmetrie entwickeln kann.

Die ergotherapeutische Haltung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann also getragen sein von dem Bemühen, das Kind/den Jugendlichen in seiner individuellen Ganzheit (emotionale, soziale, sprachliche, kognitive, sensomotorische, perzeptive instrumentelle Fähigkeiten) und innerhalb von Umweltsystemen (z. B. Kulturkreis, Familie, Schule) wahrzunehmen und seine psychischen Symptome hieraus zu verstehen. Die ergotherapeutische Arbeit mit dem Kind/dem Jugendlichen soll einen Beitrag leisten, es/ihn zu befähigen, die Art und Weise, wie es/er handelt, denkt oder fühlt und unter der es/er oder seine Umwelt unmittelbar oder mittelbar leidet, aus einem inneren Bedürfnis (eventuell unbewusst) oder eigenem Antrieb (Leidensdruck, Krankheitseinsicht) heraus mit größtmöglicher, altersentsprechender Eigenverantwortlichkeit zu verändern.

Die Therapeutin kann diesen Prozess anregen und das Kind begleiten. Sie schafft Lernräume, in denen das Kind/der Jugendliche eigene Erfahrungen machen und die Wirkung seines eigenen Handelns wahrnehmen kann. Durch altersangemessene Rückmeldung und Modellverhalten der Therapeutin kann das Kind/der Jugendliche Orientierung finden und ermutigt werden, neue Verhaltens- und Denkweisen zu entwickeln und die eigene Fähigkeit zur aktiven Mitgestaltung und Veränderung zu entdecken.

Dabei sollte das Handeln der Therapeutin unmittelbar erfolgen, dem Entwicklungsstand des Kindes und der Situation angemessen sein, für das Kind vorhersehbar und eindeutig, konstant und konsequent sein. Getragen von einer annehmenden, verstehenden und wertschätzenden Haltung werden dem Kind/dem Jugendlichen positive Erwartungen und Einstellungen entgegengebracht, unerwünschte Verhaltensweisen so weit wie möglich ignoriert und erwünschte Verhaltensweisen lobend bestätigt und verstärkt.

Ergotherapeutische Befunderhebung

Eine ergotherapeutische Befunderhebung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte folgende Bereiche umfassen:

- affektiver Bereich (z. B. Selbstvertrauen, Stimmung, Frustrationstoleranz, Motivation, Antrieb, Umgang mit Emotionen)
- kognitiver Bereich (z. B. Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, formales und inhaltliches Denken)
- sozioemotionaler Bereich (z. B. Kontaktverhalten mit anderen Kindern und Jugendlichen, Selbstständigkeit, Äußern eigener Wünsche und Bedürfnisse)
- perzeptiver Bereich: vestibuläre Wahrnehmung, Propriozeption, taktile Wahrnehmung, visuelle und auditive Wahrnehmung
- Grobmotorik: Planung und Durchführung neuer Bewegungen (Praxie), Bilateralkoordination, Überkreuzen der Mittellinie
- Feinmotorik (z. B. Kraftdosierung, Hand-Hand-Koordination, Handpräferenz)
- Sprache: rezeptive und expressive Sprache
- sonstige Auffälligkeiten (z. B. Tics, autoaggressives Verhalten)
- lebenspraktischer Bereich (z. B. Körperpflege, An- und Auskleiden, Toilettengang)
- Spiel- und Freizeitbereich (z. B. Spielverhalten, Hobbys, Sport).

Die folgende Aufzählung der Möglichkeiten, Verfahren und Messinstrumente erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit (s. auch Kap. 2.1 und 2.2):

Erstgespräch und erstes Bild

Das Erstgespräch dient zunächst der Kontaktaufnahme und der Sammlung wichtiger Informationen für die weitere Behandlungsplanung. Die Erfahrung zeigt, dass einige Kinder und Jugendliche eher abwehrend reagieren, wenn sie in der Ergotherapie „schon wieder“ etwas über sich erzählen sollen. Vielen fällt es aber leichter, ein Bild oder eine Collage (z. B. zum Thema Vorstellungsbild, Steckbrief) oder

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ähnliches zu erstellen, was dann wieder als Gesprächsgrundlage dienen kann. Mögliche Fragen in einem Erstgespräch mit einem Kind oder Jugendlichen können sein:

- Wo und wie wohnst du?
- Wer gehört zu deiner Familie?
- Wer hat dich hierher geschickt?
- Warum bist du hierher gekommen?
- Wie verstehst du dich mit deinen Eltern und Geschwistern?
- Was kannst du gut, was sind deine Hobbys?

Anamnese

Die medizinische und soziale Anamnese wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie meist zusammen mit den Eltern/Erziehungsberechtigten vom zuständigen Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychologen erstellt. Diese Daten erschließen sich der Ergotherapeutin entweder in der multiprofessionellen Teambesprechung oder durch die Patientenakte, die zunehmend in elektronischer Form geführt wird und somit jedem Teammitglied schneller und umfangreicher zugänglich ist.

Die Ergotherapeutin erstellt mit dem Kind oder Jugendlichen im Gespräch eventuell noch eine Eigenanamnese, wenn sie für ihre Behandlung über die bereits erstellte Anamnese hinaus weitere Informationen und Eindrücke über die Sichtweise des Kindes (z. B. über Schwierigkeiten in der Schule, Hobbys) erhalten möchte.

Beobachtung

Die Beobachtung des Kindes oder Jugendlichen findet möglichst in einzel- und gruppentherapeutischen Ergotherapieeinheiten statt. Zu Beginn ist es oft die unstrukturierte Beobachtung, bei der sich das Kind ein Werkstück auswählt. Die Ergotherapeutin beobachtet das Kind bei seinem Tun und berücksichtigt dabei allgemeine Beobachtungskriterien z. B. nach Scheiber (1995, S. 118, 120, 143) oder Cumming (Cumming u. Cumming 1979).

Im weiteren Verlauf führt die Ergotherapeutin eine kriterienorientierte/strukturierte Beobachtung durch. Sie wählt, bezogen auf die individuelle Zielsetzung für das Kind, konkrete Beobachtungskriterien aus. In der Regel sollten dies nicht mehr als drei bis fünf Kriterien für eine Therapiesituation sein. Die kompetenzzentrierte Methode ermöglicht im Rahmen der Befunderhebung eine differenzierte Wahrnehmung des Kindes (z. B. bezogen auf seine Schulfähigkeiten). Mit der interaktionellen Methode können Auffälligkeiten und Störungen in der Interaktion mit anderen Kindern und Jugendlichen beobachtet werden. Die ausdruckszentrierte Methode kann diagnostisch zur Erfassung der emotionalen Befindlichkeit eingesetzt werden.

Neben dem Einsatz von Beobachtungsbögen kommen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch häufig Videoaufzeichnungen zum Einsatz. Um eine möglichst umfangreiche alltagsnahe Diagnostik zu erreichen, können Beobachtungen außerhalb der Therapieräume während des Tagesablaufes des Kindes auf der Station z. B. beim Einnehmen der Mahlzeiten, beim freien Spiel oder im Ausgang mit anderen Patienten wichtige Hinweise geben.

Befundinstrumente

Im „Indikationskatalog Ergotherapie“ (Ferber u. Gans 2004) werden u. a. folgende für Kinder und Jugendliche geeignete Befundinstrumente genannt:

- *Child Occupational Self Assessment* (COSA, s. Exkurs): Selbstbeurteilungsbogen für Kinder- und Jugendliche zu Performance, Gewohnheiten, Rollen, Volition, Interessen und Umwelt (Baron u. Curton 1999).
- *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM, s. Exkurs): Tätigkeiten, die die Klienten in ihrem Alltag durchführen müssen oder möchten; subjektive Beurteilungen der „Betätigungsperformance“ (Durchführung und Zufriedenheit).
- *Occupational Performance History Interview-II*: teilstrukturierte, narrative Interviewformen zur Anamnese der Beschäftigungsperformance (Kielhofner et al. 2002).
- *Occupational Self Assessments* (OSA): Der Klient beantwortet schriftlich oder mündlich vorgegebene Fragen, um Kenntnisse über seine Performance, Gewohnheiten, Rollen, Volition, Interessen und Umwelt zu erhalten. Das Ergebnis dient dazu, die Therapie gemeinsam mit dem Klienten zu planen (Baron u. Curton 2002).
- *Rollencheckliste*: Durch das Assessment bekommt man Informationen über die Typen von Rollen, die der Patient ausfüllt und die seinen Alltag bestimmen (Oakley et al. 1985).
- *Zielkarteikarte*: Zielbestimmung durch den Patienten selbst (Dalhoff et al. 1999).
- *Beobachtungsbogen zur ergotherapeutischen Befunderhebung:* Diagnostik zur Fremdwahrnehmung während des Behandlungsprozesses (Dalhoff et al. 1999).

Außerdem sei hier noch auf die vielfältigen Möglichkeiten der pädiatrisch orientierten Befundung hingewiesen, die besonders bei Entwicklungsstörungen und Wahrnehmungsdefiziten auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Anwendung kommen (s. S. 163ff, Wahrnehmungszentrierte Methoden).

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Exkurs: Anwendung konzeptioneller Modelle

Die klientenzentrierte Grundhaltung und Gesprächsführung ist schon lange Bestandteil ergotherapeutischen Handelns. Die Klientenzentrierung in der Anwendung konzeptioneller Modelle beinhaltet jedoch eine systematische Berücksichtigung der Sichtweisen und Einschätzungen des Klienten in den Therapieprozess. Ausgehend von der klientenzentrierten Arbeitsweise soll der Klient, also auch das Kind/der Jugendliche in der ergotherapeutischen Behandlung, als eine eigenständige, ganzheitliche Person mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen wahrgenommen werden, die ihre Probleme selbst beschreibt und Therapieziele selbst bestimmen kann.

Die Modelle MOHO und CMOP wurden in ihrer Ausführlichkeit mit ihren unterschiedlichen Assessments schon im Kapitel 2.1.1 und 2.1.3 beschrieben. Im Folgenden stellen wir die zwei ergotherapeutischen Assessments COPM und COSA, die in Anlehnung an diese Modelle entwickelt wurden, in ihrer Anwendung vor. In einer Gegenüberstellung der Betätigungsperformanz-Anliegen, die einerseits durch das Kind, andererseits durch seine Eltern identifiziert wurden, soll die Bedeutung der zusätzlichen Durchführung mit den Eltern im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich kurz beleuchtet werden.

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

Das COPM (Law et al. 1999), entwickelt aus dem CMOP, ist ein individuelles ergotherapeutisches Messinstrument in Form eines halbstrukturierten Interviews zwischen Klient (jeden Alters) und Therapeutin. Die Ergotherapeutin und das Kind/der Jugendliche können mit dem COPM die Problembereiche der „Occupational Performance" feststellen. Der Begriff lässt sich hier mit allen Tätigkeiten/Aufgaben, die das Kind im Laufe eines Tages zu Hause, in der Schule, mit Freunden, bei der Ausübung eines Hobbys etc. erledigt, beschreiben. Es stehen dabei nicht nur die Fähigkeiten im Vordergrund, ob und wie bestimmte Tätigkeiten (Performance) ausgeführt werden können, sondern vor allem die Eigenwahrnehmung und die Zufriedenheit des Kindes/Jugendlichen mit der Ausführung.

Durchführung des COPM

1. Identifizieren von Betätigungs-Performance-Problemen: Im Gespräch soll das Kind/der Jugendliche ihm wichtige Handlungsbedürfnisse bzw. Veränderungswünsche aus den drei Performancebereichen Selbstständigkeit, Produktivität und Freizeit, in denen es Schwierigkeiten erkennt, benennen. Die Therapeutin stellt unterstützend Fragen, die sich auf den Alltag des Kindes/Jugendlichen beziehen:

Performancebereich Selbstständigkeit

- Ziehst du dich allein an und aus? Wäschst du dich selbstständig? Kannst du selbstständig essen (Butterbrot schmieren, Gebrauch von Messer und Gabel)?
- Kannst du z. B. Fahrrad fahren/inlineskaten? Wie kommst du zur Schule? Benutzt du allein Bus und Bahn?
- Erledigst du Einkäufe? Kannst du mit der Uhr, dem Telefon, Computer und mit dem Fernseher umgehen? Bekommst du Taschengeld und was machst du damit? Hältst du dich an Absprachen mit deinen Eltern? Welche Regeln gibt es bei euch zu Hause? Hast du selbst Überblick über deine Hausaufgaben, den Stundenplan, deinen Tornister?

Performancebereich Produktivität

- Welche Aufgaben musst du jeden Tag erfüllen?
- Hilfst du bei der Gartenarbeit, beim Autowaschen oder im Haushalt (z. B. Tisch decken, Zimmer aufräumen)?
- Erledigst du selbstständig und konzentriert deine Hausaufgaben? Wo? Wann? Wie lange?
- Bastelst oder malst du gerne? Liest du Bücher/Zeitschriften oder schreibst du Briefe oder E-Mails an Freunde?

Performancebereich Freizeitverhalten

- Was machst du gerne in deiner Freizeit?
- Hast du Freunde, mit denen du etwas unternimmst? Bekommst du Besuch?
- Kannst du dich gut allein beschäftigen?
- Wie verstehst du dich mit deinen Geschwistern?
- Was sind deine Hobbys? Machst du Sport und bist du in einem Verein?

2. Einstufung der Wichtigkeit: Das Kind/der Jugendliche wird gebeten einzustufen, wie wichtig ihm die genannten Aktivitäten und Handlungsbedürfnisse in seinem Leben sind. Hier muss darauf geachtet werden, dass die Einstufung mit der Likertskala wirklich verstanden wird.

3. Bewerten: Das Kind/der Jugendliche soll nun bis zu fünf der wichtigsten Performanceprobleme benennen, die auf dem COPM-Bogen eingetragen werden. Anhand der Likertskala werden für jedes Betätigungsproblem die Handlungsdurchführung und dann die Zufriedenheit mit der derzeitigen Performance bewertet.

4. Erneute Befunderhebung: Im Verlauf oder bei Beendigung der Therapie werden durch eine erneute Durchführung die Betätigungsperformanzanliegen überprüft. Durch den Vergleich der neuen mit den alten Werten kann eine Veränderung der Eigenwahr-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

nehmung von Kind/Jugendlichem bezüglich Performance und Zufriedenheit festgestellt werden (Gede et al. 2001). Dies dokumentiert den Behandlungsverlauf, aktualisiert die klientenzentrierten Behandlungsziele und dient als Leistungsnachweis.

Eine kindgerechte Adaptierung des COPM ist zu finden in: Gede et al., Kinder zu Wort kommen lassen, Schulz Kirchner, Idstein, 2007.

COSA (Child Occupational Self Assessment)

Dieses klientenzentrierte kindgerechte Befunderhebungs- und Ergebnismessinstrument basiert in seiner inhaltlichen Gestaltung auf dem *Model Of Human Occupation* (MOHO) von Gary Kielhofner et al., das im Kapitel 2.1.1 vorgestellt wird. Es ist in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand in der Regel für Kinder zwischen 8 und 13 Jahren geeignet. (Für Jugendliche kann das OSA eingesetzt werden, siehe weitere Instrumente.)

Das Assessment besteht aus:

- Handbuch zur Durchführung
- Selbsteinschätzungsbogen mit 25 vorgegebenen Items, alternativ einsetzbarer Kartenversion
- Elternfragebogen (mit den gleichen 25 Items)
- Erklärungsbogen zu den Items
- Ergebnisbogen für das Gespräch mit dem Kind und/oder den Eltern
- Ergotherapieplan.

Im ersten Schritt bearbeitet das Kind möglichst selbstständig die insgesamt *25 Items*. Dabei soll es die Durchführung und Wichtigkeit des jeweiligen Items aus den drei Betätigungsbereichen Selbstversorgung, Arbeit/Schule und Freizeit den 4 vorgegebenen Bewertungsskalen (Smileys für die Durchführung und Sterne für die Wichtigkeit) zuordnen. Die Therapeutin kann durch den Erklärungsbogen dem Kind bei Bedarf erläutern, was mit jedem Item gemeint ist. Alternativ zum Selbsteinschätzungsbogen gibt es eine Kartenversion, die insbesondere für jüngere und konzentrationsschwächere Kinder übersichtlicher ist.

Darüber hinaus schließen sich noch 3 offene Fragen an, in denen das Kind weitere Fertigkeiten benennen kann, die es gut kann, die schwierig für es sind und die ihm sonst noch wichtig sind. Dies soll verhindern, dass durch die festgelegten Items eventuell Betätigungsbereiche nicht erfasst werden. Auch die Eltern sollen die Betätigungskompetenzen in einem Elternfragebogen nach dem gleichen System bewerten und deren Wichtigkeit beurteilen.

In einem zweiten Schritt schauen sich das Kind und die Therapeutin die Einschätzungen in einem gemeinsamen Gespräch an, um realisierbare Ziele für die Ergotherapie zu formulieren, die auf einem Bogen festgehalten werden. Auch die Behandlungsmöglichkeiten werden gemeinsam überlegt.

Nach vereinbarten Zeitintervallen wird das COSA wiederholt, um die Therapieergebnisse zu evaluieren und neue aktuelle Ziele zu ergänzen.

Das COSA ist zu finden in: Pätzold et al., Weißt du eigentlich, was *mir* wichtig ist? COSA, Child Occupational Self Assessment, verlag modernes lernen, Dortmund, 2005.

Diese Assessments ermöglichen also einen Einblick in die individuelle Situation aus der subjektiven Sichtweise des Kindes oder Jugendlichen. Schwierigkeiten, aber auch Stärken und Möglichkeiten in verschiedenen Lebens- bzw. Alltagssituationen werden erfasst und die Prioritäten für die Ergotherapie deutlich gemacht. Die Kinder und Jugendlichen profitieren von dem Gefühl, ernst genommen und gefragt zu werden und nicht zu erleben, dass Erwachsene ausschließlich bestimmen, was gut für sie ist. Dies stärkt die partnerschaftliche therapeutische Beziehung. Die Therapeutin kann dem Kind/dem Jugendlichen vermitteln, dass seine eigenen Perspektiven und Bedürfnisse wichtig für den Therapieverlauf sind und es in seinem Selbstwertgefühl und Verantwortungsbewusstsein für sein Handeln stärken.

Des Weiteren dienen die Assessments der Evaluation, d. h., die Veränderungen

- in der Eigenwahrnehmung der Performance und der Zufriedenheit (COPM) oder
- in der Selbsteinschätzung der Betätigungskompetenzen und deren Wichtigkeit (COSA)

werden durch wiederholte Erhebung nachgewiesen. Somit kann in der Ergotherapie die Ergebnisqualität gemessen und dokumentiert werden.

Voraussetzungen für die Durchführung

Bei welchen Kindern und Jugendlichen der Einsatz dieser klientenzentrierten Assessments sinnvoll ist, hängt von verschiedenen Voraussetzungen ab. Folgende *Fragestellungen* sind hilfreich, um diese Voraussetzungen festzustellen:

- Ist das Kind/der Jugendliche in der Lage, das Assessment durchzuführen?
- Kann das Kind/der Jugendliche Stärken und Schwierigkeiten in den alltäglichen Betätigungen benennen und einschätzen?
- Kann das Kind/der Jugendliche für sich realistische Ziele formulieren?
- Stimmen die Einschätzungen und die Veränderungswünsche des Kindes/Jugendlichen und seiner Bezugspersonen überein? Wenn nicht, was ist dann zu tun?

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Das Kind/der Jugendliche sollte folgende *Voraussetzungen* erfüllen:

- Zur Durchführung der Selbsteinschätzungsassessments ist ein gewisser Entwicklungsstand erforderlich, der in der Regel etwa mit 8 Jahren erreicht ist. Es gibt jedoch auch jüngere Kinder, die eigene realistische Veränderungswünsche formulieren können, und ältere, die damit überfordert sind.
- Das Kind/der Jugendliche sollte zur Durchführung und zum Entwickeln eigener Therapieziele motiviert sein.
- Das Kind/der Jugendliche sollte über genügend sprachliche Fähigkeiten sowohl beim Sprachausdruck wie auch beim Sprachverständnis verfügen.
- Ebenso sollten seine kognitiven Fähigkeiten (Intelligenz, Ausdauer, Konzentration) ausreichen, um das Assessment (Zeitaufwand durchschnittlich 30–45 Minuten) durchzuführen und das eigene Handeln zu reflektieren.
- Das Kind/der Jugendliche sollte in der Lage sein, Stärken und Schwächen selbst einzuschätzen, d. h. auch über ein gewisses Problembewusstsein verfügen.

Immer wieder begegnet man aber auch in der Praxis Kindern, die überhaupt nicht wissen, warum sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden und nicht formulieren bzw. sich nicht vorstellen können, was sich für sie verändern soll. Hier stellt sich dann die Frage, ob solch ein Problembewusstsein angeregt werden soll. Gerade jüngere Kinder verhalten sich in der Therapie sehr ungezwungen und haben einfach nur Spaß an den Aktivitäten mit der Ergotherapeutin, ohne sich dessen bewusst zu sein, dass sie hier etwas tun, was zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit oder zur emotionalen Stabilisierung beiträgt.

Durchführung mit den Eltern

Wenn es der Ergotherapeutin im Rahmen des therapeutischen Settings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich ist, sollte das mit dem Kind durchgeführte Assessment auch mit den Bezugspersonen durchgeführt werden. Das COSA stellt dazu einen vorbereiteten Elternbogen zur Verfügung, in dem die Eltern aus ihrer Sicht die gleichen Items wie das Kind beurteilen.

Je jünger oder beeinträchtigter das Kind ist, d. h., je weniger Autonomie beim Kind aufgrund des Entwicklungsstandes besteht (etwa Entwicklungsstand von Vorschulkindern), umso wichtiger ist es, die Eltern oder andere Bezugspersonen mit einzubeziehen. Hierbei können die Eltern zusammen mit dem Kind als Klient bei der Problem- und Zielbestimmung betrachtet werden.

Eine zusätzliche Durchführung mit den Eltern/anderen Bezugspersonen ist sinnvoll, um

- einen Einblick in die Sichtweise des Umfeldes (der Bezugspersonen) zu erhalten
- unterschiedliche Einschätzungen und Prioritäten des Kindes und der Bezugspersonen feststellen und thematisieren zu können bzw. um sie in die Therapie mit einzubeziehen (s. Fallbeispiel)
- unrealistische Selbsteinschätzungen des Kindes wahrnehmen zu können, denn eine Überprüfbarkeit ist in der Therapie nicht immer gegeben.

Wie unterschiedlich die Betätigungsperformanz-Anliegen von Kindern und Eltern nach getrennter Durchführung des COPM sein können, zeigt das folgende Fallbeispiel. Es verdeutlicht auch, wie stark die Veränderungswünsche eines Kindes bezüglich des familiären Lebensalltags von den Eltern abhängen.

Fallbeispiel: Nico

Nico ist 8 Jahre alt und besucht die 2. Klasse. Seine Diagnosen lauten: hyperkinetische Störung und Geschwisterrivalität. **Tab. 5.1** zeigt, dass Nico ganz andere Prioritäten bezüglich der Veränderungswünsche setzt als seine Eltern. Eine Ausnahme ist der Bereich Schule: Nico und seine Eltern wünschen sich, dass sich seine Konzentrationsfähigkeit verbessert.

Der Ergotherapeutin wird deutlich, dass die Veränderungswünsche zahlreiche Fragen aufwerfen, die geklärt werden müssen. Welche Hintergründe haben insbesondere Nicos Wünsche? Er durfte z. B. bisher nicht Fahrrad fahren und auch nicht allein draußen spielen, weil seine Mutter aufgrund seines impulsiven Verhaltens und der Verkehrssituation in der häuslichen Umgebung besorgt war.

Die Gegenüberstellung der verschiedenen Prioritäten bildet eine gute Gesprächsgrundlage, um Nico und seinen Eltern die unterschiedlichen und gemeinsamen Sichtweisen zu verdeutlichen, und hilft, zusammen realistische Ziele und Lösungen zu entwickeln, die gemeinsam verfolgt werden können.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.1** Beispiel für unterschiedliche Betätigungsperformanz-Anliegen bei Kind und Eltern nach getrennter Durchführung des COPM

COPM	Veränderungswünsche Kind	Veränderungswünsche der Eltern
Selbstversorgung	Keine	Nico soll sich morgens schneller anziehen
Mobilität	■ Nico will Fahrradfahren lernen ■ Er will allein zur Schule gehen	Keine
Regelung persönlicher Angelegenheiten und Selbstständigkeit	Keine	■ Nico soll sein Zimmer ordentlich halten ■ Er soll besser über seine Hausaufgaben Bescheid wissen
Hilfe im Haushalt	Keine	Nico soll im Haushalt kleine Pflichten übernehmen
Schule	Nico will in der Schule besser aufpassen können	■ Nico soll lernen, sich besser zu konzentrieren und sich schneller zu beruhigen ■ Er soll seine Hausaufgaben in kürzerer Zeit erledigen
Spiel	Nico will Freunde haben.	Nico soll lernen, mit seinen Geschwistern zu spielen, ohne zu streiten und zu hauen
Ruhige Freizeit	Nico will mal allein in Ruhe in seinem Zimmer spielen, ohne von den jüngeren Geschwistern gestört zu werden	Keine
Aktive Freizeit	■ Nico will mehr draußen spielen ■ Er will in einen Fußballverein gehen	Keine
Soziales Leben	■ Nico will Kinder einladen dürfen ■ Er will nicht auf seine Geschwister aufpassen	Keine

Ergotherapeutische Behandlungsmethoden

Nachstehend werden die Methoden der Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Die kompetenzzentrierten, interaktionellen, ausdruckszentrierten und die wahrnehmungszentrierten Methoden stellen die am häufigsten angewandten und ergotherapeutisch spezifischsten Verfahren dar.

Im Kapitel „Arbeitstherapeutische Verfahren" wird der Bereich Arbeitstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im weitesten Sinne beschrieben, zu dem nur bedingt Informationen und Erfahrungsberichte vorlagen. Neben der allgemeinen Beschreibung, der Indikation und den Rahmenbedingungen werden die Methoden so praxisnah wie möglich dargestellt. Um dem Leser und Ergotherapeuten einen konkreten Einblick in die ergotherapeutische Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu geben, werden praktische Beispiele, Themenvorschläge, Zielsetzungen und sehr ausführlich die unterschiedlichen Möglichkeiten in den Sozialformen, auch anhand von Fallbeispielen, dargestellt.

Kompetenzzentrierte Methode

Wie bereits im Kapitel 2.4.1 (Psychosoziale Behandlungsverfahren, S. 137ff.) beschrieben werden bei der kompetenzzentrierten Methode ausgewählte handwerkliche Techniken, alltags- oder freizeitbezogene Tätigkeiten oder Übungen zum motorischen, sozialen oder kognitiven Training eingesetzt, um verloren gegangene oder nicht vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten (wieder) zu erlernen und zu üben.

Die Anwendung der kompetenzzentrierten Methode, d. h. das Ausprobieren verschiedener Materialien und das Herstellen von Werkstücken nach eigener Idee oder nach Vorlage, erfreut sich bei den Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie großer Beliebtheit. Somit gibt es hier sehr selten das Problem, die Kinder zu motivieren und zur Mitarbeit anzuregen. Das Ausprobieren handwerklicher und kreativer Techniken in Einzel- und Gruppensituationen ist für die meisten Kinder und Jugendlichen im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie an sich schon bedeutungsvoll, da diese Betätigungen mehr dem Alltag und den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen entsprechen. Für die Therapeutin ergeben sich viele Anhaltspunkte für den Befund und das weitere

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 5.2 Ton bzw. Wulsttechnik (Farbtafel IV).

Abb. 5.3 Feilarbeit am Holzklotz (Farbtafel IV).

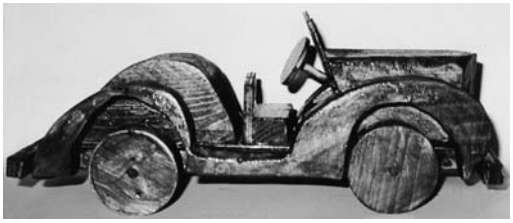

Abb. 5.4 Fertige Holzarbeit eines 15-jährigen Patienten, nach Vorlage gearbeitet (Farbtafel IV).

therapeutische Vorgehen. Sie kann das Kind beim Umgang mit den Materialien beobachten und seine Kompetenzen und Schwierigkeiten erfassen, die entwicklungs- und nicht altersabhängig beurteilt werden müssen. Die kompetenzzentrierte Methode fördert u. a. Grundarbeitsfähigkeiten, die man bei Kindern und Jugendlichen auch Schulfähigkeiten nennen kann, und stärkt die Ich-Funktionen, die bei vielen Patienten nur schwach ausgebildet sind **(Abb. 5.2)**.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Schuhebinden, Essen mit Messer und Gabel, Anziehen, Zähneputzen, Waschen) gehören in der Regel in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie zu dem Aufgabenbereich des Pflege- und Erziehungsteams, können aber auch unterstützend durch die Ergotherapie gefördert werden.

Indikationen

Diese Methode eignet sich für alle Diagnosegruppen. Sie stellt einen guten Einstieg in die ergotherapeutische Behandlung dar. Da fast alle Techniken der Ergotherapie zum Einsatz kommen können, gibt es eine große Auswahl an Möglichkeiten, sodass auch Patienten mit geringer Eigenmotivation zur Behandlung in der Ergotherapie erste Schritte aus ihrer Verweigerungshaltung finden können.

Beispiel: Der 15-jährige Marc mit einer massiven Störung des Sozialverhaltens und aggressiven Impulsdurchbrüchen will eigentlich nicht in der Klinik bleiben, entscheidet sich aber für den Bau eines CD-Ständers – eine Holzarbeit, die ihn für mehrere Wochen motiviert, in der Klinik zu bleiben.

Für Patienten mit Aufmerksamkeitsdefiziten und/oder hyperkinetischen Störungen bietet die kompetenzzentrierte Methode Struktur und Vorgaben, an denen sie sich orientieren können. Viele Kinder und Jugendliche haben massive Schulprobleme. Hier bietet die kompetenzzentrierte Methode die Möglichkeit, Schulfähigkeiten wie Ausdauer, Konzentration, Aufmerksamkeit, Handlungsplanung usw. zu beurteilen und zu fördern.

Durch ihre Vielfältigkeit ermöglicht sie schnelle Erfolgserlebnisse, die z. B. bei Patienten mit depressiver Symptomatik oder mit Entwicklungsrückständen das Selbstwertgefühl und das Erleben von Selbstwirksamkeit steigern können **(Abb. 5.3, 5.4)**.

Zielsetzungen

Die Anwendung der kompetenzzentrierten Methode ist bei folgenden Richt- und Grobzielen möglich:

- Förderung der Schulfähigkeiten/Grundarbeitsfähigkeiten (z. B. Ausdauer, Konzentration, Aufmerksamkeit, Sorgfalt)
- Steigerung von Selbstständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Entscheidungsfähigkeit
- Förderung der Handlungsplanung und -durchführung
- Förderung von Motivation, Antrieb, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl
- Steigerung der Frustrationstoleranz
- Stärkung des Realitätsbezuges, der realistischen Selbsteinschätzung, des Problemlösungsverhaltens
- Verbesserung instrumenteller Fertigkeiten und manueller Fähigkeiten.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.2** Kevin: COPM am Beginn der Therapie

Betätigungsbedürfnisse	Performance	Zufriedenheit
Kevin möchte Inliner fahren lernen	2	0
Sich mit Papa besser verstehen (Kevin)	3	3
Kevin mehr loben und seine Stärken wahrnehmen (Vater)	3	2
Gemeinsam etwas Schönes machen (Kevin und Papa)	4	3
Gesamtwerte	**3**	**2**

Sozialformen

Die kompetenzzentrierte Methode kann in allen Therapieformen (Einzeltherapie, Einzeltherapie in der Gruppe, Partnerarbeit, Gruppenarbeit, Projektarbeit) genutzt werden.

Einzeltherapie

- sehr starke Defizite, tief greifende Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen
- schwere Beziehungsstörungen
- massive Selbstwertproblematik
- sehr junge Kinder.

Einzelarbeit in der Gruppe

Als Steigerung der Einzeltherapie beim Vorhandensein grundlegender Gruppenfähigkeit und Selbstständigkeit, da die Therapeutin sich hier um mehrere Patienten kümmern muss.

Partnerarbeit

Es steht weniger die Interaktion in der Gruppe im Vordergrund, sondern das gemeinsame Üben von Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Eltern-Kind-Therapie

Diese Therapieform stellt eine Besonderheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Es ist unumstritten, dass die Einbeziehung der Familie bzw. des Umfeldes in die Therapie des Kindes sehr wichtig ist, da die Kinder nach der Behandlung meist in ihr Umfeld zurückgehen, die Schwierigkeiten der Kinder oft mit Problemen zu Hause einhergehen und die Motivation zur Veränderung bei allen Familienmitgliedern auf Dauer einen Therapieerfolg gewährleistet.

Am folgenden Fallbeispiel wird der Einsatz der kompetenzzentrierten Methode in einer Eltern-Kind-Therapie verdeutlicht.

Fallbeispiel: Kevin

Kevin ist 9 Jahre alt. Seit drei Wochen ist er zur stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diagnosen: emotionale Störung des Kindesalters, hyperkinetisches Syndrom. In der Ergotherapie wird anhand der gezielten Beobachtungen nach J. Ayres eine vestibulär-propriozeptive Wahrnehmungsverarbeitungsstörung festgestellt. Im Laufe der Therapie und der Gespräche stellt sich heraus, dass besonders Kevins Verhältnis zu seinem Vater sehr schwierig ist. Dieser kann nur schwer akzeptieren, dass Kevin nicht so ein toller Fußballer wie sein 12-jähriger Bruder ist, sich häufig beim Spielen sehr schmutzig macht und bei vielen Dingen oft ungeschickt und tollpatschig ist. Im Gespräch mit der Kinder- und Jugendpsychiaterin und der Ergotherapeutin kann den Eltern verdeutlicht werden, dass Kevins Schwierigkeiten mit seinen Wahrnehmungsdefiziten zusammenhängen. Um die Vater-Sohn-Beziehung emotional zu verbessern, wird in der Ergotherapie eine Eltern-Kind-Therapie begonnen. Hier sollen Kevin und sein Papa wieder lernen, zusammen Spaß zu haben, und Gemeinsamkeit erleben. Zu Beginn führt die Ergotherapeutin mit den beiden das COPM durch. Die sich daraus ergebenden Betätigungsprobleme sowie die Bewertung nach Performance und Zufriedenheit zeigt **Tab. 5.2.**

Kevin und sein Vater arbeiten mit Ton. Während der Vater anfangs nur mit Mühe zulassen kann, dass Kevin hier seine eigenen Vorstellungen von einer Schale umsetzen will und kann, gelingt es ihm im Verlauf der Behandlung zu akzeptieren, dass Kevin es so gut macht, wie er kann, und seine Idee (Vater) nicht immer mit der Vorstellung des Sohnes übereinstimmen muss.

Nach fünf Behandlungseinheiten gestalten die beiden nach einem gemeinsamen Plan eine Insel aus Ton. Der Vater ist sehr überrascht, was Kevin sich alles für die Gestaltung der Insel einfallen lässt. Gemeinsam formen sie beispielsweise Palmen, Liegestühle und Schatzkisten. Am Ende sind beide sehr zufrieden und der Vater meint: *„Ohne Kevins Ideen wäre es niemals so toll geworden."*

Zusätzlich zur Eltern-Kind-Therapie führt die Ergotherapeutin noch einmal wöchentlich eine SI-Einzelbehandlung durch. Hier steht vor allem Kevins Wunsch besser Inliner fahren zu können, im Vordergrund. Durch tonusregulierende und vestibuläranregende Elemente der SI-Therapie wird Kevin in jeder Therapieeinheit auf das darauffolgende „Inliner-Training" vorbereitet. Sein eige-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.3** Kevin: COPM am Ende der Therapie

Betätigungsbedürfnisse	Performance	Zufriedenheit
Kevin möchte Inliner fahren lernen	5	5
Sich mit Papa besser verstehen (Kevin)	6	7
Kevin mehr loben und seine Stärken wahrnehmen (Vater)	6	6
Gemeinsam etwas Schönes machen (Kevin und Papa)	7	8
Gesamtwerte	**6**	**6,5**
Veränderungen	(6–3) = **3**	(6,5–2) = **4,5**

nes Ziel vor Augen macht Kevin sehr motiviert mit und erzielt spürbare Erfolge. Die SI-Therapie soll nach der Entlassung ambulant weitergeführt werden. Zum Abschluss der Behandlung in der Klinik bewerten Kevin und sein Vater noch einmal die Betätigungsbedürfnisse. **Tab. 5.3** zeigt die Ergebnisse.

Therapeutische Mittel und Maßnahmen

Grundsätzlich eignen sich fast alle Techniken, Materialien etc. für die Anwendung der kompetenzzentrierten Methode in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass Kinder und Jugendliche bestimmte Vorlieben haben, so z. B.:

- Holz (z. B. Tiermotive, Puzzle, Mobile, CD-Ständer, Bumerang, Türschilder, Auto, Spiele, Steckmotive)
- Ton (z. B. Schalen, Figuren, Namenstürschilder, Aschenbecher)
- Gießton (z. B. Tierfiguren, Schachfiguren, Teekanne, Spardose)
- Seidenmalerei nach Vorlage (z. B. Tücher, Kissen, Fensterbilder; Motive: z. B. Tiere, Comicfiguren, Schriftzüge von Musikgruppen, Logos)
- Speckstein (z. B. Schmuckstücke, Schlüsselanhänger, Handschmeichler)
- Leder (z. B. kleine Beutel, Anhänger)
- Peddigrohr (z. B. kleine Körbe)
- Stoffdruck (z. B. T-Shirts, Fahnen)
- Papier- und Pappearbeiten (z. B. Fensterbilder, Karten)
- Buchbinden (z. B. einfache Mappen, Block- und Froschtasche)
- Pappmaschee (z. B. Laternen, Handpuppen)
- Ytong (z. B. Skulpturen, Figuren)
- Mandalas
- Spiele (z. B. Gesellschaftsspiele, Geduldsspiele, Puzzle)
- verschiedene Spiele/Programme zur Förderung von Aufmerksamkeit, Konzentration, Schulfertigkeiten am Computer.

Rahmenbedingungen

Zur Durchführung der kompetenzzentrierten, aber auch der ausdruckszentrierten und interaktionellen Methode sollte die räumliche Ausstattung wie folgt sein: ein großer Therapieraum oder, je nach den räumlichen Voraussetzungen, auch mehrere kleine Räume zum Werken und Gestalten, ausgestattet mit höhenverstellbaren Tischen und Stühlen, Werkbänken in unterschiedlichen Höhen, eventuell einer Kinderwerkbank, Regalen, Schränken, Waschbecken, Tretlaubsäge, Perzeptionsbohrmaschine, Werkzeugen und diversen Materialien (z. B. Papier, Pappe, Farben, Kreiden, Stifte, Ton, Gießton, Holz, Speckstein, Ytong, Seidentücher und -farben, Gipsbinden). Wünschenswert ist auch ein Matschraum, in dem ohne viel Vorbereitung mit Materialien wie Fingerfarbe, Körperfarben, Rasierschaum o. Ä. gearbeitet werden kann.

Wichtig in allen Arbeitsbereichen, aber besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sind die Aufsichtspflicht und die Einhaltung aller Sicherheitsvorkehrungen beim Umgang mit Maschinen, Werkzeugen und Materialien.

Neben der Ausstattung zur Durchführung der Methoden sollte eine Ergotherapieabteilung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch über einen abgeschlossenen Büroraum sowie ein Lager für die diversen Materialien verfügen.

Die *Gruppengröße* in der Ergotherapie richtet sich neben den äußeren Bedingungen (z. B. Räumlichkeiten, Vorgaben des Arbeitgebers) nach den Problemen und Auffälligkeiten der Patienten. Da viele Kinder und Jugendliche Schwierigkeiten in Gruppen (z. B. Schulklasse, Kindergarten, Sportverein) haben und die Stärkung sozialer Kompetenzen ein häufig genanntes Behandlungsziel ist, hat es sich in der Praxis bewährt, für Kinder (bis 12 Jahre) eine Größe zwischen zwei und vier, bei Jugendlichen zwischen drei und sechs Teilnehmern zu wählen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel: Sabrina

Sabrina ist 13 Jahre alt.

Diagnose: Störung des Sozialverhaltens im Jugendalter, mit Schuleschwänzen und Weglauftendenz. Sie ist auf einer geschlossenen Station in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vom Team der Station wird sie als sehr verschlossen und kaum interessiert am Geschehen auf der Station beschrieben. Von Beginn ihres Aufenthalts an ist Sabrina zweimal wöchentlich in der Ergotherapie. Dort nimmt sie in einer Gruppe an der Therapie teil. Die Ergotherapeutin wählt zunächst die kompetenzzentrierte Methode und will Sabrina überlassen, welche Technik sie auswählt.

Zielsetzung: Steigerung der Motivation, Stärkung des Selbstwertgefühls.

Diagnostik: Beobachtung der Schulfähigkeiten und der Handlungsplanung.

Verlauf: Obwohl sie zunächst sehr abwehrend reagiert und meint „Ich kann nichts, habe keine Lust dazu und finde das alles hier total albern", entscheidet sie sich nach einem Gespräch mit der Ergotherapeutin, ein Seidentuch zu gestalten. Als Motiv wählt sie den Schriftzug ihrer Lieblingsmusikgruppe.

Sabrina ist überrascht, wie gut ihr die Technik gelingt, und ist sehr zufrieden mit ihrem Ergebnis. Außerdem bewundern die Mitpatienten ihre Arbeit, was sie sehr stolz macht. Nach diesem positiven Einstieg kommt Sabrina nun motivierter zur Therapie und nimmt mehr Anteil am Gruppengeschehen. Erst jetzt kann sie sich auf Gespräche über ihre Problematik einlassen und beginnt ihren Widerstand gegenüber der Behandlung langsam abzubauen. So lässt sie sich in der Gruppentherapie zunehmend auf Kontakt ein (benutzt z. B. bei ihrer nächsten Arbeit gemeinsam mit einem Mitpatienten dieselben Werkzeuge) und beteiligt sich in der Nachbesprechung. Im weiteren Verlauf baut Sabrina gemeinsam mit einem Mitpatienten ein Schachspiel mit Figuren für die Station. Diese sehr umfangreiche und aufwendige Arbeit ermöglicht der Ergotherapeutin auf der einen Seite, Sabrinas Schulfähigkeiten und Handlungsplanung zu beobachten. Außerdem werden ihre sozialen Kompetenzen durch die Zusammenarbeit mit dem Mitpatienten gestärkt.

Interaktionelle Methode

Bei der interaktionellen Methode steht der Gruppenprozess im Vordergrund des ergotherapeutischen Interesses (s. Kap. 2.4.1, S. 140ff.), wobei es Kindern und Jugendlichen in der Ergotherapie meist wichtig ist, mit Gestaltungstechniken ein konkretes Ergebnis anzustreben (ergebnisorientierter Anteil). Bei spielerischen, weniger materialbezogenen Mitteln und Medien überwiegt der prozessorientierte Anteil im ergotherapeutischen Gruppengeschehen.

Abb. 5.5 Interaktionelle Gemeinschaftsarbeit: gemeinsame Bildgestaltung mit Pastellkreiden, ohne miteinander zu sprechen (Farbtafel IV).

Im ergotherapeutischen Gruppenprozess können die Kinder und Jugendlichen erleben, wie sie sich in der Gruppe beim gemeinsamen Gestalten, Handeln oder Spielen verhalten und wie dies andere Kinder tun. Sie können z. B. wahrnehmen, ob sie ihre Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf das Thema, die gemeinsame Gestaltung oder das Spiel geäußert und/oder durchgesetzt haben, oder ob sie selbst oder andere gar nicht zu Wort gekommen sind. Sie können gezielt wahrnehmen, wie andere Kinder handeln, wenn es z. B. zu Konfliktsituationen kommt und ob diese Verhaltensweisen zur Zufriedenheit aller zu einem positiven Ergebnis führen. Sie können in einem therapeutisch unterstützten Prozess versuchen, das eigene soziale Handeln zu betrachten und falls erforderlich auszubauen. Sie erleben eigene Stärken und Schwächen, aber auch die der anderen Patienten und können bei einem günstigen Verlauf mit gegenseitiger Toleranz und Unterstützung sehen, dass sie mit einer Zusammenarbeit deutlich mehr erreichen und gemeinsam viel Spaß haben können **(Abb. 5.5)**.

Die Selbst- und Fremdwahrnehmung werden insbesondere durch die regelmäßigen Vor- und Nachbesprechungen gestärkt, in denen die Therapeutin durch einfühlsame Fragen diesen Prozess anregt. Hierbei sind vorher vereinbarte und immer wieder in Erinnerung zu rufende Regeln für die Patienten wie Fairness in der Rückmeldung, Rücksichtnahme und Kommunikationsregeln wichtig (z. B. aussprechen lassen und nicht beleidigen). Das Modellverhalten der Therapeutin im Umgang mit Konfliktsituationen zwischen Patienten und die Art ihrer Rückmeldung an Patienten spielt eine entscheidende Rolle für das Erlernen dieser Fähigkeiten. Insbesondere Kinder kopieren das Therapeutenverhalten sehr stark. In-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

wieweit die Ergotherapeutin in den Gruppenprozess eingreift, ist von verschiedenen Faktoren abhängig:
- Zielsetzung der Gruppe und der Therapeutin
- Fachkenntnisse über den Material- und Werkzeuggebrauch und über die Gestaltungstechnik
- sensomotorische Fähigkeiten der einzelnen Gruppenmitglieder
- emotionale Befindlichkeit der einzelnen Gruppenmitglieder
- Gruppenerfahrung
- Gruppengröße
- Gruppendynamik
- Gruppenzusammensetzung.

Bei der Gruppenzusammenstellung ist zu berücksichtigen, dass extreme Unterschiede im Verhalten der Kinder den therapeutischen Prozess zum Teil behindern können. Zum Beispiel wird ein sehr stark emotional verunsichertes Kind in der Zusammenarbeit mit sehr dominanten, impulsiven oder aggressiven Kindern nicht an Selbstvertrauen gewinnen und seine Wünsche äußern und Bedürfnisse vertreten lernen. Andererseits findet das dominanzstrebende Kind in einem solchen Gegenüber wenig Begrenzung in seinen expansiven Verhaltensweisen.

Indikationen

Die interaktionelle Methode ist in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ergotherapie therapeutisch bei einem Großteil der Patienten indiziert, da die sozioemotionalen Kompetenzen nicht nur bei der Störung des Sozialverhaltens (zweithäufigste Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), sondern auch bei einer Vielzahl anderer Störungsbilder sekundär auf unterschiedlichste Weise eingeschränkt oder auch aufgrund mangelnder Erziehung nicht ausreichend erlernt worden sind.
- Störungsspezifisch besteht eine *vorrangige Indikation* bei:
  - Störung des Sozialverhaltens
  - hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens
  - emotionaler Störung
  - Suchterkrankungen.
- Eine eingeschränkte Indikation besteht bei:
  - umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
  - Mutismus.

Bei den Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit ist besonders auf eine Überforderung durch das Gruppengeschehen und durch Vor- und Nachbesprechungen oder auf eine erneute Diskriminierung aufgrund ihrer Defizite zu achten. Durch eine entsprechende Gruppenzusammensetzung und einem den Fähigkeiten angemessenen Therapieinhalt kann die Ergotherapeutin hier entgegenwirken. Die interaktionelle Methode stellt jedoch gerade bei diesen Patienten eine wirksame Methode dar, weil sie bei diesem handlungsorientierten oder spielerischen Miteinander spontan zum Reden angeregt werden, Sprach- und Sprechfertigkeiten unbewusst üben oder emotional bedingte Sprechhemmungen überwinden.

Kontraindikationen

Bei folgenden Erkrankungen ist die interaktionelle Methode kontraindiziert:
- akute Psychose
- schwere Selbstwertproblematik
- akutes fremdaggressives Verhalten.

Zielsetzungen

Die Anwendung der interaktionellen Methode ist bei folgenden *Richt-* und *Grobzielen* sinnvoll:
- Steigerung der Kontaktfähigkeit
- Steigerung der Kommunikationsfähigkeit
- Entwickeln von Kritikfähigkeit und Kritiktoleranz
- Entwickeln von adäquaten Konfliktlösungsstrategien
- Entwickeln von Anpassungsfähigkeit, Rücksichtnahme und Toleranz
- Entwickeln von sozialem Handeln (z. B. helfen, unterstützen, ermutigen, trösten)
- Entwickeln von Kompromissfähigkeit
- Entwickeln von Durchsetzungsfähigkeit
- Entwickeln von Entscheidungsfähigkeit
- Wahrnehmen und Äußern eigener Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Vorstellungen und Interessen
- Wahrnehmen und Verändern eigener Verhaltensweisen
- Entwickeln einer realistischen Selbsteinschätzung
- Steigern der Fremdwahrnehmung
- Erlernen angemessener Nähe und Distanz im Kontakt zu Gleichaltrigen und Erwachsenen
- Übernehmen von Verantwortung für sich und andere
- Entwickeln eines Gemeinschaftsgefühls
- Entwickeln von Kreativität und Freude beim gemeinsamen Handeln.

Die oben genannten Ziele müssen in ihrem Niveau nach dem Entwicklungsstand und den potenziellen Möglichkeiten des Kindes ausgerichtet sein.

Eltern-Kind-Therapie

Die Einbeziehung der Eltern oder Erziehungsberechtigten in die Therapie ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von besonderer Bedeutung.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die interaktionelle Methode der Ergotherapie bietet wertvolle Möglichkeiten, die Interaktion zwischen Kind und Eltern beim gemeinsamen Handeln zu beobachten und therapeutisch positiv zu unterstützen.

Folgende *Richt- und Grobziele* können bei einer Eltern-Kind-Therapie im Vordergrund stehen:

- diagnostische Hinweise in Bezug auf die Mutter/Vater-Kind-Beziehung und deren Interaktion, Erwartungen, Nähe/Distanz, Verbalaktion, nonverbale Kommunikation, Regeleinhaltung, Konsequenzen, Verstärkung von Verhaltensweisen, Beziehung zu Geschwistern und deren Behandlung durch die Eltern
- Aufbau einer positiven Beziehung
- Spaß erleben am gemeinsamen Tun, beim Sichnahesein
- Wahrnehmen und Abbau von überprotektiven, überängstlichen bindenden Verhaltensweisen bei den Eltern
- Erleben von Fähigkeiten und Defiziten des eigenen Kindes zum Entwickeln einer realistischen Einschätzung der kindlichen Fähigkeiten und zum Verstehen bestimmter Verhaltensweisen
- Verändern der Erwartungen an das Kind und der Interaktion mit dem Kind.

Sozialformen

Die Sozialformen können bei der interaktionellen Methode in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie folgt gewählt werden:

Einzeltherapie

- Interaktion Therapeutin und Patient, Erwachsener und Kind
- bei stark kontakt- und kommunikationsgestörten Patienten
- bei stark emotional gestörten Patienten
- zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- bei diagnostischen Fragestellungen
- zur Vorbereitung einer Partner- oder Gruppentherapie.

Einzelarbeit in der Gruppe

- Geringer interaktiver Anteil (kompetenz- oder ausdruckszentrierte Anteile überwiegen) durch spontan entstehende Gespräche und gegenseitige Hilfestellungen während der Arbeitsphase, durch das Benutzen gemeinsamer Werkzeuge und durch die gemeinsamen Vor- und Nachbesprechungen.
- Zum gegenseitigen Kennenlernen und zur Vorbereitung auf Partner-, Gruppen- und Gemeinschaftsarbeiten.

Partnerarbeit

- Überschaubare Interaktion zwischen zwei Kindern/Jugendlichen.
- Für jüngere, aufmerksamkeitsgestörte und emotional labile Patienten geeignet.

Eltern-Kind-Therapie

- Interaktion zwischen meist einem Elternteil und dem Kind steht zur Diagnostik oder Therapie im Mittelpunkt des Geschehens.
- Zielsetzungen.

Gruppenarbeit

Die Interaktion findet vorwiegend bei der gemeinsamen Auswahl statt, soweit sie nicht von der Therapeutin vorgegeben wurde, bei der gemeinsamen Planung (z. B. angestrebtes Endergebnis, Größe) und dem endgültigen Zusammenfügen der von den Patienten angefertigten Arbeitsstücke. Die Arbeits- oder Gestaltungsphase bietet individuelle Freiräume, jedoch bedarf es an Austausch, um ein gemeinsames Endprodukt zu erreichen.

Gemeinschaftsarbeit

Eine intensive Interaktion aller Gruppenmitglieder wird durch das gemeinsame und gleichzeitige Arbeiten an einem selbst gewählten oder von der Therapeutin vorgegebenen Thema gefördert. Diese Sozialform erfordert von allen Gruppenteilnehmern ein hohes Maß an interaktionellen und sozialen Fähigkeiten und ausreichende Grundarbeitsfähigkeiten, die z. B. bei Kindern im Vorschulalter entwicklungsbedingt noch nicht ausreichend vorhanden sind; ist meist erst bei fortgeschrittenem Therapieverlauf und vorheriger ergotherapeutischer Gruppenerfahrung sinnvoll.

Projektgruppe

Ist durch das hohe Maß an eigenverantwortlichem und selbstständigem Handeln in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur bei wenigen Jugendlichen und jungen erwachsenen Patienten möglich und setzt eine längere Verweildauer voraus, um eine kontinuierliche Arbeit in einer geschlossenen Gruppe zu gewährleisten.

Therapeutische Mittel und Maßnahmen

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann bei der interaktionellen Methode eine Vielzahl von therapeutischen Mitteln und Maßnahmen eingesetzt werden:

- Handwerkstechniken und -mittel (z. B. Materialien und Werkzeuge zur Holzbearbeitung, zum Töp-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

fern, zum Gießen, zur Ytongbearbeitung, für die Wickelbatik)
- Gestaltungstechniken und -mittel (z. B. verschiedene Stifte und Farben zum Schreiben, Zeichnen und Malen auf Papier, Seide und anderen Stoffen, Drucktechniken mit Kartoffeln, Linolstempeln oder Abdruck eigener Körperteile, Gipsabdrücke)
- Spiele (z. B. Mannschaftsspiele, Keiner-verliert-Spiele, Schnitzeljagd)
- Theateraufführungen, Märchen nachspielen, Rollenspiele, Puppenspiele, pantomimische Darstellung von Begriffen (z. B. als Ratespiel)
- Musik machen, Liedertexte erfinden, Playbackshow
- Außenaktivitäten (z. B. Abenteuerspielplatz, Zoo, Eisdiele)
- Alltagstätigkeiten (z. B. Kochen einer Mahlzeit)
- Gartengestaltung und Gartenbewirtschaftung
- Gestaltung von Festen (Karneval, Weihnachten, Geburtstage) und Ferienprojekten.

Kinder möchten in der Ergotherapie häufig das machen, was sie sehen und wovon sie eine konkrete Vorstellung haben. Es wirkt häufig motivierend, wenn sie selbst Entscheidungsfreiheit über die Aufgaben- oder Themenstellung haben unter der Voraussetzung, dass sie wissen, welche Möglichkeiten sie im Rahmen der interaktionellen Methode haben. Eine den Fähigkeiten der Kinder entsprechende Auswahl an Themenvorschlägen durch die Ergotherapeutin hat sich in der Praxis als günstig erwiesen.

Themenvorschläge für die interaktionelle Methode:
- Partnermalen mit bestimmten Regeln wie Führen und Geführtwerden, gemeinsames Malen in einem Ring, Malen ohne Absetzen.
- Bilder-Rücken: Jedes Gruppenmitglied gibt sein begonnenes Bild nach einer bestimmten Zeit an den nächsten zum Ergänzen weiter.
- Rücken-Bilder: Einfache Bilder/Symbole werden mit dem Finger auf den Rücken gemalt; das „gefühlte Bild" wird an den nächsten weitergegeben.
- Gipsmasken, Hand- oder Fußabdrücke herstellen **(Abb. 5.6, 5.7)**.
- Körperumrissbilder oder Schattenbilder herstellen.
- Körpermalerei ohne und mit Themenvorgabe (z. B. Tiergestaltung).
- Gemeinsames Bild, Seidentuch oder Stoffwandbild gestalten, ohne und mit Themenvorgabe (z. B. Unterwasserlandschaft, Collagen- und Reliefgestaltungen).
- Pappmaschee- oder Ytongskulpturen gestalten.
- Türschild (z. B. „Ergo", Station) oder Holzspiele herstellen.
- Immerwährenden Kalender entwickeln und herstellen (z. B. aus Holz).
- Lernuhr entwickeln und herstellen (z. B. aus Holz).
- Sinnesparcours entwickeln und aufbauen, Blindenführung.
- Drehbuch für einen Videofilm entwickeln und umsetzen (z. B. zum Klinikalltag oder zum Thema Familie, Freundschaft).
- Planen und Gestalten eines Therapiegartens, Baumhauses oder einer Weidenhütte.
- Gestalten einer Sandlandschaft im Freien oder einer Landschaft aus Ton.
- Kostüme, Kulissen, Informationsplakate oder Sketche für Feste gestalten.
- Handpuppenspiel, Rollenspiele, Theater- oder Zirkusaufführung.

Rahmenbedingungen.
Die Anwendung der interaktionellen Methode in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in ihrer Vielfalt der Möglichkeiten auch von den räumlichen Gegebenheiten abhängig, wie sie in den Kapiteln zur kompetenz- und ausdruckszentrierten Methode beschrieben werden. Eine weitere wichtige Rahmenbedingung für eine möglichst qualifizierte und effiziente Durchführung dieser Methode ist darüber hinaus die Möglichkeit, die Therapiegruppen nach Indikation und gruppendynamischen Gesichtspunkten zusammenstellen zu können. Insbesondere bei Projektarbeiten sollte eine Kontinuität in der Gruppenzusammensetzung gewährleistet sein.

Fallbeispiel: der Orientierung suchende Björn

Der zwölfjährige Björn wird nach ambulanter Vorstellung in der Tagesklinik aufgenommen, nachdem die Eltern eine stationäre Behandlung abgelehnt hatten. Nach Aussagen der Mutter habe Björn massive Wutausbrüche zu Hause, insbesondere in der Auseinandersetzung mit ihr. Er habe gedroht, sie umzubringen, und sei mit einem Messer auf sie losgegangen. Björn sei ein Adoptivkind und mit vier Jahren zu ihnen gekommen, zwei Jahre später war der damals zweijährige Marcel hinzugekommen. Seitdem bestünde eine erhebliche Rivalität zwischen den Kindern. Sie habe damals mit 43 Jahren ihre frustrierende akademische Berufslaufbahn für die Kinder aufgegeben. Ihr Ehemann sei Arzt und beruflich sehr engagiert, sodass er sich wenig an der Erziehung der Kinder beteiligen könne. Björn besuche die 6. Klasse eines Gymnasiums und habe dort zunehmende Leistungsschwierigkeiten.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 5.6 Ergotherapeutisches Gruppenprojekt nach der interaktionellen und ausdruckszentrierten Methode mit einer Jugendlichengruppe: Erstellung und Gestaltung der eigenen Maske (Farbtafel V).

Die Intelligenzdiagnostik ergibt eine überdurchschnittliche Begabung. Das Ergebnis der systematischen Verhaltensbeobachtung erfüllt nicht die Kriterien für eine hyperkinetische Störung oder eine Aufmerksamkeitsstörung. Aufgrund der andauernden dissozialen und aggressiven Verhaltensweisen mit deutlicher Beziehungsbeeinträchtigung zu Gleichaltrigen und zu Erwachsenen, hier insbesondere zur Mutter, wird nach der ICD-10 die Diagnose Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1) gestellt.

Im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Gesamtkonzepts wird Björn in der Tagesklinik systematisch für erwünschtes Verhalten wie das Einhalten von Regeln, die Lösung von Konflikten ohne verbale oder tätliche Aggression, das Übernehmen von Diensten und das Erledigen der Hausaufgaben über ein Punktesystem verstärkt (bei späterem Eintausch gegen gewünschte materielle Dinge). Ergotherapeutisch wird Björn einerseits gruppentherapeutisch behandelt, andererseits soll eine Mutter-Kind-Behandlung weitere diagnostische Hinweise geben. Björn zeigt sich zu Beginn in der *ergotherapeutischen Gruppenbehandlung* und im Stationsalltag wenig kooperationsfähig. Er hält sich nicht an Regeln, provoziert, lügt, sucht seinen Vorteil, ist rechthaberisch und überschätzt sich. In seinem Arbeitsverhalten wirkt er häufig unkonzentriert und unstrukturiert und will keine Hilfe annehmen. Bei der Absprache klar bestimmter Regeln in Bezug auf das Verhalten in der Gruppe, den Umgang mit Werkzeug und Materialien und dem Beenden begonnener Arbeiten gibt die Ergotherapeutin Björn einen Freiraum, Einzelarbeiten in der Gruppe auf seine Weise umzusetzen. Zu diesem selbstständigen Tun ist er äußerst motiviert und die Ergotherapeutin kann lobend auf ihn eingehen, sodass Björn im Kontakt zunehmend zugänglicher wird. Bei Gruppen- und Gemeinschaftsarbeiten zeigt Björn anhaltende Schwierigkeiten zu kooperieren, wobei er jedoch immer weniger eine oppositionelle, provozierende Haltung einnimmt. Durch den konsequenten Umgang mit erwünschtem und unerwünschtem Verhalten und die tägliche Reflexion mit Björn lernt er im Stationsalltag und in den Therapien im Verlauf der zwölfwöchigen Behandlung, sich weitgehend an Regeln zu halten und prosoziales Verhalten zu zeigen.

In der *ergotherapeutischen Mutter-Kind-Behandlung* wird zunehmend die Unsicherheit der Mutter im Umgang mit ihrem Kind deutlich. Bei der ersten

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 5.7 Ergotherapeutisches Gruppenprojekt nach der interaktionellen und ausdruckszentrierten Methode mit einer Jugendlichengruppe: Maskenspiel und Erinnerungsfoto im Wald (Farbtafel V).

gemeinsamen Gestaltung aus Ton äußert die Mutter Ihre Wünsche äußerst unklar im Bemühen, es ihrem Sohn recht zu machen. Nach einem langwierigen Prozess der Entscheidungsfindung gestalten beide ein Türschild. Sie lobt ihren Sohn nicht, als sich dieser endlich zu dieser gemeinsamen Arbeit durchgerungen hat, sondern überfordert ihn mit feinmotorischen Arbeiten. Beim interaktiven Malen mit klarer Regelvorgabe bemüht sie sich, die Regeln einzuhalten, und äußert vor dem Kind, sie habe das gemacht, weil es dem behandelnden Psychologen so wichtig sei. Björn äußert hierauf, Regeln seien ihm egal, aber das Malen habe ihm Spaß gemacht. Im weiteren Verlauf entschuldigt die Mutter Verweigerungstendenzen ihres Sohnes, äußert sich jedoch erstmalig über ihre Hilflosigkeit (im Beisein des Kindes) bei seinem Verweigerungsverhalten in der Hausaufgabensituation. In den begleitenden Elterngesprächen wird insbesondere die Mutter durch die Ergotherapeutin und den behandelnden Psychologen ermutigt, klare Grenzen zu setzen und angemessenes Verhalten zu verstärken. In der weiteren Mutter-Kind-Behandlung überlässt die Mutter jedoch weiterhin dem Jungen die Regie. Auch wenn dieser provokativ Regeln und Grenzen überschreitet, setzt sie ihm nichts entgegen. Das Modellverhalten der Ergotherapeutin stellt für die Mutter keine ausreichende Hilfe dar, sie in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken. Björn setzt seine Mutter unter Druck: „Entweder machen wir es so, wie ich will, oder ich mache gar nichts“, worauf ihn die Mutter entschuldigt, er sei manchmal etwas stur. Björn macht in der Reflexion deutlich, dass er sich gewiss gewesen sei, dass seine Mutter nachgebe. Er kenne seine Mutter. Die interaktionelle Methode in der Mutter-Kind-Behandlung gibt hier viele diagnostische Hinweise, die die Diagnostik zur Mutter-Kind-Interaktion der anderen Berufsgruppen ergänzen. Es können sichtbar werdende Erziehungs-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

schwierigkeiten unmittelbar mit den Eltern angesprochen und im weiteren Verlauf die Ressourcen bzw. Grenzen in der Familie unmittelbarer eingeschätzt werden.

Es bestehen eine massive emotionale Problematik des Adoptivkindes, das Grenzsetzung als Liebesentzug wertet und seine Adoptiveltern mit Aussagen „Ihr habt mich ja nicht lieb“ unter Druck setzt, und eine große Verunsicherung der Adoptiveltern, die in erster Linie das Problem beim Kind sehen und eigene Anteile (z. B. in ihrer Erziehungshaltung) kaum wahrnehmen. Deshalb sind in dieser Familie langfristige pädagogische (z. B. Tagesgruppe als Jugendhilfemaßnahme) und familientherapeutische Maßnahmen erforderlich.

Ausdruckszentrierte Methode

Im Kapitel 2.4.1 Psychosoziale Behandlungsverfahren (s. S. 140ff.) ist die ausdruckszentrierte Methode bereits beschrieben worden, sodass an dieser Stelle auf eine allgemeine Darstellung zugunsten der spezifischen Aspekte in der kinder- und jugendpsychiatrischen Anwendung dieser Methode verzichtet wird.

Die ausdruckszentrierte Methode kann sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen mit psychischen Störungen, jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, angewendet werden.

Kinder

Kinder, insbesondere jüngere Kinder im Vorschulalter und frühen Schulalter, drücken sich spontan in Bewegung, Spiel, Dichtung, Gesang, Klangproduktionen (z. B. mit Alltagsgegenständen), Fantasiegeschichten, Rollenspielen und in Bildern und Zeichnungen aus. Sie handeln aus einem inneren Bedürfnis heraus, äußeres und inneres Erleben in Körperbewegung, in Bildern und im Spiel nonverbal und verbal nachzuahmen, auszudrücken und zu verarbeiten. Selbst in emotional belastenden Situationen behalten Kinder meist ihre schöpferisch-kreative Kraft, die ihnen hilft, Erlebtes zu verarbeiten. Dieses Potenzial kann insbesondere in der ausdruckszentrierten therapeutischen Arbeit mit Kindern genutzt werden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie begegnen uns jedoch auch Kinder, die in ihrer Spontaneität und in ihrer Vielfalt der Ausdrucksmöglichkeiten gehemmt sind, die beispielsweise durch ein rigides, ein überprotektives oder ein vernachlässigendes Elternhaus, durch chronisches Schulversagen oder durch Probleme in der Wahrnehmungsverarbeitung das Vertrauen in die eigenen kreativ-gestalterischen Kräfte verloren haben. Die Ergotherapeutin kann hier in der Behandlung einen Raum schaffen, in dem sich die Vielfältigkeit des kindlichen Ausdrucks von innerem und äußerem Erleben jenseits der Sprache wieder entwickeln, entfalten und somit therapeutisch genutzt werden kann. Die kindlichen Ausdrucksformen können als Ausdrucks- und Kommunikationsmittel, als kreativer Selbstheilungsversuch und als Beziehungsbrücke zwischen Kind und Erwachsenem dienen.

Eine verbale Aufarbeitung kann bei jüngeren Kindern nicht im Sinne einer Selbstreflexion erfolgen, da sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes, ihrer geistigen und sprachlichen Fähigkeiten nicht zu einer Introspektion fähig sind. Das Wahrnehmen eigener seelischer Vorgänge findet eher auf der Erlebnisebene als auf der kognitiven Ebene statt. Wenn eine Nachbesprechung z. B. zu einer Bildgestaltung sinnvoll erscheint, sollte das Kind durch einfühlsame Fragen zum Erzählen und Darstellen seiner Fantasien, seiner Sicht- und Empfindungsweise angeregt werden, ohne von der Therapeutin mit Deutungsversuchen, Bewertungen und Rationalisierungen konfrontiert zu werden. Auch wenn ein Kind Schwierigkeiten hat, sich sprachlich auszudrücken, darf sich die Therapeutin nicht dazu verleiten lassen, suggerierend zu fragen oder einseitige Antworten vorzugeben in der Absicht, dem Kind im Gespräch zu helfen. Die durch Suggestivfragen oder -antworten entstandenen Gesprächsinhalte sind diagnostisch nicht verwertbar und müssen in ihrer therapeutischen Wirkung wohl überdacht sein.

Jugendliche

In der ergotherapeutischen Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen kann durch die ausdruckszentrierte Methode ähnlich wie in der Erwachsenenpsychiatrie die Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen durch kreative Angebote auf einer nonverbalen und verbal reflektierenden Ebene angeregt werden. Die Motivation der Jugendlichen, sich mit gestalterischen Mitteln ohne oder mit thematischer Vorgabe zu beschäftigen, ist sehr unterschiedlich. Das innere Bedürfnis und die Selbstverständlichkeit, sich nicht sprachlich auszudrücken wie im Kindesalter, ist im Jugendalter kaum mehr zu beobachten. Die Sprache und die Körpersprache werden als wesentliches Ausdrucks- und Kommunikationsmittel verwendet. Andere Ausdrucksmittel finden gesellschaftlich wenig Verbreitung und Anerkennung, sodass viele Jugendliche in ihrer Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen auf der Suche nach der eigenen Identität häufig zunächst z. B. das bildnerische Gestalten oder Rollenspiele als nicht altersgemäß bewerten und möglicherweise sogar ablehnen. Das normale jugendliche Streben nach Unabhängigkeit und das Bedürfnis nach einem Ei-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

genleben, im Sinne von Geheimnissen vor den Erwachsenen, können bei psychisch auffälligen Jugendlichen z. B. vor dem Hintergrund einer jahrelangen konfliktträchtigen Eltern-Kind-Beziehung oder durch einen massiven Vertrauensbruch verstärkt vorhanden sein und sich in Verschlossenheit, Trotz- und Verweigerungsverhalten ausdrücken. Hier liegt die Kunst der Therapie zunächst darin, eine tragfähige vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen und dem jugendlichen Patienten gestalterische Ausdrucksformen nahezubringen. Es gibt jedoch in der Therapie auch Jugendliche, die nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten suchen, weil sie sich in diesem Bereich als kompetent erleben. Sie können hierbei sich und ihre Probleme darstellen. Durch die Gestaltung kommt es nicht selten zu einem sehr offenen, vertrauensvollen Gespräch einzeln mit der Therapeutin oder zusammen mit anderen Jugendlichen in der Therapiegruppe.

Indikationen

Die ausdruckszentrierte Methode kann, wenn sie dem Entwicklungsalter und den Fähigkeiten und Möglichkeiten des Kindes oder des Jugendlichen angepasst ist, bei fast allen Störungsbildern der Kinder- und Jugendpsychiatrie angewandt werden und therapeutisch sinnvoll sein.

Eine vorrangige Indikation besteht bei:

- emotionaler Störung
- umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- sexuellem Missbrauch
- Deprivations- und Misshandlungssyndromen
- Zustand nach Suizidversuch
- Suchterkrankungen
- psychosomatischen Erkrankungen (z. B. Essstörungen, Schlafstörungen).

Eine *eingeschränkte Indikation* besteht bei massiven Störungen des Sozialverhaltens in Bezug auf die Gruppenbehandlung und beim Autismus.

Eine *Kontraindikation* besteht bei Patienten mit einer akuten Psychose.

Zielsetzungen

Die Anwendung der ausdruckszentrierten Methode ist bei folgenden Richt- und Grobzielen sinnvoll:

- Erleben von Freude beim eigenen oder gemeinsamen Gestalten und Spielen
- Erleben oder Entwickeln eigener kreativer Kräfte
- Erleben oder Entwickeln von Spontaneität und Eigeninitiative
- Erleben mit allen Sinnen, Materialerfahrung
- Ausdruck von Gefühlen (nonverbal und, wenn indiziert und möglich, auch verbal)
- Abbau von Spannungen/Ausleben von unterdrückten Gefühlen (Katharsis)
- Wahrnehmen und Äußern eigener Wünsche und Bedürfnisse
- Aufbau von Vertrauen in sich und andere
- Wahrnehmen eigener seelischer Vorgänge (Introspektion)
- Konfliktbearbeitung und -bewältigung
- Bezug zur Realität
- Entwickeln neuer Perspektiven
- Entwickeln nonverbaler und verbaler Kommunikationsfähigkeiten.

Sozialformen

Die Sozialformen können bei der ausdruckszentrierten Methode in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie folgt gewählt werden:

Einzeltherapie

- Bei sehr jungen Kindern.
- Zu Therapiebeginn zur Motivierung und zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.
- Zum Kennenlernen des Patienten und zur differenzierten Diagnostik.
- Bei einer tief greifenden Entwicklungsstörung oder starken Entwicklungsverzögerungen.
- Bei mangelnder Gruppenfähigkeit (z. B. durch nicht tragbare Verhaltensauffälligkeiten).
- Bei Therapieinhalten, die in einer Gruppe nicht oder noch nicht zum Ausdruck gebracht werden können.
- Bei Therapieinhalten, die der intensiven Beobachtung und überschaubaren Interaktion zwischen Therapeutin und Patient bedürfen.

Einzelarbeit in der Gruppe

- als Steigerung der vorherigen Einzeltherapie
- beim Vorhandensein grundlegender Gruppenfähigkeiten
- bei Aufgabenstellungen und Themen, die die ganze Gruppe betreffen, aber einzeln bearbeitet und in der Gruppe reflektiert werden können (z. B. eine Bildgestaltung zum Thema „Mein schönstes Erlebnis [mit der Familie]“)
- bei inhomogenen Gruppen in Bezug auf den Entwicklungsstand, des Intelligenzniveaus, der Ausdrucksfähigkeit und der Motivation.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Partnerarbeit und Eltern-Kind-Therapie
Erfordert eine ausreichende Fähigkeit zur Zusammenarbeit der beteiligten Kinder und Jugendlichen und gegenseitiges Vertrauen, damit der therapeutische Schwerpunkt im Ausdruck der Gefühls- und Erlebnisinhalte liegt und nicht in der Interaktion der Partner. Ein Partner kann eine hemmende Wirkung (z. B. durch Dominanzverhalten) oder eine anregende Wirkung (z. B. durch Modellverhalten) auf das Ausdruckshandeln des anderen Partners haben. Der Partner kann die Therapeutin, ein Kind/Jugendlicher oder auch ein Elternteil sein, wenn diese in die Ergotherapie mit einbezogen werden.

Gruppenarbeit
Jedes Gruppenmitglied hat die Möglichkeit, nach seinem eigenen Befinden und nach seinen Vorstellungen und Fähigkeiten zu gestalten und sich auszudrücken. Jedoch werden alle Teile zu einem Ganzen zusammengefügt.

Gemeinschaftsarbeit
Das gleichzeitige Arbeiten an einer Gestaltung oder das gemeinsame Spiel mit ausdruckszentriertem Schwerpunkt erfordert grundlegende soziale Kompetenzen und Grundarbeitsfähigkeiten zur Zusammenarbeit und eine Vertrauensbasis innerhalb der Gruppe, damit jedes Gruppenmitglied Raum zur Gestaltung und Mut zur Darstellung seiner Gefühls- und Erlebnisinhalte hat; darüber hinaus ist ein hohes Maß an therapeutischer Kompetenz in der Wahrnehmung intrapsychischer und gruppendynamischer Prozesse erforderlich; mit Vorschulkindern ist sie nur eingeschränkt umsetzbar.

Therapeutische Mittel und Maßnahmen

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie können bei der ausdruckszentrierten Methode unterschiedliche therapeutische Mittel und Maßnahmen eingesetzt werden:

- Gestaltungstechniken und -mittel (z. B. Bunt-, Filz- und Wachsmalstifte, Pastell- und Ölpastellkreiden, Wasserfarben, Fingerfarben, Aquarelltechniken, Drucktechniken mit Schwämmen und selbst gestalteten Druckstempeln, Seiden- und Stoffmalerei, Collagen, reliefartiges oder plastisches Gestalten mit Ton und Gips, Gestaltungen von Gipsabdrücken, Körpermalerei)
- Spiele (z. B. Rollen und Geschichten erfinden und darstellen, Rollenspiele, Puppenspiele, pantomimische Darstellungen, Zirkus- und Theateraufführungen, Schwarzlichttheater); hilfreiche Mittel: Verkleidungskiste mit ausdrucksstarken Kleidungsstücken und auch Stoffen zum Umbinden, mit Hüten und Theaterschminke, Handpuppen, Kasperletheater, Videokamera, Videogerät und TV, großer Spiegel
- Literatur und Tonträger (z. B. Kinderbücher und spezielle Problemlösungsgeschichten zu verschiedenen Themen wie Familie, Scheidung, Adoption, Gefühle, Behinderung, Einkoten, sexueller Missbrauch, Tod) (s. Literatur: Badegruber und Pirkl 1996, Fagerström und Hansson 1987, Hoffmann 2001, Keyserlingk 2001, Knopp 1995, 2002, s. Tonträger: Friebel 1997, Kreusch-Jacob 1998, Klemm u. Grube 1999, 2000).

Die Möglichkeiten, in der Ergotherapie mit Kindern und Jugendlichen ausdruckszentriert zu arbeiten, sind sehr vielfältig und erweitern sich, je stärker die Therapeutin sich auf die jeweilige Ebene im Erleben und im Denken des Kindes oder Jugendlichen einzufühlen vermag. Für die Patienten und die Therapiesituationen, die eine Themen- oder Aufgabenstellung erfordern, werden einige Beispiele zur Anregung für die Praxis gegeben:

- Ich stelle mich (und meine Familie) vor (z. B. als Bild, Zeitungscollage, Steckbrief, Gestaltung des Vornamens).
- Mein Lebenslauf (z. B. als Bilderreihe).
- Mein Lieblingstier oder mein Fantasietier (z. B. als Bild, Tonplastik).
- Mein schönstes (Familien-)Ereignis, mein schlimmstes (Familien-)Ereignis.
- Wie es mir geht? (z. B. als Stimmungsbild, musikalische oder pantomimische Darstellung, Maskengestaltung, Namensgestaltung).
- Was habe ich erlebt, was bewegt mich?
- Wie ich mich mag, wie ich mich nicht mag?
- Wie oder wer möchte ich am liebsten sein (z. B. sich verkleiden und anmalen als ..., Maskenspiel, Rollenwahl im Zirkus, Kasperle, Bild, Tonplastik, Collagen)?
- Was wünsche ich mir (für meine Zukunft)?
- Wovon träume ich?
- Meine Gefühle, ich fühle mich wie ... (z. B. als freie Bildgestaltung, als Gefühlskuchen, Gegensätze darstellen).
- Mein Körper (z. B. als freie Bild- oder Tongestaltung oder mithilfe eines Körperumrisses oder von Körper-Abdrucken).
- Meine Klänge – meine Farben (z. B. Malen nach selbst gewählter oder selbst gemachter Musik).

Rahmenbedingungen
Für die Anwendung der ausdruckszentrierten Methode in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es günstig, wenn der Ergotherapeutin neben ihrem The-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

rapieraum zum Werken und Gestalten noch weitere Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. In einem Bewegungsraum für Sensorische Integrationstherapie oder Psychomotorikgruppen, im Grünen auf einer Wiese oder einer großen Sandfläche haben Kinder mehr Möglichkeiten, sich beispielsweise in ein Tier zu verwandeln, dessen Maske sie zuvor gestaltet haben. Ein Musik- und Spieltherapiezimmer mit der entsprechenden Einrichtung eröffnen weitere ausdruckszentrierte Möglichkeiten. Spezielle Räume mit einer Bühne oder der Möglichkeit zum Schwarzlichttheater können nicht erwartet werden, sind aber in der ausdruckszentrierten therapeutischen Arbeit auch sehr wertvoll.

Bei der Durchführung der ausdruckszentrierten Methode gibt es neben den räumlichen Voraussetzungen weitere wichtige Rahmenbedingungen, die zwar bei allen Methoden sinnvoll, aber insbesondere bei dieser Methode erforderlich sind. Hierzu gehört eine intensive Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team mit möglichst kurzfristigem Informationsaustausch, damit die Ergotherapeutin auf aktuelle Ereignisse oder Stimmungen eingehen kann und die Ergebnisse aus der Ergotherapie in anderen Therapien aufgegriffen werden können. Andererseits benötigt der Prozess der Erlebnisaktivierung, der Selbstreflexion oder gestalterisch-spielerischen Verarbeitung einen angemessenen zeitlichen Rahmen.

Fallbeispiel: Daniel, „Plötzlich war mein Opa nicht mehr da“

Der sechsjährige Daniel wird aufgrund anhaltender Schulunlust seit der Einschulung vor sechs Monaten und akuter Schulverweigerung teilstationär aufgenommen. Nach Aussagen der Mutter kommt Daniel morgens schlecht aus dem Bett, klagt häufig über Bauchschmerzen und will dann nicht zur Schule gehen. Die Lehrerin habe bisher kaum Kontakt zu ihm aufbauen können, da er häufig nicht auf Ansprache reagiere und sich kaum beteilige. Ihr sei unklar, ob Daniel überfordert sei. Daniel habe keine Geschwister, jedoch regelmäßigen Kontakt zu seinen Cousins, die in derselben Straße wohnten. Nach langer Krebserkrankung sei eine Cousine vor einem halben Jahr gestorben, zwei Monate später sei noch der Großvater mütterlicherseits gestorben, der im selben Haus gelebt habe. Daniel sei zunehmend in sich gekehrt, weine schnell bei Nichtigkeiten und wolle nicht mehr ohne Begleitung seiner Mutter zu seinen Freunden spielen gehen. Er habe Einschlafschwierigkeiten und lutsche abends wieder am Daumen. Die Mutter, Einzelhandelskauffrau, sei seit der Geburt Daniels nicht mehr berufstätig und so gut wie alleinerziehend, da ihr Mann als Fernfahrer wenig zu Hause sei.

Daniel zeigt zu Beginn der tagesklinischen Behandlung deutliche Trennungsängste. Die körperlichen und neurologischen Untersuchungen sind unauffällig, die Intelligenzdiagnostik ergibt einen durchschnittlichen Wert. Strukturierte Verhaltensbeobachtungen in der klinikinternen Schule, in der Ergotherapie, bei den Mahlzeiten, beim Verrichten von Diensten und Hausaufgaben und im freien Spiel ergeben keine Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsstörung. Vielmehr wird eine emotionale Problematik mit Niedergeschlagenheit, Trennungsängsten und sozialem Rückzug deutlich. Die Diagnose lautet: Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23), mit Trennungsängsten, depressiver Stimmungslage, sozialem Rückzug und regressiven Verhaltensweisen (Daumenlutschen) nach wiederholten Todesfällen in der Familie.

(Nach ICD-10 F43.2 sind Anpassungsstörungen Zustände von subjektivem Leid und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses meist innerhalb eines Monats nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder einem belastenden Ereignis auftreten.)

In der Ergotherapie hält sich Daniel zunächst zurück und beobachtet die anderen Kinder. Er wirkt ernst und bedrückt. Als er sich nach dem Angebot verschiedener gestalterischer Techniken nicht entscheiden möchte, darf er weiter zuschauen und in Ruhe überlegen. Kurz vor dem Ende der Stunde äußert er den Wunsch, ein Seidentuch zu gestalten. In der nächsten Stunde bemalt er das Tuch in sich versunken Nass in Nass in blauen, grünen und violetten Farben. Das Tuch wolle er der Mutter schenken. Auf die Bitte, in der nächsten Stunde doch sich, seine Familie und seine Hobbys zu malen, damit die Ergotherapeutin ihn und seine Familie besser kennenlernen könne, willigt er ein. Mit Buntstiften malt er in der darauffolgenden Stunde einen großen Dinosaurier, daneben seine Mutter, sich und etwas abseits seinen Vater. Er beginnt eine Geschichte zu erzählen, in der der schreckliche Tyrannosaurus versuche, sie zu fangen und aufzufressen. Er wirkt dabei erregt und verängstigt. Die anderen Kinder in der Gruppe greifen das Thema auf und berichten über Dinofilme. Sie fantasieren über mögliche Kämpfe mit einem bösen Dinosaurier und zeigen, wie sie ihn erschießen würden. Im Anschluss an die Therapiestunde fragt die Ergotherapeutin ihn allein, was er denn mache, um sich vor dem Dino zu retten. Er antwortet: „Gar nichts – bei meiner Mama bleiben.“ Die Ergotherapeutin erwidert ihm, dass sie es sich schlimm vorstellen würde, Angst zu haben und dabei das Gefühl zu haben, wenig dagegen tun zu können. Sie fragt ihn, ob es etwas in seinem Leben gebe, wovor er Angst habe, und er erwidert: „Ja, dass mein Meerschweinchen stirbt.“ Als

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

in der nächsten Stunde jeder der Patienten eine Tonfigur gestalten kann, formt Daniel sein Meerschweinchen. In der Nachbesprechung beschreibt er es liebevoll und fängt an zu weinen, als ein anderes Kind von seinem verstorbenen Hamster erzählt. Die Ergotherapeutin sagt zu ihm, dass sie sich nicht denke, dass sein Meerschweinchen bald sterbe, da es nicht krank oder alt sei. Außerdem lebten Meerschweinchen länger als Hamster. Als die Ergotherapeutin mit Daniel nach der Stunde allein ist, fragt sie ihn, ob schon jemand gestorben sei, den er lieb gehabt habe. Er nickt und antwortet: „Mein Opa – plötzlich war der nicht mehr da." Die Ergotherapeutin regt ihn an, darüber zu erzählen und es wird im Gespräch deutlich, dass mit Daniel über das „Verschwinden von Opa" nicht in der Familie gesprochen und er von dem Begräbnis ferngehalten wurde. Die Mama habe kaum mehr mit ihm geredet und gespielt, nur sein Meerschweinchen sei immer für ihn da gewesen. „Kann ich hier für mein Meerschweinchen einen Sarg bauen, damit ich es begraben kann, wenn es stirbt?", fragt er zum Schluss der Stunde. Die Ergotherapeutin willigt ein und sagt, dass sein Tier irgendwann sterben müsse, dies aber hoffentlich noch lange dauern werde. In der nächsten Einzeltherapie formt Daniel einen Sarg aus weißem Ton. Er vergewissert sich, dass sein Tonmeerschwein hineinpasst und der Deckel schließt. Die Ergotherapeutin fragt ihn, ob er denn schon mal einen Sarg gesehen habe, und Daniel beschreibt daraufhin den weißen Sarg seiner Cousine und spielt spontan ihr Begräbnis mit seinem selbst gestalteten Sarg aus Ton und seinem Meerschwein nach. Im weiteren ergotherapeutischen Verlauf bringt Daniel das Thema Tod in den Einzeltherapien wiederholt in Gestaltungen oder im Spiel zum Ausdruck. Hierbei versucht er, Abschied zu nehmen, insbesondere von seinem Opa, der für ihn die Vaterrolle eingenommen hatte. Ebenfalls drückt er wiederholt die Angst vor dem Tod und vor dem Verlust einer weiteren Bezugsperson aus. Hierfür verwendet er häufig Symbole und Metaphern, wie z. B. die tödliche Bedrohung durch den Dinosaurier, dem er jedoch in seinen Gestaltungen zunehmend wehrhaft entgegentritt.

Begleitend wurde in den Elterngesprächen diese Thematik durch den behandelnden Psychologen angesprochen. Die Mutter berichtet, dass Daniel sehr verstört nach dem Begräbnis seiner Cousine gewesen sei. Als dann kurz danach der Großvater gestorben sei, an dem Daniel sehr gehangen habe, wollte sie das alles von ihm fernhalten. Sie habe auch mit sich selbst genug zu tun gehabt, den Tod ihres Vaters zu verarbeiten. Die Eltern wurden darin unterstützt, die Auseinandersetzung mit dem Thema Tod in der Familie aufzunehmen, ihren Sohn mit seinen Vorstellungen über Tod, seiner Trauer und seinen Verlustängsten nicht allein zu lassen und ihn in diesem Prozess zu begleiten. Der Vater wird darin bestärkt, wieder seine Vaterrolle für Daniel auszufüllen.

Daniel wurde nach achtwöchiger teilstationärer Behandlung entlassen. Im Verlauf der ambulanten Nachbetreuung normalisiert sich der emotionale Zustand Daniels weiterhin. Seine Trennungs- und Verlustängste werden so gering, dass er motiviert zur Schule geht und nachmittags wieder mit Freude seine Freunde besucht. Auch die Lehrerin berichtet, dass Daniel aufmerksam zuhört und sich zunehmend am Unterricht beteiligt. Der Vater ist bemüht, weniger Überstunden zu verrichten und in seiner freien Zeit für die Familie präsent zu sein. Die Mutter plant für das nächste Jahr, stundenweise ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen.

Wahrnehmungszentrierte Methoden

Wie in Kapitel 2.4.1 (Psychosoziale Behandlungsverfahren, s. S. 140ff.) beschrieben, kommen den wahrnehmungszentrierten Methoden und insbesondere der Sensorischen Integrationstherapie (SI-Therapie, Ayres 2002) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine besondere Bedeutung zu. Im folgenden Abschnitt werden nun die Sensorische Integrationstherapie unter den besonderen Bedingungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und weitere angewandte wahrnehmungszentrierte Konzepte beschrieben.

Sensorische Integrationstherapie

Fischer et al. (1998) definierten nach Jean Ayres den Kern dieser wahrnehmungszentrierte Methode.

> *Sensorische Integration:* Neurologischer Prozess, in „dem vom eigenen Körper und der Umwelt ausgehende Sinneseindrücke geordnet werden und der es dem Menschen ermöglicht, seinen Körper sinnvoll einzusetzen (…). Sensorische Integration bedeutet Verarbeitung von Informationen" (Fisher et al. 1998, S. 4).

Indikationen

Die Sensorische Integrationstherapie eignet sich für die Kinder und Jugendlichen, insbesondere bis zum 12. Lebensjahr, die in der Diagnostik Beeinträchtigungen in der Wahrnehmungsverarbeitung, Entwicklungsstörungen, Lernstörungen, Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, Antriebsstörungen und hyperaktives Verhalten zeigen. Die meisten Kinder mit diesen Schwierigkeiten werden in einem ambulanten Setting (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, ambulante ergotherapeutische Praxis) erfolgreich behandelt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Erst wenn der Leidensdruck des Kindes und der Familie sehr groß ist und erhebliche Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aggressivität, Wutausbrüche, Schulprobleme) im Vordergrund stehen, kommt es unter Umständen zur Vorstellung in einer Institution der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Not der betroffenen Kinder ist in der Regel groß. Täglich erfahren sie, dass sie anders sind, dass sie in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen oder Geschwistern unterlegen sind und dass sie Erwartungen nicht erfüllen können. Sie wollen, aber sie können nicht – dieser Konflikt führt zu Kränkungen, aber auch zur Konfrontation mit der Verunsicherung und Enttäuschung der Eltern, Erzieher oder Lehrer. Durch die verschiedenen Formen der Wahrnehmungsstörungen sind die Kinder und Jugendlichen meist in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt und fühlen sich in verschiedenen Lebensbereichen überfordert, was letztlich zu behandlungsbedürftigen psychischen und psychosomatischen Reaktionen führen kann. Den betroffenen Kindern und Eltern wird häufig unrecht getan, indem die Gründe für das Verhalten nur beispielsweise in ihrem persönlichen oder familiären Umfeld oder in mangelnder Förderung gesehen werden, da andere Ursachen wie Beeinträchtigungen der sensorischen Integration häufig nicht erkannt werden.

Die beiden folgenden Beispiele zeigen, wie Kinder sich verhalten können, wenn die sensorische Integration gestört ist und die Kinder in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind.

Beispiel 1: Ein Kind, das bei eingeschränkter auditiver Wahrnehmung ein Geräusch (z. B. eines vorbeifahrenden Autos) nicht eindeutig zuordnen kann, wird von seinem Platz in der Klasse aufstehen, um sich am Fenster über die Ursache der Geräuschquelle zu informieren. Es bemüht also sein visuelles und motorisches System. Die Lehrerin beschreibt das Verhalten so: „Lisa ist motorisch sehr unruhig und zappelig."

Beispiel 2: Ein Kind mit einer taktilen Defensivität vermeidet Spiele, bei denen es zu Körperkontakt mit anderen Kindern kommt, es spielt sehr gerne allein. Es wehrt sich dagegen, hochgehoben oder liebkost zu werden, es reagiert abwehrend auf alltägliche Handlungen wie Baden, Duschen, Zähneputzen. Im Kontakt mit anderen Kindern und Erwachsenen reagiert es schnell aggressiv auf leichte Berührungen, indem es um sich schlägt. Außerdem wehrt es sich dagegen, mit Materialien wie Farbe, Kleister oder Sand zu basteln bzw. zu spielen. Die Erzieherin im Kindergarten beschreibt das Verhalten möglicherweise so: „Manuel spielt am liebsten allein und vermeidet den Kontakt zu anderen Kindern. Ist er in ein Spiel integriert, kommt es scheinbar ohne direkten Grund zu heftigen Auseinandersetzungen, in denen Manuel sehr aggressiv reagiert und die anderen Kinder schlägt."

Dies sind nur zwei mögliche Beschreibungen, die aber zeigen, wie schwierig es ist, nur das sichtbare Verhalten zu sehen, ohne eventuelle Ursachen mit zu berücksichtigen. Geht man davon aus, dass Lisa und Manuel an einer auditiven Wahrnehmungsstörung bzw. an einer taktilen Defensivität leiden, ist ihr Verhalten ganz anders interpretierbar. Lisa kann Geräusche nicht nur über das Hören identifizieren, sondern muss sich zur Geräuschquelle hinbewegen, um sie über das visuelle System zu erfassen. Manuel reagiert im Spiel mit anderen Kindern nicht grundlos aggressiv, sondern kann es nicht ertragen, dass sie ihn anfassen oder zufällig berühren.

Durch die möglichen Zusammenhänge von Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten ist es sinnvoll, in der Diagnostik auch Sensorische Integrationsstörungen in Betracht zu ziehen, um eine optimale Behandlung für das Kind zu planen.

Ergotherapeutische Diagnostik

Je nach den Erfordernissen und der Ausbildung der Ergotherapeutin werden die Test- und Beobachtungsverfahren individuell ausgewählt. Die meisten stammen aus dem pädiatrischen Bereich und sind im Indikationskatalog Ergotherapie (2004) genannt **(Tab. 5.4).**

Zielsetzungen

Die Zielsetzungen der Sensorischen Integrationstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie orientieren sich am Gesamtbehandlungsziel, das sich aus der Problematik ergibt, die zur Behandlung des Kindes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie führte. Die Verbesserung der sensorischen Funktionen und der Körpereigenwahrnehmung stärkt den Gebrauch der vorhandenen Fähigkeiten und Sinne, fördert die Auseinandersetzung mit der Umwelt, steigert das Selbstvertrauen und kann zu einer Reduzierung des auffälligen Verhaltens beitragen und zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit führen.

Sozialform

Sensorische Integrationstherapie findet meist als Einzeltherapie statt. Die Einbeziehung der Eltern in die Therapie bezieht sich hier vor allem darauf, die Ziele und therapeutischen Ansätze verständlich zu machen und die Eltern zu motivieren, Aktivitäten adaptierend in den Alltag zu Hause einzubauen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.4** Diagnostische Instrumente der SI und für die SI geeignete

Abkürzung	Diagnostisches Instrument	Quelle
	Beobachtungsbogen zur Überprüfung der Handdominanz	Sattler 2003
BISC	Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese- Rechtschreib-Schwäche	Hansen et al. 2002
	Diagnostik mit Pfiffigunde 5–8 Jahre	Cardenas 2000
DTVP-2	Developmental Test of Visual perception	Hammill et al. 1993
ET 6–6	Entwicklungstest von 6 Monate bis 6 Jahre	Petermann und Stein 2000
FEW-2	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung – 2	Büttner et al. 2007
FTM	Frostig-Test der motorischen Entwicklung	Frostig und Bratfisch 1985
	Gespräch mit Eltern, Lehrern, Erziehern (SI-Fragebogen)	
	Gezielte Beobachtungen nach J. Ayres und A. Price	
GSS	Göppinger sprachfreier Schuleignungstest	Poerschke 1998
MAP	Miller Assessment for Preschoolers	Miller 1998
MOT 4–6	Motorik-Test für vier bis sechsjährige Kinder	Volkamer und Zimmer 1984
SCIST	Southern California Sensory Integration Test (5–10 Jahre)	Ayres 1985
SIPT	Sensory Integration and Praxis Test (4–8 Jahre)	Ayres 1991
TSFI	Test of Sensory Functions of Infants	DeGangi und Greespan 1989
TSI	DeGangi-Berk Test of Sensory Integration	DeGangi 1994
ZAREKI	Zahlenverarbeitung und Rechnen bei Kindern	von Aster 2001

Therapeutische Mittel und Maßnahmen

Sensorische Integrationstherapie findet in der Regel in speziell ausgestatteten Räumen statt. Aus der Vielzahl der Möglichkeiten seien hier nur einige genannt:

- Hängematte, Plattformschaukel, Rollbrett, Rampe, Trampolin, Matten und Kissen, Bälle, verschiedene Spiele, Puzzle usw.
- Im Außenbereich: Sandkasten, Schaukel, Klettergerüst usw.

Außerdem sollte nach Möglichkeit ein Matsch- und Schmierraum vorhanden sein. Ebenso können handwerkliche/gestalterische Techniken unter Berücksichtigung der Schwierigkeiten in der sensorischen Integration eingesetzt werden:

- Holzarbeit an der Biber-Tretlaubsäge: Verbesserung der bilateralen motorischen Koordination und Tonusregulation **(Abb. 5.8)**
- Arbeiten mit Ton, Gips, Pappmaschee, Ytong, Speckstein: Verbesserung der taktilen und propriozeptiven Verarbeitung
- Seidenmalerei: zur Verbesserung der Augen-Hand-Koordination.

Abb. 5.8 Holzarbeit an der Biber-Tretlaubsäge: Verbesserung der bilateralen motorischen Koordination und Tonusregulation (Farbtafel VI).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Neben der Verbesserung der sensorischen Leistungen haben die Kinder durch die handwerklich-kreativen Medien die Möglichkeit, sichtbare Erfolge zu erzielen, was erheblich zur Steigerung ihres Selbstwertgefühls beiträgt und ihnen zeigt, dass sie eben auch wie die anderen Kinder etwas schaffen können.

Darüber hinaus gibt es spezielle Therapieprogramme. So handelt es sich beispielsweise bei dem *Alert-Programm* (Williams u. Shellenberger 2001) um ein Selbstregulierungsprogramm für Menschen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom oder hyperkinetischem Syndrom, das von den amerikanischen Ergotherapeuten Mary-Sue Williams und Sherry Shellenberger entwickelt wurde. Techniken der sensorischen Integrationstherapie werden hier mit kognitiven Ansätzen verknüpft. Ziel ist, dass die Kinder, Jugendlichen und auch Erwachsenen es schaffen, ihren Aufmerksamkeits- bzw. Erregungszustand entsprechend den Anforderungen ihres Alltags selbstständig zu regulieren. Um es für die Patienten anschaulicher darzustellen, wird mit dem Bild eines Motors gearbeitet, der hochtourig, niedertourig oder gerade richtig läuft. Das Programm eignet sich besonders für Gruppen, ist aber auch mit einzelnen Patienten anwendbar.

Rahmenbedingungen

Durch die kürzere Behandlungsdauer im stationären und teilstationären Bereich werden die Schwerpunkte der Therapie anders gewichtet. In der Regel kann nicht eine so umfangreiche Diagnostik und Behandlung der SI-Störungen wie in einer ergotherapeutischen Praxis durchgeführt werden, da der zeitliche Rahmen der Behandlung begrenzt ist. Das bedeutet für eine ausgeprägte SI-Störung, dass zwar Anstöße gegeben werden, aber eine weitere ergotherapeutische Behandlung im ambulanten Setting unbedingt erforderlich ist.

Fallbeispiel: Patrick

Patrick ist 7 Jahre alt.

Diagnose: Störung des Sozialverhaltens mit Schulschwierigkeiten, oppositionell verweigerndem Verhalten und Fremdaggressionen, verbal und tätlich.

Patrick schlägt und tritt seine Mitschüler, stört den Unterricht, beschädigt Lehrmaterial und hält sich auch zu Hause nicht an Regeln und Absprachen. Seitens der Schule wurde ein Sonderschulaufnahmeverfahren eingeleitet und eine Schule für Erziehungshilfe empfohlen. Insgesamt blieb Patrick drei Monate in der Klinik und kam von Beginn an zur Ergotherapie.

Behandlungsauftrag: SI-Diagnostik, Steigerung des Selbstwertgefühls, Abbau von Aggression und Verbesserung des Gruppenverhaltens.

Die Ergotherapeutin mit Zusatzqualifikation in Sensorischer Integrationstherapie erstellte eine ausführliche Anamnese, führte die gezielten Beobachtungen nach Ayres und einen SCSIT durch. Sie diagnostizierte bei Patrick das Erscheinungsbild einer Somatodyspraxie. Hierbei handelt es sich um eine Dyspraxie aufgrund einer beeinträchtigten Verarbeitung taktiler und propriozeptiver Sinneseindrücke.

Die Therapieplanung musste nun sowohl die Wahrnehmungsproblematik als auch die Störung des Sozialverhaltens umfassen und beachten. Aufgrund der massiven Verhaltensauffälligkeiten und Regelüberschreitungen erschien es auch für die Ergotherapie sinnvoll, klare Strukturen festzulegen, die Patrick das Einhalten von Regeln erleichtern. Deshalb plante die Ergotherapeutin einen sich wiederholenden Ablauf der Therapieeinheiten, die einen festgelegten Anfang hatten, nämlich das Bürstenprogramm nach Wilbarger, und immer mit Patricks „Fußballtraining“ endeten, was er selbst als Ziel („Ich will ein guter Torwart werden“) formulierte.

Das *Bürstenprogramm nach Wilbarger* (1991) ist ein spezielles Therapieprogramm, das normalerweise bei der Behandlung einer taktilen Defensivität eingesetzt wird. Dem auf Berührung sehr sensibel reagierenden Kind werden gezielt und dosiert taktile Reize mit einer speziellen Bürste gegeben mit dem Ziel, langfristig die taktile Defensivität zu lindern. Bei Patrick, der taktile Reize eher sucht, wurde das Programm eingesetzt, um eine starke taktil propriozeptive Reizzufuhr zu erzeugen. Patrick fühlte sich danach besser und konnte sich eher auf die folgenden Therapieinhalte einlassen.

Dazwischen variierte das therapeutische Angebot, so beispielsweise ein Parcours bestehend aus verschiedenen Elementen (z. B. Schaukelbrett, Kriechtunnel, Hängematte und schiefe Ebene). An den Stationen hatte Patrick festgelegte Aufgaben zu erfüllen. Er musste aus der Hängematte heraus kleine Bälle in eine Tonne werfen und konnte dann entsprechend der Anzahl seiner Treffer ein Puzzle an der schiefen Ebene ergänzen (z. B. 4 Treffer entsprechen 4 Puzzleteilen).

Die Ziele waren und wurden besonders gefördert durch:

- Entwicklung von Handlungskompetenz (Gesamtbehandlung)
- Entwicklung des Körperschemas (Bürstenprogramm)
- Steigerung des Selbstwertgefühls (Fußballtraining)
- Erhöhung der Frustrationstoleranz (Erfolgserlebnisse in der Therapie)
- Einhaltung von Absprachen und Regeln (Parcoursregeln).

Nach 11 Behandlungseinheiten endete Patricks stationäre Behandlung. Dennoch zeigten sich erste Therapieerfolge, die ambulant in einer ergotherapeutischen Praxis weiterverfolgt wurden. So konnte er sich besser an

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Regeln halten, was auch das Zusammenleben zu Hause entspannte. Außerdem bekam Patrick noch einmal die Möglichkeit, die Regelschule zu besuchen. Durch Hospitationen in der Ergotherapie und auf der Station war es der Mutter möglich, Patricks Schwierigkeiten besser zu verstehen und einige Ideen im Umgang mit ihm auch zu Hause umzusetzen.

Affolter-Modell

Diese Therapiemethode basiert auf dem Entwicklungsmodell von Frau Dr. Félicie Affolter (Affolter 1992) und kommt bei körper- und/oder mehrfach behinderten und wahrnehmungsgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zur Anwendung.

„Wahrnehmungsbehinderungen führen zu einer veränderten Wahrnehmungsorganisation der Umwelt. Die Interaktionen mit der Umwelt sind andersartig und sehr vielfältig; sie werden als verhaltensauffällig oder sonderbar interpretiert. Beim Lösen alltäglicher Probleme geben die Betroffenen schnell auf (geringe Frustrationstoleranz) und kommen nicht zum Ziel“ (Scheepers et al. 2007, S. 374 f.).

Beim Führen nach Affolter erspürt der Patient gemeinsam mit der therapeutischen Begleiterin Alltagsgeschehnisse mit dem Ziel, diese gewonnenen Wahrnehmungsinformationen zu ordnen, um Erkenntnisse über sich und die Umwelt hervorzurufen.

„Gespürte Erfahrungen in problemlösenden Alltagsgeschehnissen bilden die Grundlage der Entwicklung“ (Scheepers et al. 1999, S. 246). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglicht dieser Ansatz der Therapeutin beispielsweise Hilfestellungen bei handwerklichen/gestalterischen Techniken (z. B. Sägen, Seidenmalerei, Schleifen), bei denen u. a. die Kraft- und Druckdosierung wichtig ist, um zu einem zufriedenstellenden Ergebnis zu kommen.

Frostig-Konzept

Das Frostig-Konzept wurde von Marianne Frostig entwickelt und verbindet mit seinem ganzheitlichen Ansatz die kindliche Entwicklungsförderung und die Behandlung von Lernstörungen. Es dient der Behandlung von Kindern mit Störungen der Wahrnehmungsverarbeitung, die häufig eine Ursache für Lernprobleme im Schulalter sind. Um diese Theorie zu bekräftigen, entwickelte Frostig 1963 den FEW, der folgende Wahrnehmungsqualitäten prüft:

- Visomotorik
- Figurgrundwahrnehmung
- Formkonstanz
- Raumlage und -beziehung.

Seit 1994 wird in den USA die neuere und differenziertere Version des amerikanischen Frostig-Tests der *DTVP-2* angewendet. Dieser wurde bisher auch ohne gültige Normierung in Deutschland eingesetzt. Seit Ende 2007 gibt es den Frostig Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung – 2 (FEW-2), bei dem es sich um die deutsche Bearbeitung des DTVP-2 handelt, der nun auch für Deutschland und Österreich normiert ist. Er besteht wie der DTVP-2, aus acht Subtests (Auge-Hand-Koordination, Lage im Raum, Abzeichnen, Figur-Grund, räumliche Beziehungen, Gestaltschließen, visuomotorische Geschwindigkeit, Formkonstanz). Durch den Wechsel von Penciltests und motorisch reduzierten Untertests können zur Differenzierung neben dem generellen visuellen Wahrnehmungsquotienten ein motorisch reduzierter und ein motorisch abhängiger visueller Wahrnehmungsquotient gegenübergestellt werden.

Neben den diagnostischen Möglichkeiten spielen folgende Prinzipien eine zentrale Rolle, die alle dem Bemühen dienen, Kindern mit Lernproblemen dabei zu helfen, einen individuellen Lern- und Lebensweg zu finden:

- Empathie als Akzeptanz der kindlichen Individualität
- Ermutigung zu Neugier und eigener Erfahrung
- Erzeugung von Vertrauen durch Vertrauen
- Übergabe von stufenweiser Verantwortung zusammen mit stufenweiser Selbstbestimmung
- Bewegungs- und Wahrnehmungslernen zum Vertrauen in den eigenen Körper und als Voraussetzung zum abstrakten Lernen.

Ergotherapeuten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nutzen überwiegend die diagnostischen Möglichkeiten des Frostig-Konzepts zur Ergänzung der ergotherapeutischen Befundung.

Arbeitstherapeutische Verfahren

Aufgrund mangelnder Grundarbeitsfähigkeiten, eines fehlenden Schulabschlusses oder unrealistischer bzw. nicht vorhandener Vorstellungen über die berufliche Zukunft sind auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitstherapeutische/arbeitsrehabilitative Verfahren indiziert, um mit den Jugendlichen eine berufliche Perspektive zu planen, Ressourcen zu ermitteln und Fähigkeiten zu entwickeln.

Arbeitstherapie mit Jugendlichen muss sich also an den speziellen Bedürfnissen der Jugendlichen orientieren und kann hier somit eher auch als berufliches Orientierungstraining, berufsvorbereitende Maßnahme oder Berufsfindung bezeichnet werden. Die Aufgaben und Möglichkeiten der Ergotherapie können unter Berücksichtigung der bisherigen Schul-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

laufbahn das Erstellen eines Anforderungs- und Fähigkeitenprofils, das Durchführen des Berufsinteressentests und das realitätsbezogene Heranführen an arbeitsähnliche Prozesse sein (s. auch Kap. 2.4.3, S. 178ff.).

Indikationen

Arbeitstherapie eignet sich besonders für ältere Jugendliche

- mit oder ohne Schulabschluss, die noch keine berufliche Perspektive haben
- die aufgrund von mehrmaligem Wiederholen eines Schuljahres nicht mehr in die Schule gehen
- die eine tagesstrukturierende Maßnahme benötigen.

Zielsetzungen

Folgende Ziele können mittels arbeitstherapeutischer Verfahren realisiert werden:

- Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten (z. B. Konzentration, Ausdauer, Sorgfalt, Pünktlichkeit, Zeiteinteilung)
- Förderung der sozialen Kompetenzen (z. B. Teamfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit)
- Stärkung des Realitätsbezuges, der realistischen Selbsteinschätzung
- Verbesserung instrumenteller (z. B. Umgang mit Maschinen, Rechnen, Schreiben) und manueller Fähigkeiten/Geschicklichkeit
- Steigerung der Belastbarkeit
- Förderung von Selbstvertrauen und Entscheidungsfähigkeit
- Entwickeln einer beruflichen Perspektive
- Vorbereitung auf weiterführende berufliche Maßnahmen (z. B. Berufsförderungswerk, berufliches Trainingszentrum, Praktikum).

Mögliche Arbeitsbereiche und therapeutische Mittel

In einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind z. B. folgende Bereiche möglich:

- Holzwerkstatt, Metall-/Fahrradwerkstatt (z. B. für die Wartung der klinikeigenen Fahrräder)
- PC-Anwendungen (z. B. für die Erstellung einer Klinikzeitschrift), Garten- und Landschaftsbau.

Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die gemeinsam mit einer Allgemeinpsychiatrie an einem Standort sind, können eventuell die Einrichtungen einer ansässigen Arbeitstherapie mitnutzen. In Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Klinik, der örtlichen Arbeitsagentur und verschiedenen Betrieben der näheren Umgebung sind auch Praktika zur Belastungserprobung oder Berufsorientierung möglich.

Fallbeispiel: Christian

Christian ist 17 Jahre alt und kommt aus sehr schwierigen familiären Verhältnissen.

Diagnose: Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, Cannabismissbrauch.

Christians Schullaufbahn ist gekennzeichnet von Schulschwänzen, Schulverweisen und endete schließlich ohne Schulabschluss. Die zuständige Sozialarbeiterin des Jugendamtes findet für Christian eine Einrichtung, in der er sowohl eine Ausbildung beginnen als auch seinen Hauptschulabschluss nachholen könnte. Zur Vorbereitung auf diese Maßnahme arbeitet Christian drei Stunden täglich in der Fahrradwerkstatt der Klinik mit. Dort reparieren und warten Jugendliche, unter Anleitung und therapeutischer Begleitung einer Ergotherapeutin, die Fahrräder der Mitarbeiter der Bewegungstherapie. Es zeigt sich, dass Christian in der Lage ist, jeden Tag pünktlich zu erscheinen. Er hält sich an Pausenzeiten und erledigt die ihm anvertrauten Aufgaben gewissenhaft und gut. Bei Schwierigkeiten fragt er angemessen nach und auch in der Zusammenarbeit mit den anderen Jugendlichen ergeben sich kaum Schwierigkeiten. Außerdem besucht die Ergotherapeutin gemeinsam mit Christian das nahe gelegene Berufsinformationszentrum, um sich ein Bild über verschiedene Ausbildungsberufe zu machen.

Weitere Therapieverfahren und Konzepte

Der folgende Abschnitt stellt weitere Methoden und Konzepte vor, die sich für die therapeutische Arbeit mit Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eignen: Snoezeln, Körpertherapie, Entspannungsverfahren, Spiel(therapie) sowie die Kunst- und Gestaltungstherapie.

Snoezeln

Snoezeln, ursprünglich ein Angebot für geistig- und mehrfachbehinderte Menschen, hat auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an Bedeutung gewonnen und sich als Therapieangebot für Kinder und Jugendliche mit auffälligem Verhalten unterschiedlicher Genese bewährt.

Der Begriff Snoezeln setzt sich zusammen aus den holländischen Worten *snuffelen* (schnüffeln, schnuppern) und *döselen* (dösen, schlummern). *Snuffelen* steht für unsere Sinne, also Sehen, Fühlen, Schmecken, Hören und Riechen und *Döselen* für alle emo-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tionalen Sinneserfahrungen, also Geborgenheit, Schmusen, Wiegen, Körperkontakt, Sichwohlfühlen.

„Jeder Mensch hat grundsätzlich das Bedürfnis nach Annahme, Verständnis, menschlicher Wärme und Nähe, sinnlichen Erfahrungsmöglichkeiten und Strukturgebung. Snoezeln kommt diesen Bedürfnissen entgegen, wobei die Qualität der Beziehung zwischen Patient und Begleitperson erfahrungsgemäß die wesentlichen Grundlagen für Veränderungen im therapeutischen Sinne bildet. Die Snoezel-Räume und -Materialien bieten hierzu den idealen Kommunikationsrahmen, mehr noch, sie bilden ein therapeutisches Milieu“ (Forck et al. 1998, S. 5).

Verhaltensauffällige Kinder kommen häufig aus einem sehr unstrukturierten Lebensumfeld (z. B. fehlende emotionale Zuwendung, Broken-Home-Situation, keine klaren Regeln und Absprachen, keine Ruhepunkte). Die Snoezel-Räume bieten demgegenüber ein klares und strukturiertes Umfeld und unterscheiden sich in ihrem Angebot deutlich von der heutigen Umwelt der Kinder und Jugendlichen, die häufig bestimmt wird durch Fernsehen, Video, Handy und Computerspiele.

Abhängig von den Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung können Snoezel-Räumlichkeiten wie folgt ausgestattet sein: Klangraum, Bällebad, Soft-Play-Raum, Wassermatratze, Wasserblasensäule, Flüssigkeitsprojektor, Massagegeräte, Kissen, Boxsack etc. Dem Bedürfnis von Kindern, sich mit ihrer Umwelt körperlich sinnlich auseinanderzusetzen, kommt das Snoezeln mit seinen Materialien entgegen.

Snoezeln eignet sich auch als Angebot für die ambulante und stationäre Eltern-Kind-Arbeit. Es bietet Eltern und Kindern einen geschützten Rahmen in einer angenehmen Atmosphäre, um gemeinsames Tun zu erleben und zu genießen.

„Der Aufforderungscharakter der Materialien und Wahrnehmungsangebote dieses ungewohnten Milieus vermindert offensichtlich die Wirkung innerpsychischer und sozialer Kontrollmechanismen, wie sich gerade auch bei der Arbeit mit Kindern und ihren Eltern gemeinsam zeigt“ (Forck et al. 1993, S. 7).

Ziele der Snoezel-Therapie in der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen:

- Entwicklung von Vertrauen, Kontaktfähigkeit, Beziehungsfähigkeit
- Verbesserung der Körper-, Eigenwahrnehmung
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Entwicklung eines positiven Selbstbildes, Stärkung des Selbstbewusstseins
- Verbesserung der Sinneswahrnehmung
- Erhöhung der sozialen Kompetenz, Einhaltung von Absprachen und Regeln
- Verminderung aggressiver bzw. autoaggressiver Verhaltensweisen
- Steigerung der Frustrationstoleranz.

Ziele der Snoezel-Therapie in der Eltern-Kind-Arbeit:

- Erfahren von gemeinsamen positiven Erlebnissen
- Aufbau einer positiven Eltern-Kind-Beziehung
- gegenseitige Wahrnehmungen fördern
- Übernahme von Verantwortung
- Aufbau von Vertrauen
- Erweiterung der Interaktionsmöglichkeiten im Familiensystem.

Körpertherapie nach Besems und van Vugt

Die integrative Körpertherapie ist ein Verfahren, das auf der Gestalttherapie nach Fritz Perls basiert und in den 70er-Jahren von Thijs Besems und Gerry van Vugt in Holland für die Arbeit mit Kindern und Erwachsenen mit geistiger Behinderung entwickelt und eingesetzt wurde. Sowohl die Gestalttherapie als auch die integrative Körpertherapie gehen von einem ganzheitlichen Verständnis vom Menschen aus und betonen die Ausdrucksfähigkeit der Gefühle. Das psychotherapeutische Verfahren der Gestalttherapie ist ein erlebnisaktivierendes Verfahren, in dem der Mensch motiviert werden soll, seine Gefühle bewusst wahrzunehmen, zu erleben und auszudrücken. Die integrative Körpertherapie ist eine Therapieform, die mit dem Körper arbeitet und über den Körper eine Veränderung der Gesamtpersönlichkeit anstrebt. In der Therapie sollen notwendige seelische Funktionen und menschliche Energien, die für ein erfülltes Leben bedeutsam sind, wiederhergestellt, erhalten und gefördert werden (Fikar 1987, Besems u. van Vugt 1988).

Im Folgenden wird dargestellt, wie aufbauend auf den Konzepten der Gestalttherapie und der integrativen Körpertherapie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer körperorientierten Form der Gestalttherapie gearbeitet werden kann. Der Bericht bezieht sich auf die Erfahrungen mit dieser Therapieform in der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Marl-Sinsen (Höring 2000).

Die Therapie strebt über den Körper einen Zugang zu den Emotionen des Kindes an und versucht, diese über eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeutin und Kind zu bearbeiten. Der Körper ist das Mittel, das den direkten Zugang zum Gegenüber ermöglicht. Körperliche Aktivitäten gehören zum Lebensalltag der meisten Kinder und Jugendlichen und sind ihnen somit nicht fremd. Im Sinne der Einheit von Leib, Seele und Geist drücken sich emotionale Befindlich-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

keiten eines Menschen ebenfalls körperlich aus und sind insbesondere in der Körperhaltung und in Form von muskulären Spannungen wahrnehmbar. Daraus folgt, dass Erfahrungen des Menschen im Körper gespeichert werden und über ihn auch abrufbar sind.

Wie das Kind in der Therapie mit seinem Körper umgeht und was der körperliche Ausdruck verrät, ermöglicht der Therapeutin, Rückschlüsse auf seine Emotionen zu ziehen. Für diese Form der therapeutischen Arbeit wird in der Klinik der Begriff Körpertherapie verwendet, der auch hier nun weiterhin gebraucht wird.

Körpertherapie ist nicht auf bestimmte Krankheitsbilder ausgerichtet, sodass Patienten mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern behandelt werden, vor allem Kinder im Alter von 4–12 Jahren. Die Durchführung der Therapie steht allen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Erzieher) offen. Unbedingte Voraussetzung ist aber die regelmäßige Teilnahme an Fort- und Weiterbildungskursen zu diesem Thema mit einem hohen Anteil an Selbsterfahrung und Reflexion.

Seelische Probleme entstehen häufig durch Beziehung, deshalb ist Beziehung notwendig, um sie zu heilen. Auf diese Annahme stützt sich die Körpertherapie in der Westfälischen Klinik, der Beziehungsaspekt steht also im Mittelpunkt der Therapie.

Sie betont, dass das Kind nicht nur durch seine Umwelt geprägt wird, sondern vor allem auch durch die erlebten Beziehungen. Negative und verletzende Beziehungserfahrungen (z. B. anhaltende Ablehnung, durch Verwahrlosung, Misshandlung, Missbrauch) werden als tiefe Kränkungen empfunden und verursachen psychische Probleme. Ein geringes Selbstwertgefühl, wenig Selbstvertrauen, Kontakt- und Beziehungsstörungen sind nur einige mögliche Folgen für das Kind. Die psychischen Störungen äußern sich durch auffälliges Verhalten. Die Körpertherapie beschreibt dieses Verhalten als Bewältigungsstrategien des Kindes, die es vor der Bedrohung der Außenwelt schützen.

Die Therapie respektiert dieses auffällige Verhalten und bemüht sich, die erlebten Beziehungskränkungen, die das Verhalten verursacht haben, zu bearbeiten. Gelingt dies, kann das Kind mit den Kränkungen besser umgehen und erkennt neue Verhaltensweisen.

Emotionale Befindlichkeiten drücken sich körperlich aus. Somit bietet die Körpertherapie die Möglichkeit, an Problemen zu arbeiten, ohne sie verbalisieren zu müssen, und ermöglicht korrigierende Erfahrungen, sodass Angebote von Wertschätzung, Schutz, Wärme und Zuwendung „fühlbar“ werden.

Damit das Kind diese Erfahrungen unvermittelt wahrnehmen kann, kommen in der Therapie keine weiteren Materialien als nur der Körper des Kindes und der Therapeutin zum Einsatz. Das Kind soll so seine Wahrnehmung auf sich selbst, d. h. auf seinen Körper und seine Emotionen richten, ohne durch andere Gegenstände abgelenkt zu werden.

Eine besondere Bedeutung kommt bei der Körpertherapie auch der Rolle der begleitenden Therapeutin zu. Grundvoraussetzung für die Therapeutin ist die Bereitschaft, ihre Persönlichkeit in die Beziehung zum Kind einzubringen. Sie muss sich selbst gut wahrnehmen, ihre Schwierigkeiten kennen und einen guten Zugang zu ihren Gefühlen haben. Jemand, der seinen Gefühlen gegenüber verschlossen ist, erlangt keine Authentizität und kann keine echten Beziehungsangebote machen. Sie muss das Kind objektiv wahrnehmen und zwischen ihrem und kindlichen Anteilen in der Beziehung unterscheiden können.

Wie jede andere Therapieform hat auch die Körpertherapie ihre Grenzen. Jugendliche in der Pubertät haben oft ein schwieriges Verhältnis zu ihrem Körper. Demnach kann die therapeutische Arbeit über den Körper als belastend empfunden werden.

Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigen oft ein ausgeprägtes Widerstandsverhalten, sodass die Bereitschaft, sich auf Körpertherapie einzulassen, nicht immer gegeben ist.

Für Kinder, die einen sexuellen Missbrauch erlebt haben, kann die Therapie hilfreich sein, um durch die Erfahrung körperlicher Berührung in Achtung und Respekt einen positiven Zugang zur eigenen Körperlichkeit zu vermitteln. Die Therapeutin sollte hier aber über die Erfahrung und Sensibilität in der Körperarbeit mit sexuell missbrauchten Kindern verfügen.

Die folgende praktische Übung aus der Körpertherapie soll den Ansatz verdeutlichen.

Praxis: das Päckchen

In dieser Übung macht die Therapeutin aus dem Kind ein Päckchen. Dazu sitzt sie auf einer Matte und lässt das Kind zwischen ihren Beinen Platz nehmen. Sie zieht die Beine des Kindes an das Kind heran und macht es ganz klein, um ein Paket aus ihm zu packen. Sie umschließt das Päckchen mit ihrem Körper, um es einzuwickeln. Zum Schluss bindet die Therapeutin ein imaginäres Band um das Päckchen, indem sie es mit ihren Armen umschließt.

Dazu kann eine Geschichte erzählt werden. Das Päckchen geht nun auf die Reise, indem das Kind durch den Raum getragen oder auf der Matte geschaukelt wird, bis es an seinem Bestimmungsort angekommen ist. Dort packt der Empfänger, also die Therapeutin, es aus, wobei

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

sie den Körper des Kindes langsam entfaltet und wieder in die gestreckte Position bringt. Dabei wird mit dem Päckchen vorsichtig umgegangen und sein Inhalt wertschätzend bestaunt.

Mit dieser Übung soll dem Kind das Nachholen defizitärer Erfahrungen ermöglicht werden. Dazu werden ihm wichtige frühkindliche Erfahrungen wie das Erleben von Geborgenheit, Liebe und Anerkennung angeboten. Die Wechselwirkung von Geborgenheit und Verlassenwerden wird durch das Einpacken und Auspacken des Päckchens symbolisiert. Über den engen Körperkontakt von Therapeutin und Kind bietet diese Übung die Chance, die Beziehung zu intensivieren.

Das Spiel „Päckchen packen" wird von den Kindern in der Körpertherapie sehr häufig gewünscht. Dabei scheint der enge Körperkontakt zur Therapeutin eine große Bedeutung zu haben. Die Kinder genießen dies sehr, wobei sie beim Lösen des Kontaktes auch Unbehagen signalisieren. Andere wiederum mögen das Auspacken gerne, weil sie sich über die Anerkennung und Wertschätzung der Therapeutin beim Auspacken des Päckchens freuen. Einige Kinder reagieren bei diesem Spiel aber auch mit Rückzug, da sie den Körperkontakt und die damit angebotene Nähe nicht gut aushalten können. Dies könnte ein Hinweis auf ein kränkendes Erlebnis sein, das in einer ähnlichen Situation stattgefunden hat.

Entspannungsverfahren

Bei vielen Patienten im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist der Einsatz von Entspannungsverfahren sinnvoll, wenngleich diese allein Lern- und Verhaltensprobleme nicht beheben können. Durch ein regelmäßiges und wiederholtes Durchführen eines gleichbleibenden Entspannungsrituals können nach Petermann (1996, S. 1) „bei Kindern motorische Unruhe, Anspannung und Erregung, Impulsivität sowie Konzentrationsschwierigkeiten abgebaut werden", sodass den Kindern kognitives und soziales Lernen oder emotionale Entwicklungsprozesse erleichtert werden können. Für einen wirkungsvollen Einsatz von Entspannungstechniken bei Kindern ist es wichtig, dass die Anforderungen an die Konzentration und Kognition den Fähigkeiten der Kinder entsprechen und dass das jeweilige Kind einen Zugang zur gewählten Entspannungsart finden kann. Petermann unterscheidet den kognitiven Wirkungszugang (z. B. autogenes Training, Meditation), den sensorischen Wirkungszugang (z. B. progressive Muskelrelaxation, Biofeedback, Körpermassage) und den imaginativen Wirkungszugang (z. B. Fantasiegeschichten). Insbesondere die imaginativen sowie die sensorischen Entspannungsverfahren sind für Kinder besonders geeignet, da sie der besonderen kindlichen Fähigkeit der bildhaften Vorstellung und dem Bedürfnis der Kinder nach Körpererfahrung entsprechen. Häufig wird in der Praxis das imaginative Entspannungsverfahren beispielsweise mit dem autogenen Training oder der progressiven Muskelrelaxation kombiniert eingesetzt. Wie oben beschrieben, können Entspannungsverfahren als unterstützende Maßnahme bei Aufmerksamkeitsstörungen, hyperkinetischen Störungen, Lern- und Sprachstörungen, Störung des Sozialverhaltens mit aggressivem Verhalten, Angststörungen und psychosomatischen Störungen indiziert sein. Sie sind kontraindiziert bei Patienten mit einer Psychose im akuten Stadium, dissoziativen Störungen, ausgeprägten depressiven Phasen und bei Patienten mit bestimmten somatischen Erkrankungen, wie z. B. massive Kreislaufschwäche mit extrem niedrigem Blutdruck oder durch einen angeborenen Herzfehler.

Autogenes Training

Das in den 20er-Jahren von dem Arzt Johannes H. Schultz in Berlin entwickelte autogene Training, auch konzentrative Selbstentspannung, Selbsthypnose oder Eigensuggestion genannt, kann bei entsprechender Weiterbildung in diesem Psychotherapieverfahren in die ergotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als Entspannungsverfahren einfließen. Für die Vermittlung des autogenen Trainings gilt ein Alter von acht bis zehn Jahren als Untergrenze, jedoch können Kinder bereits ab fünf Jahren hiermit vertraut gemacht werden, wenn der kognitive Wirkungszugang mit dem Imaginativen kombiniert wird.

Die Entspannungsübungen des autogenen Trainings werden bei Kindern also nicht ausschließlich durch die formelhaften Instruktionen („Mein rechter Arm ist schwer") vermittelt, sondern werden bildhaft in eine Geschichte eingebunden. Die Erzählungen über kleine Tiere, die als Identifikationsfiguren dienen, Abenteuerreisen mit Zauberfahrzeugen oder Unterwasserausflüge in den „Kapitän-Nemo-Geschichten" (Petermann 1996, S. 5), erleichtern und motivieren das Erlernen der Grundübungen des autogenen Trainings Ruhe, Schwere und Wärme und erhöhen ihren Effekt. Die Grundübungen reichen für die physiologische Umschaltung vom Zustand der Aktivität zum Ruhezustand aus. Darüber hinaus können auch die sogenannten Organübungen (Atemübung, Herzübung, Stirnübung) in die Entspannungsgeschichten einfließen. Auch die Einführung von Merksprüchen, entsprechend der Vorsatzbil-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

dung des autogenen Trainings für Erwachsene, kann ein bedeutendes Element im therapeutischen Einsatz des autogenen Trainings bei Kindern sein. Solche Merksprüche werden auch in speziellen Therapieprogrammen für Kinder im Rahmen eines Selbstinstruktionstrainings eingesetzt. Für Kinder können solche Merksprüche lauten:

- Mit Mut geht es gut (Friedrich u. Friebel 1993, S. 48).
- Angst geht vorbei, gute Gedanken werden frei.
- Zum einen Ohr rein, zum anderen Ohr raus, ich mach mir nichts daraus.
- Ist die Blase voll heut Nacht, macht mich mein Blasenwecker wach (Manteufel u. Seeger 1992, S. 170).

Die formelhaften Selbstinstruktionen und die Merksprüche werden zunächst in eine Geschichte eingebettet vermittelt, anschließend ausgekoppelt in Kurzform eingeübt. Durch ein regelmäßiges und häufiges Üben findet eine Kopplung zwischen den Worten, den Vorstellungsbildern und der körperlichen Reaktion statt, sodass die Kinder etwa ab sieben Jahren ein Werkzeug an die Hand bekommen, das sie befähigt, sich jederzeit zu entspannen und sich zu kontrollieren. Die Kinder können in der Anwendung des autogenen Trainings erleben, den meist angstbesetzten Stresssituationen besser gewachsen zu sein, und gewinnen hierdurch an Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und Selbstakzeptanz. Das autogene Training wird beispielsweise bei psychomotorischer Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen, Angststörungen, Lern- und Sprachstörungen, Stottern, psychosomatischen Störungen wie Schlafstörungen, Einnässen, Hautkrankheiten und Asthma erfolgreich eingesetzt. Eine Kontraindikation besteht bei Psychosen aufgrund der möglichen Auslösung körperbezogener Wahninhalte, bei stark hysterischen und hypochondrischen Neurosen.

Progressive Muskelrelaxation

Eine weitere für Kinder geeignete Entspannungstechnik ist die Technik der Muskelentspannung durch Muskelanspannung. „Durch die gezielte willkürliche Anspannung und die nachfolgende Lockerung von bestimmten Muskelpartien kommt es wegen des provozierten Kontrastes zu sofortigem und intensivem Entspannungsempfinden: Wärme-, Schwere- und Schläfrigkeitsgefühle stellen sich ein, die Glieder beginnen zu prickeln“ (Booth 1997, S. 11 f.). Der von Edmund Jacobson 1928 entwickelte Ansatz sollte ursprünglich zur Reduktion von Angst und der hieraus entstehenden Spannung und Muskelkontraktion eingesetzt werden. Die therapeutischen Anwendungsbereiche haben sich jedoch erweitert und entsprechen denen des autogenen Trainings, wobei die progressive Muskelrelaxation bei muskulären Verspannungen dem autogenen Training vorzuziehen ist. Darüber hinaus stärkt dieses sensorische Entspannungsverfahren die Körpereigenwahrnehmung der Kinder durch die intensiven Körperreize beim Muskeltonusaufbau. Es kann zur Verbesserung des Körperschemas, des Körperbegriffs und des Körperimagos beitragen. Die progressive Muskelrelaxation ist für Kinder ab vier Jahren zu erlernen und kann in vielen Alltagssituationen (z. B. im Klassenzimmer) selbst leicht durchgeführt werden. Diese Entspannungstechnik kann die Ergotherapeutin nach Aneignung in Einzel- oder Gruppentherapien einsetzen. Die Instruktionen, welche Muskelpartien wie und wie lange angespannt werden sollen, werden den Kindern auf spielerische Weise (z. B. in Reimform) vermittelt:

Praxisbeispiel: progressive Muskelrelaxation für Kinder

Susanne Wortelkamp

Die Kinder sitzen in der Droschkenkutscherhaltung im Halbkreis so, dass sie die Therapeutin von vorne gut beobachten können. Die Therapeutin spricht langsam und macht die in der Geschichte beschriebenen Anregungen zur Muskelanspannung, die einige Sekunden gehalten werden soll, und die anschließende Muskelentspannung vor.

Du bist in einem Dschungel und dichtes Grün umgibt dich überall. Du streifst durch das Gebüsch und hörst die wundersamen Geräusche aus den Wipfeln der Bäume. Plötzlich siehst du einen Tiger vor dir stehen und du *reißt die Augen auf*, auch die *Augenbrauen ziehst du rauf*. Er kommt ins Staunen über deinen Blick. Du zeigst ihm alle deine Zähne, indem du den *Mund öffnest* wie beim Gähnen.

Nun achtest du darauf und lässt wieder los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Doch nicht genug, jetzt *spitzt du deinen Mund* und *schaust grimmig* in die Rund. Siehe da, der Tiger läuft davon. *Du streckst* ihm noch *die Zunge raus*, denn du hast ihn verscheucht aus deinem Zuhaus.

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Doch wo kommen die Geräusche her? *Du machst deinen Hals ganz lang* und *wendest deinen Kopf* ganz weit, erst zur linken, dann zur rechten Seit', dann nach oben und nach unten, um das Rascheln auszuloten. Keine Ahnung, was war denn das, *du ziehst die Schultern hoch*, vielleicht ein runtergefallener kleiner Ast?

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Es duftet gut, du riechst und *atmest tief* ein und wieder aus. Nun machst du dir einen Spaß und *hältst den Atem an*, so lang, wie du es kannst. PFFFFFFHHH (Ausatmen). Jetzt geht's nicht mehr. Doch nicht genug, jetzt machst du deinen *Bauch ganz dick*, denn auch das ist manchmal schick. Schau dir die Gorilladame an, wie stolz sie ist auf ihren runden Mann.

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Jetzt machst du es mal umgekehrt und machst dich schmal, wie ein dünner Aal. *Du ziehst den Bauch* mal ganz doll *ein*, im Dickicht des Dschungels wird das wohl öfter nötig sein. Probier es noch mal und *halt die Hände drauf*, *auf deinen erst dicken und dann dünnen Bauch*.

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Dein Rücken nun, kann auch so manches Kunststück tun. Denk an die Katz und mach *deinen Rücken rund*, wie sie es tun, wenn es ihnen wird zu bunt.

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Doch wenn der Ärger ist verflogen, dann streckt die Katz' sich wie ein Bogen, *den Kopf nach hinten, den Rücken krumm*, jetzt nur mal andersherum.

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Doch hoppla, was kriecht denn da am Boden, eine Schlange, hab keine Bange! *Heb deine Zehen hoch*, die Ferse bleibt unten und warte, bis sie verschwunden.

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Doch die Schlange kehrt zurück und *deine Ferse macht eine Brück'*, die Zehenspitzen bleiben unten, bis die Schlange wieder verschwunden.

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Ist das spannend im Dschungel zu sein, nun *strecke mal richtig deine Bein', dabei die Füße mal hoch* (gebeugt), *die Füße mal runter* (gestreckt), das macht dich bestimmt frisch und munter.

Entspann dich jetzt und lasse los, deine Muskeln sind wieder weich wie das Moos.

Spiel und Spieltherapie

Auf die Bedeutung des Spiels für die ausdruckszentrierte und interaktionelle Methode in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ergotherapie wurde in den entsprechenden Kapiteln schon hingewiesen. Die große Bedeutung des Spiels für die geistige, emotionale und soziale Entwicklung des Kindes kann in diesem Kapitel nur betont, jedoch aufgrund des Umfanges nicht im Detail erläutert werden. Grundlegend sei hier nur an die vier verschiedenen Formen des Spiels erinnert:

- Als *Funktionsspiele* werden die Spiele bezeichnet, die ein Kind aus Freude an der Bewegung und an den zufällig entstehenden Veränderungen ausführt.
- Das *Rollenspiel/Fantasiespiel*, auch Symbol-, Imitations-, Imaginations-, Illusions- oder Fiktionsspiel genannt, ist nach Schenk-Danzinger (1995, S. 175) charakterisiert durch „die ‚Als-ob-Einstellung', die willkürliche Symbolsetzung oder Umdeutung (Metamorphose von Gegenständen), die Verlebendigung von Leblosem (Anthropomorphismus), die fiktive Verwandlung von Personen (Rollen) und die Nachahmung von Handlungen und Handlungsabläufen".
- Das *werkschaffende Spiel* ist dadurch gekennzeichnet, dass ein zuvor gefasster Plan mit Benennung des Endergebnisses umgesetzt wird und das Endergebnis an charakteristischen Merkmalen erkennbar ist.
- Das *Regelspiel* enthält das Element des Wettbewerbs und des Abwechselns der Partner im Spiel (Schenk-Danzinger 1995).

Der Einsatz des Spiels als therapeutisches Medium ist sehr vielfältig und wird in Anlehnung an die verschiedenen Therapieformen nach S. Freud, C.G. Jung und C. Rogers und anderen unterschiedlich angewendet und beleuchtet. Dieses Kapitel beschränkt sich auf die Darstellung der *nichtdirektiven (klientenzentrierten) Spieltherapie*, die auf den Grundprinzipien der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (GT) nach C. Rogers von seiner Schülerin, der Kinderpsychotherapeutin V. Axline, Ende der 40er-Jahre entwickelt und von S. Schmidtchen erweitert wurde. Auf der Grundlage einer warmen, freundlichen Beziehung der Therapeutin zum Kind und der bedingungsfreien Akzeptanz seiner Person soll in einer Atmosphäre des Gewährenlassens dem Kind die Möglichkeit gegeben werden, sich frei im Spiel auszudrücken und sich mit seinen Schwierigkeiten auseinanderzusetzen. Axline (1997) sieht auch im Kind ein Individuum, das in sich selbst die Fähigkeit hat, seine Probleme zu lösen. Das Spiel bietet dem Kind die Möglichkeit der Informationsübertragung und Erlebnisgestaltung, indem es der Therapeutin oder den Spielpartnern Gefühle, Erlebnisse, Gedanken und Fantasien im spielerischen Ausdruck mitteilt.

Darüber hinaus kann das Kind das Spiel als Mittel der Selbstkommunikation (Selbstexploration) und Selbstheilung verwenden, indem es unangenehme Erfahrungen im Spiel nacherlebt, Gefühle dabei ak-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tualisiert und verarbeitet und Problemlösungen entwickelt.

Wichtige *heilungsfördernde Merkmale* des Spiels in der klientenzentrierten Spieltherapie sind nach Schmidtchen (1991):

- Die eigenständige und eigenverantwortliche Wahl der Spielinhalte, deren Verlauf und Spannungsregulation (was wie mit wem und wie lange gespielt wird).
- Die intrinsische Motivation und Spontaneität der spielerischen Aktionen, die selbst entdeckendes Lernen ermöglichen.
- Die anregende Spielstimmung, in der Gefühle offener gezeigt werden, ein aufmerksames Interesse besteht und in der unangenehme Gefühle eher angenommen werden können. In diesem Klima können alte Erfahrungen nacherlebt und verarbeitet werden.
- Die Nachbildung innerer und äußerer Konflikte bevorzugt in Fantasiespielen, um ein inneres Bedürfnis zu befriedigen und Problemlösungen zu entwickeln und zu erproben.

Dem Kind wird zu Beginn der Therapie erklärt, dass es in der Spieltherapie lernen soll, Schwierigkeiten zu überwinden und Probleme zu lösen. Es soll versuchen, diese im Gespräch mit der Therapeutin zu benennen, und wird von dieser ermuntert, nie gedrängt, problematische Situationen zu spielen und auszuprobieren, wie es Probleme lösen kann. Wenn sich beim Kind kein Selbstheilungsverhalten im Spiel entwickelt, reduziert sich nach Schmidtchen die Spieltherapie „zu einer ‚Spielstunde' mit überwiegend entspannender psychohygienischer Funktion" (Schmidtchen 1991, S. 113). Erforderlich werde dann eine Schwerpunktsetzung in Richtung Familientherapie, deren Bedeutung er ohnehin in Ergänzung zur Kindesbehandlung betont. Die Atmosphäre des Gewährenlassens ist nicht gleichzusetzen mit einer Laissez-faire-Haltung. Die Therapeutin gibt zu Beginn der Spieltherapie Spielregeln bekannt, die einerseits dem Kind sein Recht auf Selbstbestimmung in der spielerischen Gestaltung, andererseits auch klare Grenzen im zwischenmenschlichen Verhalten oder Umgang mit Spielmaterialien deutlich machen sollen. Extrem affektgesteuerte Handlungen können therapeutisch in symbolische Ausdrucksformen umgewandelt werden. Die Grenzsetzung kann in der Einzeltherapie individueller als in der Gruppentherapie gehandhabt werden. Das Therapeutenverhalten ist insgesamt durch Zurückhaltung gekennzeichnet. Das Kind kann die Therapeutin auffordern mitzuspielen, sodass diese als Mitspielerin Interventionen auf der Spielebene vollzieht. Hierbei kann sie im „Als-ob-Rahmen" der Spielwirklichkeit Hilfen geben, problematische Spielsituationen besser zu bewältigen.

Darüber hinaus finden Interventionen auf der Realitätsebene statt, wenn die Therapeutin „bewusst machend den ‚Als-ob-Rahmen' der Spieltätigkeit verlässt und stattdessen die realen Lebensbedingungen anspricht" (Schmidtchen 1991, S. 115). Die Therapeutin versucht die Gefühle, die in der spielerischen Aktivität verbal oder nonverbal zum Ausdruck kommen, zu ergründen und in annehmender Weise in einer einfachen, kindgerechten Sprache zu verdeutlichen, zu spiegeln (einfühlendes Verstehen). Sie ist Sprachrohr für die innere Welt des Kindes. Dabei bleibt jedoch vorrangiges Ziel der klientenzentrierten Spieltherapie, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, erstens durch die Förderung eines allgemeinen seelisch-geistigen Wachstums- bzw. Entwicklungsverhaltens und zweitens durch die Förderung von Störungsbewältigungsverhaltens.

Eine *Indikation* für die klientenzentrierte Spieltherapie besteht vor allem bei Kindern im Alter von etwa 5–11 Jahren mit:

- akuten Belastungs- und Anpassungsreaktionen
- spezifischen emotionalen Störungen mit Angst, Hemmung und Beziehungsschwierigkeiten
- neurotischen Störungen
- Entwicklungsstörungen und psychogenen Lern- und Leistungsstörungen.

Eine *Kontraindikation* besteht bei geringem Selbstbeobachtungsvermögen, anhaltendem impulsiven Verhalten und Intelligenzminderung.

Sie kann als *Einzeltherapie*, insbesondere bei entwicklungsverzögerten, ängstlichen, aggressiven oder übererregten Kindern durchgeführt werden oder als *Gruppentherapie* mit 3–5 Kindern, in der die Entwicklung sozialer Erfahrungen im Vordergrund steht. Insbesondere für die Gruppentherapie sollte eine gewisse Selbstregulierungsfähigkeit der Kinder vorhanden sein. Das Alter bzw. der Entwicklungsstand des Kindes beeinflusst die Zielsetzung und die therapeutische Intervention, da z. B. für das Lernen von Problemlösungsverhalten bestimmte geistige Fähigkeiten entwickelt sein müssen. Bei jüngeren Kindern kann die Spieltherapie eher die sensomotorische und sozial-emotionale Entwicklung fördern (Schmidtchen 1991).

Die *Ausstattung eines Spieltherapiezimmers* kann wie folgt aussehen: Sandkiste, Wasseranschluss, Tische zum Spielen, Malen, Kneten und Formen, Werkecke mit Hammer und Nägeln, Kochecke, Puppenspielzeug wie Babypuppen mit Kinderbett, Kleidung, Nuckelflasche, Plüschtiere, Handpuppen, Kasper-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

theater, Kaufmannsladen, Kleiderkiste, Decken, Schaumstoffelemente, Bauklötze, Rhythmus- und Musikinstrumente, Pistolen zum Spielen aggressiver Spiele, weiche Bälle, ein Gefährt, Spielzeugautos, ein Spielzeughaus, Schränke, Kommoden und vieles mehr.

Kunst- und Gestaltungstherapie

Sowohl die tiefenpsychologisch orientierte Gestaltungstherapie (dynamically oriented art therapy nach Margret Naumburg 1966) als auch die Kunsttherapie (art therapy), die im Gestaltungsprozess selbst die heilende Wirkung sieht, können insbesondere in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen fruchtbar sein. Kinder und selbst Jugendliche drücken im Allgemeinen wesentlich spontaner als Erwachsene Gefühle, Gedanken, Fantasien und Träume in kreativen Gestaltungen aus. Selbst ganz junge Kinder stellen häufig schon unbewusst ihre Lebenssituation, ihre verborgenen Gefühle und Gedanken spontan in einfachen Bildgestaltungen dar. Sie erzählen unmittelbar oder aufgefordert Geschichten zu ihren Bildern, eröffnen dem Zuhörer einen Einblick in ihre Sichtweise und in ihre eigene individuelle Symbolik. Sie deuten und interpretieren also selbst. Diese Fähigkeit der Kinder können auch tiefenpsychologisch ungeschulte Ergotherapeuten nutzen, um die innere und äußere Welt des Kindes kennenzulernen, seine Verhaltensweisen besser zu verstehen und es mit diesen Erkenntnissen therapeutisch zu begleiten. Wertvoll ist auch die wiederholte Betrachtungsmöglichkeit der Gestaltungen. Sie können nicht in Vergessenheit geraten oder verändert werden, sodass die Therapeutin im Verlauf des therapeutischen Prozesses durch die wiederholte Betrachtung mit dem Kind eher einen Bezug herstellen kann als zu rein verbalen Therapieinhalten.

Darüber hinaus kann die Ergotherapeutin mit einer Zusatzausbildung als Kunst- und Gestaltungstherapeutin die entstandenen Werke nach verschiedenen theoretischen Ansätzen interpretieren, so z. B. nach denen von S. Freud oder C. G. Jung.

Die tiefenpsychologischen Interpretationen und Deutungen der Therapeutin können vor allem für die weitere Planung des Therapieprozesses hilfreich sein. Zum anderen kann die geschulte Therapeutin unbewusste oder vorbewusste Inhalte der Gestaltung für das Kind in Sprache ausdrücken und anbieten. Hierbei muss sie insbesondere abwägen, ob es für das Kind der richtige Zeitpunkt ist, die Projektionen des Innenlebens anzusprechen und bewusst zu machen.

Für die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit sei an dieser Stelle auf die Bedeutung der Familientherapie in Verbindung mit Kunst- und Gestaltungstherapie hingewiesen. Aus familientherapeutischer Sicht wird ein emotional- oder verhaltensgestörtes Kind als Teil eines dysfunktionalen Familiensystems betrachtet und die Veränderung des ganzen Systems steht im Vordergrund der Behandlung. In der Verbindung mit Kunst- und Gestaltungstherapie dient die künstlerische Gestaltungsaufgabe als angewandte psychotherapeutische Technik im Prozess zur Diagnostik von Verhaltensweisen, Kommunikations- und Interaktionsmustern der Familie. Die Gestaltung lässt unbewusste und bewusste Kommunikation der Familie erkennen und das Ergebnis stellt eine dauerhafte Dokumentation der Gruppendynamik dar. Die Therapeutin stellt häufig gezielte Gestaltungsaufgaben an die Familie, um z. B. die Wahrnehmung auf unangemessene Rollen oder Verhaltensweisen zu lenken oder um neue Rollen und Kommunikationsstile zu erproben. Das gemeinsame gestalterische Schaffen und das Erforschen und Reflektieren dieses Prozesses mit der Therapeutin ermöglichen durch das unmittelbare anschauliche Geschehen mehr Verständnis und Kommunikation. Dadurch können Beziehungen der Familienmitglieder zueinander verbessert und Ressourcen geweckt werden (Landgarten 1991).

Fallbeispiele

Fallbeispiel: Tobias, der nicht mehr reden wollte

Tobias, 11 Jahre alt, wird nach ambulanter Vorstellung aufgrund eines zunehmenden Rückzugs, anhaltender Sprechhemmung und mehrfacher Schulverweigerung seit dem Wechsel auf das Gymnasium in die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik aufgenommen.

Familienanamnese: Die alleinerziehende Mutter berichtet, dass sie die mittlere Reife habe und sie bis vor fünf Jahren im Personalwesen einer größeren Firma tätig gewesen sei. Diese Berufstätigkeit habe sie aufgrund einer reaktiven Depression in Zusammenhang mit ihrer Beziehungsproblematik aufgeben müssen. Sie sei seitdem als Bedienung in der Gastronomie tätig und arbeite viel am Wochenende. Die Ehe mit dem Vater ihrer Kinder sei vor der Geburt des ersten Kindes Michael geschlossen worden. Der Vater habe sie aber bereits während der zweiten Schwangerschaft mit Tobias verlassen und sei nach der Geburt zurückgekehrt. Die Beziehungsproblematik habe weiterhin bestanden. Der Vater habe aber trotz Ehescheidung vor sieben Jahren weiterhin in der Familie gelebt, bis sie sich vor einem Jahr endgültig wegen seiner Liebschaft zu einer anderen Frau von ihm getrennt habe. Da sie noch sehr an ihrem Exmann gehangen habe, hätte

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

sie bisher noch keine neue Beziehung aufbauen können. Der Vater, ebenfalls mittlerer Bildungsabschluss, habe ihr umfangreiche Schulden durch den Konkurs seines Geschäftes hinterlassen und keinen Unterhalt gezahlt. Sie leide unter erheblichen Existenzängsten und fühle sich sehr allein. Deshalb plane sie kurz nach Tobias' Entlassung aus der Tagesklinik einen Umzug zu ihrem Bruder nach Ostdeutschland, zu dem sie eine sehr enge Beziehung habe. Dieser Umzug sei ihre ganze Hoffnung, auch wenn es für alle Familienmitglieder einen massiven Einschnitt bedeutet. Die beiden Söhne hätten den Kontakt zu ihrem Vater abgebrochen, zu den Großeltern väterlicherseits bestünde noch ein guter Kontakt. Jetzt lebe sie mit ihrem 15-jährigen Sohn Michael, der ebenfalls ein ruhiger schüchterner Junge mit wenig Freunden und Leistungsproblemen auf dem Gymnasium sei, und Tobias in einer neuen Wohnung.

Eigenanamnese: Die Mutter berichtet, dass die Schwangerschaft durch frühzeitige Wehen und durch die Trennung vom Vater des Kindes belastet gewesen sei. Die Geburt sei zeitgerecht und spontan erfolgt. Zum Stillen habe sie zu wenig Muttermilch gehabt. Als Säugling und Kleinkind sei Tobias „sehr pflegeleicht" gewesen, freies Laufen entwickelte sich mit ca. 12 Monaten, die Sauberkeitsentwicklung sei mit ca. 3 Jahren abgeschlossen gewesen. Die Sprachentwicklung sei verzögert verlaufen. Außerdem habe er im Vorschulalter einen „Hang zum Perfektionismus" entwickelt und bei Frustration mit Wutausbrüchen reagiert. Den Kindergarten habe Tobias gerne besucht und auch der Schulbesuch habe ihm Spaß gemacht. Er sei aber von Anfang an sehr still gewesen, habe aber auch dort impulsiv bis aggressiv auf Kritik reagiert. Die ihm sehr zugewandte Klassenlehrerin habe den Wechsel auf das Gymnasium trotz seiner mangelnden mündlichen Mitarbeit empfohlen, da dies seiner Begabung entspreche und sie auf einen Entwicklungsschub hoffe. Seit der endgültigen Trennung der Eltern vor einem Jahr habe sich Tobias in der Schule zunehmend verschlossen, dann sei der Umzug innerhalb der Stadt erfolgt, wodurch Tobias noch keine neuen Freunde habe. Er treibe sich in seiner Freizeit meist allein herum und fahre Rad. Schließlich sei der Wechsel zum Gymnasium erfolgt, wo er bisher kaum ein Wort gesprochen und häufiger auch geweint habe. Je mehr sich Lehrer, Mitschüler und die Familienmitglieder um ihn gekümmert hätten, desto mehr habe er sich zurückgezogen. Zuletzt habe er den Schulbesuch verweigert und sei auch nicht mehr in seinen Schwimmverein gegangen. Der weitere Verbleib auf dem Gymnasium sei durch sein Nichtsprechen infrage gestellt. In der Familie wirke er nicht bedrückt oder traurig. Er sammle alle möglichen Dinge und beschäftige sich in ungewöhnlicher Weise mit Fahrplänen und Straßenbahnlinien. Die häuslichen Regeln halte er zuverlässig ein.

Diagnosen: vorläufig Dysthymia (F34.1, neurotische Depression) mit depressiven Stimmungsschwankungen, Kontaktproblemen, Mutismus und sekundären Schulleistungsproblemen

Zur Entlassung elektiver Mutismus (F94.0) mit sozialer Ängstlichkeit und Unsicherheit bei durchschnittlicher Intelligenz, Sprachentwicklungsrückstand und abnormen psychosozialen Umständen.

Medikation: nach vierwöchiger tagesklinischer Behandlung Beginn der Behandlung mit einem Antidepressivum.

Allgemeiner Befund: Wach-EEG, EKG, Blutuntersuchung und körperliche Untersuchung sind unauffällig. Die Intelligenzdiagnostik ergibt eine durchschnittliche nonverbale Grundintelligenz (SPM, IQ 98), das Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB-Horn) ergibt einen Gesamt-IQ von 104, entsprechend einer gut durchschnittlichen Intelligenz. Der Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET) ergibt auch bei der Zugrundelegung der Normen für 9-jährige Kinder deutlich unterdurchschnittliche Leistungen im Sinne einer expressiven Sprachstörung. Das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) ist auffällig. Der Körper-Koordinationstest für Kinder (KTK) ergibt einen Motorischen Quotienten MQ(n) von 92 (s. a. Abkürzungsverzeichnis S. XVf.).

Behandlungsbeginn: Zuerst hat Tobias große Schwellenängste und entweicht seiner Mutter beim Bringen mehrfach, um die Tagesklinik nicht zu betreten. Dies gelingt ihm erst, als eine stationäre Behandlung geplant wird. Er spricht zunächst kein Wort, meidet den Blickkontakt bei Ansprache und versucht geschickt, Wünsche und Bedürfnisse durch Mimik und Gestik erfüllt zu bekommen. In den folgenden Tagen wird er im Kontakt zugänglicher und spricht leise einzelne Worte. Nach mehrfachen Versuchen schafft er es nach zwei Wochen Behandlung, allein zur Klinik zu kommen.

Ergotherapeutischer Befund: Beim ersten Kontakt meidet Tobias den Blickkontakt und stellt sich nicht vor. Er ist etwa 1,50 m groß, schlank, hat kurzes Haar, trägt saubere altersgerechte Kleidung und zeigt insgesamt eine gepflegte Erscheinung. Seine Körperhaltung ist meist gekennzeichnet durch einen geneigten Kopf bei rundem Rücken und meist schlaff hinunterhängenden Armen. In den ersten Ergotherapiestunden beobachtet er mit aufmerksamen ängstlichen Blicken die anderen Patienten und ist sehr bemüht, sich bei nonverbalen Therapieinhalten (z. B. beim Aufbau und Ausprobieren eines Bewegungsparcours) zu beteiligen. Er reagiert empfindsam auf Kritik von Mitpatienten, weint schnell oder zieht sich zurück. Beim Ausprobieren des Bewegungsparcours ist Tobias jedoch aktiv beteiligt und hält sich an die vereinbarten Regeln. Er zeigt keine Defizite in der Gleichgewichtsregulation, der motorischen Planung, der Bilateralkoordination und der Auge-Hand-Koordination. In den

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Nachbesprechungen wirkt er sehr angespannt, nestelt am Pullover und errötet, als er zu einer Rückmeldung zur Therapiestunde aufgefordert wird. Wenn er sich zum Verlauf der Therapiestunden äußert, spricht er nur einzelne leise Worte, wobei die Ergotherapeutin ihm verschiedene kurze Antwortmöglichkeiten in der Frage vorformuliert. In einer der ersten Therapiestunden stellt Tobias auf Bitte der Ergotherapeutin sich, seine Familie, seine Hobbys und den Grund für die tagesklinische Aufnahme in einem Bild dar. Er malt still und sehr detailliert eine menschenleere Zeichnung, die eine Art Straßenkarte darstellt mit „seiner Straße und ihrer Umgebung", daneben finden sich ein Computer und ein Landkartenausschnitt, der nach seinen Angaben für einen Baliurlaub stehe. Tobias bejaht bei Nachfrage den Wunsch, lieber in einer Einzeltherapie über das Bild zu sprechen, und presst in der Nachbesprechung zur Therapiestunde seinen ersten Satz in der Ergotherapie heraus: „War schon in Ordnung." In der darauffolgenden Einzeltherapie zeigt sich Tobias in der Lage, flüssig in einfachen Sätzen differenziert artikuliert zu sprechen, indem er sein Bild vorstellt. Spontan erzählt er nichts von sich, sondern berichtet über seine Mutter, ihren früheren und jetzigen Beruf und ihren Wunsch, in ihren alten Beruf zurückzukehren, von seinem älteren Bruder, mit dem er sich gut verstehe, und von seinem „lieben Onkel" (mütterlicherseits), der den gemeinsamen Urlaub finanziert habe und zu dem die Familie hoffentlich bald ziehen werde. Als ich nach dem Vater frage, verfällt er für zwei Minuten in tiefes Schweigen. Schließlich erzählt er, dass der Vater seit dem Tag X letzten Jahres nicht mehr zu Hause sei und er das nicht schade fände, ohne dies zu begründen. Unmittelbar darauf äußert er erregt, dass sein Vater auch nicht mehr ans Telefon ginge, das hätten seine Mutter und sein Bruder mehrfach versucht. Zu Hause sei aber alles okay, in der Tagesklinik sei er nur, weil er in der Schule nicht rede.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Tobias insbesondere in Gruppensituationen Hemmungen zeigt zu sprechen, bei depressiver Stimmungslage, geringem Selbstwertgefühl, sozialer Unsicherheit und Ängstlichkeit. Es wird deutlich, dass die Beziehung zum Vater eine wichtige Rolle für sein emotionales Befinden und seine Sprechhemmung spielt. Im Team ist Tobias insbesondere im Kontakt mit männlichen Autoritätspersonen und in verbalen und schulischen Anforderungssituationen mutistisch. Es gibt keine Hinweise auf einen motorischen Entwicklungsrückstand oder eine Hörstörung.

Allgemeines Richtziel: Als Richtziel der Behandlung wird der regelmäßige Schulbesuch mit aktiver verbaler Beteiligung und einer emotionalen Stabilisierung angestrebt. Hierfür wird mit Tobias vereinbart, dass er in Gesprächen das Lautsprechen in ganzen Sätzen und den Blickkontakt üben soll. Ein nonverbales Zeichen der Mitarbeiter soll ihn unauffällig in Gruppensituationen an diese Vereinbarung erinnern. In der Schule soll er sich zweimal je mündlicher Unterrichtseinheit melden. Bei Umsetzung der vereinbarten Ziele wird Tobias lobend verstärkt und innerhalb des verhaltenstherapeutischen Verstärkersystems der Tagesklinik individuell zusätzlich belohnt. Alle Kinder werden für das Ausführen von Diensten, für die Einhaltung der Regeln, für das Erledigen der Hausaufgaben und für die Mitarbeit in den Therapien durch ein Punktesystem verstärkt. Die gesammelten Punkte können sie gegen gewünschte materielle Belohnungen (z. B. Spiele, CD) eintauschen.

Ergotherapeutische Zielsetzung und Verlauf: In der Ergotherapie soll die vertrauensvolle therapeutische Beziehung weiter ausgebaut werden, damit Tobias zunächst durch nonverbale Gestaltungen seine Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche wahrnehmen und ausdrücken kann, um sie dann verbalisieren zu können. Darüber hinaus soll er seine Kompetenzen wahrnehmen und zu einem positiveren Selbstbild und gestärkten Selbstvertrauen finden. In der Gruppe soll er lernen, auch verbal Kontakt aufzunehmen und andere Problemlösungsstrategien auszuprobieren. In den folgenden kompetenzzentrierten Einzelarbeiten in der Gruppe formt Tobias auf Wunsch eine große Vase aus Ton. Mit wenig Unterstützung baut er das Gefäß mit Stegtechnik auf. Als ich ihn lobend auf seine Geschicklichkeit und Selbstständigkeit aufmerksam mache, reagiert er verschämt. Im Verlauf der Ergotherapiestunden wirkt er beim Töpfern zunehmend entspannter und beteiligt sich immer mehr am Gruppengespräch. Daraufhin bitte ich ihn, den neuen Patienten die Stegtechnik zu erklären und ihnen, wenn nötig, bei der Umsetzung zu helfen. In der lockeren Atmosphäre des gemeinsamen Schaffens und dem Erleben selbst erwirkter Erfolge, gelingt es ihm, zwar angespannt und mit leiser Stimme, die neuen Kinder in diese Technik einzuweisen. Durch wiederholte Übung wird er hierbei immer sicherer, sodass er später neuen Patienten ohne Hemmung auch die allgemeinen Inhalte der Ergotherapie erklärt.

In der zweiten ausdruckszentrierten Einzelarbeit in der Gruppe gestalten die vier Patienten Fantasiegestalten aus Ton. Tobias formt ein menschenähnliches Gesicht mit vorgewölbten Augen, großen Ohren und einer herausstehenden Unterlippe **(Abb. 5.9)**.

In der Reflexion beantwortet er die Frage nach den Eigenschaften seiner Fantasiegestalt mit: „Das ist ein Lieber." In der folgenden interaktionellen Gruppenarbeit ist Tobias beim „Bilderrücken" (die eigens begonnenen Bilder werden immer nach einer bestimmten Zeit weitergereicht, sodass jedes Gruppenmitglied alle Bilder ergänzt) sehr bemüht, die Bilder

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

der anderen angemessen zu ergänzen. Bei einem die Situation beherrschenden Streitgespräch zweier Patienten sagt er kein Wort, auch in der Nachbesprechung hält er sich aus dem Konflikt heraus und schweigt. Er beobachtet aber genau die Verhaltensweisen der Kinder und meinen Umgang damit. In der dritten ausdruckszentrierten Einzelarbeit in der Gruppe (6. Behandlungswoche) gestalten fünf Kinder (9–12 Jahre) zum Thema Gefühle ihren eigenen „Gefühlskuchen". Zunächst schreiben die Kinder alle Gefühle, die ihnen einfallen, auf Kärtchen und tragen diese in der Gruppe zusammen. Anschließend gestaltet jedes Kind im Stillen für sich seinen Gefühlskuchen. Spontan teilt Tobias seinen zu zwei Dritteln mit „schlecht draufsein" und einem Drittel mit „Wut" ein. Nach einer verwunderten Reaktion eines Mitpatienten über diese Einteilung verändert Tobias seine Gefühlsaufteilung im Kuchen, sodass die vorher Genannten jeweils nur noch ein Viertel ausmachen und andere Gefühle hinzutreten **(Abb. 5.10)**.

Abb. 5.9 Ausdruckszentrierte Einzelarbeit in der Gruppe: „Fantasiegestalten aus Ton" (Farbtafel VI).

In der Nachbesprechung zögert Tobias, etwas zu seinem Bild zu sagen. Nachdem alle anderen Patienten sich getraut hatten, ihre Gefühlskuchen vorzustellen, liest er flüchtig, aber angespannt mit rotem Kopf folgende Gefühle vor: „Schlecht draufsein, Wut, Freude, Spaß haben." Ich frage ihn, auf wen er Wut habe. Er antwortet erregt: „Auf meinen Papa", faltet sein Blatt sofort und legt es in sein Fach. Im darauffolgenden Einzelkontakt macht Tobias deutlich, dass er nicht weiter über sein Verhältnis zu seinem Vater sprechen oder etwas dazu gestalten möchte. In den Gesprächstherapien mit dem behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater drückte er von Beginn an diese abwehrende Haltung aus. Darüber hinaus wird bei einem Hausbesuch deutlich, wie präsent der Vater

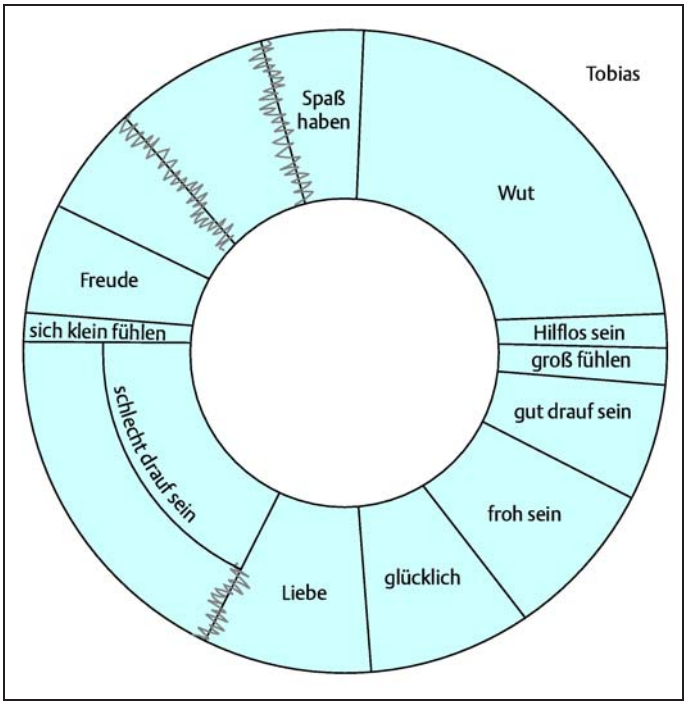

Abb. 5.10 Ausdruckszentrierte Einzelarbeit in der Gruppe: „Mein Gefühlskuchen".

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

durch zahlreiche Bilder in der neuen Wohnung noch ist und wie wenig die stille und in sich gekehrte Mutter die Trennung überwunden hat. Dies lässt vermuten, dass Tobias aus Rücksicht auf die Mutter (Loyalitätskonflikt) und dem eigenen und familiären labilen Gleichgewicht bei der lang anhaltenden Beziehungsproblematik der Eltern die Themen Vater und Wut wieder abwehrt. Trotzdem wird im weiteren Verlauf der Ergotherapie und im Stationsalltag deutlich, dass sich Tobias mit diesen Themen auseinandersetzt. Einerseits spricht er im lockeren Gespräch mit anderen Patienten über seinen Vater, andererseits testet er gemeinsam mit Mitpatienten zunehmend Grenzen aus. In der Kontaktgestaltung zu Gleichaltrigen und insbesondere zu Jüngeren wird Tobias immer aktiver, gesprächiger, humorvoller und konfliktfähiger und äußert der Ergotherapeutin gegenüber zunehmend seine Wünsche in Bezug auf die Therapieinhalte, auf die sie eingeht. Zunächst glasiert er seine Tonarbeiten, anschließend baut er für seine Hasen ein Haus aus Holz und wünscht sich für die „Gruppenstunden" bewegungsorientierte (z. B. Rollbrettparcours, Hängematte, Bällebad) und entspannungsorientierte Inhalte (imaginative Verfahren) im SI-Raum. Angesichts der anstehenden Vorbereitung auf die Entlassung ist eine Ich-stützende kompetenz- und interaktionszentrierte Methodik gegenüber ausdruckszentrierten Inhalten nun vorrangig zur Erreichung der primären Ziele der Wiedereingliederung in den Schulalltag und der emotionalen Stabilität. Schulisch wird aufgrund des Sprachentwicklungsrückstandes und der mutistischen Symptomatik eine Umschulung auf die Sprachheilschule eingeleitet, sodass Tobias die letzten zwei Behandlungswochen im Sinne einer Belastungserprobung und Eingewöhnung extern in die Schule geht. Die ersten Tage zeigt Tobias die bekannten Schwellenängste in neuen Situationen und geht am zweiten Tag nicht zur Schule, sodass er zunächst gebracht werden muss. Die letzte Woche fährt er selbstständig hin. Es wird deutlich, dass Tobias in neuen Situationen, bei schulischen Anforderungen und in Konfliktsituationen mit männlichen Erwachsenen noch zeitweise in seine alten Verhaltensmuster mit Rückzug und schweigender Verweigerung verfällt. Jedoch ist er im vertrauten tagesklinischen Rahmen die letzten drei Behandlungswochen sogar in der Lage, als gewählter Präsident die wöchentliche Kinderkonferenz zu leiten.

Nachsorge: Mutter und Kind werden von der Sozialarbeiterin über die Möglichkeit von Jugendhilfemaßnahmen informiert und ihnen wird zur Förderung der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeiten Tobias' Teilnahme an einer sozialen Gruppenarbeit vorgeschlagen. Sie willigen einer Kontaktaufnahme und Berichterstattung in diesem Sinne zum Jugendamt ein. In seiner Freizeit soll er wieder seinen Schwimmverein besuchen. Der Mutter werden bei erneuten Schwierigkeiten in der Schule oder in Bezug auf die Medikation ambulante Gespräche mit dem behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater angeboten. Der Hausarzt erhält einen umfangreichen Behandlungsbericht mit der Empfehlung der vorübergehenden Fortführung der Medikation, da das Antidepressivum insgesamt eine sehr gute Wirkung auf Antrieb, Sprachproduktion und emotionale Stabilität gezeigt hat.

Fallbeispiel: Dennis, „Was wisst ihr schon, wie es in meiner Seele aussieht?"

Aufnahmeanlass und aktuelle Problematik: Der 12-jährige Dennis kommt gemeinsam mit einem Betreuer seiner Wohngruppe zur stationären Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dennis verhalte sich zunehmend aggressiv, was sich im Zerstören von Gegenständen und Möbeln sowie durch Angriffe auf andere Kinder äußere. Die Anlässe für solche Impulsdurchbrüche seien oft nichtig, Dennis sei dann völlig ungesteuert und habe sich nicht mehr unter Kontrolle. Auch gegenüber den Mitarbeitern in der Wohngruppe werde Dennis zunehmend handgreiflich. In der Schule für Erziehungshilfe wird er zurzeit einzeln unterrichtet.

Eigen- und Familienanamnese: Aufgrund der komplizierten und konfliktreichen Familiengeschichte liegen keine Angaben über Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung vor. Bekannt ist, dass der Vater von Dennis Alkoholiker ist und Mutter und Kinder geschlagen hat. Mit zwei Jahren ist Dennis in ein Kinderheim gekommen und von dort mit vier Jahren in eine Pflegefamilie; dort lebte er sieben Jahre, bevor er dann mit elf Jahren in die aktuelle Wohngruppe kam.

Seit der ersten Klasse besucht Dennis eine Schule für Erziehungshilfe. Hier werden ebenso aggressives Verhalten, große Leistungsdefizite und Kontaktstörungen zu Schülern und Lehrern beschrieben. In der Wohngruppe hat Dennis auch nur oberflächliche Kontakte zu den anderen Kindern. Intensiv und liebevoll kümmert er sich jedoch um seine beiden Schildkröten. Auf die Frage nach Hobbys und Interessen gibt er Fußball, Werken und Actionfilme an. Seit Dennis in der Wohngruppe ist, hat er regelmäßigen Kontakt zu einer niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterin, die die stationäre Aufnahme veranlasst hat.

Einweisungsdiagnose: Störung des Sozialverhaltens mit fremd gefährdendem Verhalten bei frühkindlich traumatisiertem Kind mit schwerer Störung der Persönlichkeitsentwicklung.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Allgemeiner Befund und Verlauf: Dennis ist ca. 150 cm groß und wiegt 57 Kilo, seine Kleidung ist altersentsprechend und gepflegt. Er ist ständig in Bewegung und kaum in der Lage, sich auf unterschiedliche Aktivitäten zu konzentrieren. Dennis wirkt oft sehr getrieben, unausgeglichen und unterschwellig angespannt. In Anforderungssituationen reagiert Dennis verbal provozierend bis zu hin zu aggressiven Impulsdurchbrüchen (Attacken gegen Wände, Türen, Mobiliar); er erscheint in diesen Situationen völlig steuerungsunfähig. Neben seinem aggressiven Verhalten zeigt sich Dennis schnell weinerlich und kleinkindhaft, besonders dann, wenn seine Wünsche nicht erfüllt werden.

Seine Gedankengänge sind oft konfus und unstrukturiert, er scheint in seinen Gedanken zu springen. Er reagiert stark auf Umgebungsreize, ist sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert. Dennis zeigt eine große Ängstlichkeit vor älteren Jugendlichen und hat im Vorfeld Angst, die Klinikschule zu besuchen. In Auseinandersetzungen mit den Erziehern zeigt Dennis deutlich seine Angst davor, geschlagen zu werden. So kann er es beispielsweise nicht ertragen, wenn jemand hinter seinem Rücken steht. Auf der anderen Seite sucht er gegenüber Erwachsenen Zuwendung und Ansprache und zeigt ein großes Bedürfnis nach Wärme und Sicherheit.

Dennis beschreibt im Gespräch klar, wie häufig er schon Beziehungsabbrüche erlebt hat. Hier scheint er einen hohen Leidensdruck zu haben; er äußert immer wieder, dass er in seine Wohngruppe zurückmöchte: „Was wisst ihr schon, wie es in meiner Seele aussieht?"

Im Verlauf des stationären Aufenthalts ergibt sich aber, dass die Wohngruppe Dennis nicht wieder bei sich aufnehmen möchte und eine neue Einrichtung gefunden werden muss. Dennis reagiert darauf zunächst sehr aufgebracht, später weinerlich und äußert seine Angst, schon wieder einen Umgebungs- und Personenwechsel hinnehmen zu müssen.

Die Durchführung der Intelligenzdiagnostik (u. a. HAWIK-R: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder) ergibt für Dennis einen IQ-Wert von 90, der bei ausgeglichenem Testprofil einer intellektuellen Begabung im unteren Durchschnittsbereich entspricht.

Ergotherapeutische Befunderhebung und Verlauf: Aufgrund leichter Auffälligkeiten in der neurologischen Untersuchung (Dysdiadochokinese, schwacher Tonus) beschließt die Ergotherapeutin zunächst die Durchführung der gezielten Beobachtungen nach Jean Ayres, obwohl Dennis schon 12 Jahre alt ist.

Hier ergibt sich unter Berücksichtigung des Alters und der möglichen Kompensationen folgendes Bild: Für Dennis ist die Durchführung der gezielten Beobachtungen sehr anstrengend, was zunächst einmal an seinen vegetativen Reaktionen zu sehen ist und sich in seinen ständigen Vermeidungsstrategien zeigt, wie „Ich bin müde", „Mir ist schlecht" oder „Ich muss zur Toilette". Deutlich wird eine Beeinträchtigung in der Verarbeitung taktiler, vestibulärer und propriozeptiver Reize; sein Tonus ist hypoton. Außerdem stellt die Ergotherapeutin eine Körperschemastörung sowie eine mangelnde Kraftdosierung fest.

Da Dennis bereits 12 Jahre alt ist und ein großes Interesse am handwerklich-gestalterischen Tun zeigt, wird keine Sensorische Integrationstherapie im herkömmlichen Sinne durchgeführt, sondern die Ergotherapeutin versucht, die Wahrnehmungsdefizite in der Auswahl der Techniken zu berücksichtigen. Aufgrund seiner Schwierigkeiten in der Gruppe kommt Dennis zur Einzeltherapie, die zunächst nach der kompetenzzentrierten Methode durchgeführt wird: Dennis möchte als Erstes eine Comicfigur aus Holz machen. Die Ergotherapeutin schlägt vor, an der Tretlaubsäge zu arbeiten, um ihm neben der handwerklichen Tätigkeit eine gute Spürinformation über den Körper zu geben. Außerdem hat die Säge einen hohen Aufforderungscharakter. Dennis ist von seiner Grundstimmung her sehr motiviert, seine Figur zu gestalten, allerdings wird auch hier deutlich, wie groß seine Schwierigkeiten in der Umsetzung seines Vorhabens sind: Dennis überträgt das Motiv von der Vorlage auf Holz und will sofort zu sägen beginnen. Die Ergotherapeutin zeigt ihm, wie die Säge funktioniert und bittet Dennis zunächst einmal, an einem Probestück Holz den Vorgang auszuprobieren.

Dennis lehnt das ab und will gleich an seinem Werkstück anfangen. Dies führt dazu, dass er gleich zu Beginn beim Sägen die Linie verliert und in die Figur hineinsägt. Dennis zieht das Holz ruckartig aus der Säge heraus, zerreißt dabei das Sägeblatt, wirft das Holz auf den Boden und tritt gegen den nächsten Stuhl in seiner Nähe.

Die Ergotherapeutin, die die Situation bis jetzt beobachtet hat, weist ihn zunächst auf sein Verhalten und die Regeln in der Ergotherapie hin und unterstützt Dennis beim zweiten Versuch, indem sie seine Hände zu Beginn an der Säge führt. Im weiteren Verlauf der Therapieeinheit malt er seine Figur noch an und ist zum Schluss mit seinem Ergebnis zufrieden.

Für die *Zielsetzung* der Ergotherapie ergibt sich:

- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Aufbau einer verlässlichen therapeutischen Beziehung
- Förderung instrumenteller Fertigkeiten (z. B. Ausdauer, Konzentration)
- Einhalten von Absprachen und Regeln
- Erhöhung der Frustrationstoleranz.

Dennis fertigt in der Ergotherapie noch verschiedene andere Werkstücke an, die er fast alle verschenkt. Auf die Frage, warum er denn nicht einmal etwas für sich behält, antwortet er: „Weil ich nichts brauche." Gleichzeitig möchte er immer deutlich gelobt werden.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Es wird deutlich, wie wichtig zwar für Dennis die Anerkennung seiner erbrachten Leistung ist, wie wenig Beziehung er aber letztlich zu allen seinen Werkstücken hat. Immer wieder entstehen Situationen, in denen Absprachen von Dennis missverstanden werden. So wird einmal sein Therapietermin verlegt, was ihn sehr wütend macht und er nur mit viel Geduld davon überzeugt werden kann, dass dies nichts mit seinem Verhalten zu tun hat, sondern mit Organisation innerhalb der Ergotherapieabteilung. Dies zeigt, wie verlässlich für Dennis auch äußere Strukturen sein müssen und wie ihn Veränderungen verunsichern.

Im weiteren Verlauf der Therapie äußert Dennis selbst den Wunsch, im SI-Raum zu spielen bzw. sich mehr zu bewegen und körperlich auseinanderzusetzen. Hier boxt er nun ausdauernd am Boxsack, lässt sich mit Kissen und Sandsäckchen zudecken, vergräbt sich im Bällebad, schwingt/schaukelt eng eingekuschelt in der Hängematte oder lässt sich mit dem Igelball massieren. Hier werden sehr kindliche Bedürfnisse deutlich, die sich Dennis in der Einzelsituation in der Ergotherapie einfordert und die auf der Station, wo überwiegend männliche Jugendliche sind, zu kurz kommen bzw. von ihm auch nicht geäußert werden, da es zu „uncool“ erscheint.

Gegen Ende der Therapie werden auch seine Ängste bezüglich der geplanten neuen Heim- bzw. Wohngruppenunterbringung deutlich. Darauf angesprochen meint er: „Da muss ich mich ja wieder ganz neu einleben.“ Die Ergotherapeutin schlägt Dennis vor, sich doch etwas Eigenes für sein neues Zimmer zu machen. Dennis entscheidet sich für Seidenmalerei und gestaltet ein Seidenkissen für sein neues Bett. Diese Arbeit ist gleichzeitig auch seine letzte Arbeit in der Ergotherapie und steht hier für den Abschied und gleichzeitig für den Neuanfang in der neuen Einrichtung.

Entlassung: Dennis wird nach dreimonatiger Behandlung in eine sogenannte Intensivwohngruppe entlassen. Diese hat eine Gruppenstärke von sechs Jugendlichen und einen 1:1-Betreuungsschlüssel. Eine Schule ist dort auf dem Gelände integriert, ebenso Ausbildungsmöglichkeiten, sodass für Dennis eine langfristige Unterbringung bis zum Erwachsenenalter geplant werden kann.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht lässt sich nur durch die Sicherung der Lebensumstände, verbunden mit Kontinuität und einem stabilem Beziehungsangebot, auf das sich Dennis verlassen kann, eine dauerhafte Veränderung seiner Verhaltensauffälligkeiten erreichen.

5.2 Gerontopsychiatrie

Heidi Landmann

5.2.1 Einleitung

Unter Gerontopsychiatrie werden die seelischen Veränderungen des älteren Menschen (ab 60 Jahren) beschrieben.

Die absolute und relative Zahl alter Menschen wird statistisch gesehen weiter ansteigen, im Verhältnis dazu sinkt die Zahl junger Menschen, die diese älteren Menschen zukünftig versorgen werden. Ende des letzten Jahrhunderts lag die mittlere Lebenserwartung einer 1870 geborenen Frau bei etwa 38 Jahren, die eines Mannes bei 36 Jahren. Die inzwischen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten medizinischer Versorgung sowie die verbesserten Lebensbedingungen ermöglichen heute eine deutlich höhere Lebenserwartung. Besonders die Erfolge im Kampf gegen die hohe Zahl der Säuglingssterblichkeit und der Sterblichkeit der Mütter im Kindbett, verbesserter Schutz gegen Infektionskrankheiten durch Impfungen sowie die effektive und lebensverlängernde Notfallmedizin haben die Lebenserwartung erhöht. Mangelernährung sowie schwere körperliche Arbeit in der Landwirtschaft, in der Industrie, aber auch im häuslichen Umfeld nahmen durch die zunehmende Technisierung ab. Aber auch die Familienstrukturen änderten sich. Während es in der Generation der Anfang des Jahrhunderts Geborenen noch häufig eine hohe Anzahl an Geschwisterkindern gab, liegt heute der statistische Mittelwert bei etwa zwei Kindern pro Familie. Die verbesserten Lebensbedingungen führen heute zu einer Verdoppelung der mittleren Lebenserwartung. Schon heute hat ein 60-jähriger Mann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 18,5, eine gleichaltrige Frau von 23 Jahren. So entsteht nach dem Ende des Berufslebens eine neue, unter Umständen mehr als 20 Jahre umspannende Lebensphase. Die sozialen Bedingungen für den alten Menschen haben sich jedoch dahin gehend verändert, dass auch in dieser Lebensphase Autonomie und Selbstständigkeit in der Lebensführung eine große Rolle spielen. Der klassische Verband der Großfamilie mag auf dem Land noch existieren, in den Städten nimmt die Singularisierung zu, kann hier jedoch eher durch Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen kompensiert werden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft (steigende Lebenserwartung, niedrige Geburtenrate, damit verbundene Veränderung der Alterspyramide) in den nächsten Jahrzehnten

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Es wird deutlich, wie wichtig zwar für Dennis die Anerkennung seiner erbrachten Leistung ist, wie wenig Beziehung er aber letztlich zu allen seinen Werkstücken hat. Immer wieder entstehen Situationen, in denen Absprachen von Dennis missverstanden werden. So wird einmal sein Therapietermin verlegt, was ihn sehr wütend macht und er nur mit viel Geduld davon überzeugt werden kann, dass dies nichts mit seinem Verhalten zu tun hat, sondern mit Organisation innerhalb der Ergotherapieabteilung. Dies zeigt, wie verlässlich für Dennis auch äußere Strukturen sein müssen und wie ihn Veränderungen verunsichern.

Im weiteren Verlauf der Therapie äußert Dennis selbst den Wunsch, im SI-Raum zu spielen bzw. sich mehr zu bewegen und körperlich auseinanderzusetzen. Hier boxt er nun ausdauernd am Boxsack, lässt sich mit Kissen und Sandsäckchen zudecken, vergräbt sich im Bällebad, schwingt/schaukelt eng eingekuschelt in der Hängematte oder lässt sich mit dem Igelball massieren. Hier werden sehr kindliche Bedürfnisse deutlich, die sich Dennis in der Einzelsituation in der Ergotherapie einfordert und die auf der Station, wo überwiegend männliche Jugendliche sind, zu kurz kommen bzw. von ihm auch nicht geäußert werden, da es zu „uncool“ erscheint.

Gegen Ende der Therapie werden auch seine Ängste bezüglich der geplanten neuen Heim- bzw. Wohngruppenunterbringung deutlich. Darauf angesprochen meint er: „Da muss ich mich ja wieder ganz neu einleben.“ Die Ergotherapeutin schlägt Dennis vor, sich doch etwas Eigenes für sein neues Zimmer zu machen. Dennis entscheidet sich für Seidenmalerei und gestaltet ein Seidenkissen für sein neues Bett. Diese Arbeit ist gleichzeitig auch seine letzte Arbeit in der Ergotherapie und steht hier für den Abschied und gleichzeitig für den Neuanfang in der neuen Einrichtung.

Entlassung: Dennis wird nach dreimonatiger Behandlung in eine sogenannte Intensivwohngruppe entlassen. Diese hat eine Gruppenstärke von sechs Jugendlichen und einen 1:1-Betreuungsschlüssel. Eine Schule ist dort auf dem Gelände integriert, ebenso Ausbildungsmöglichkeiten, sodass für Dennis eine langfristige Unterbringung bis zum Erwachsenenalter geplant werden kann.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht lässt sich nur durch die Sicherung der Lebensumstände, verbunden mit Kontinuität und einem stabilem Beziehungsangebot, auf das sich Dennis verlassen kann, eine dauerhafte Veränderung seiner Verhaltensauffälligkeiten erreichen.

5.2 Gerontopsychiatrie

Heidi Landmann

5.2.1 Einleitung

Unter Gerontopsychiatrie werden die seelischen Veränderungen des älteren Menschen (ab 60 Jahren) beschrieben.

Die absolute und relative Zahl alter Menschen wird statistisch gesehen weiter ansteigen, im Verhältnis dazu sinkt die Zahl junger Menschen, die diese älteren Menschen zukünftig versorgen werden. Ende des letzten Jahrhunderts lag die mittlere Lebenserwartung einer 1870 geborenen Frau bei etwa 38 Jahren, die eines Mannes bei 36 Jahren. Die inzwischen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten medizinischer Versorgung sowie die verbesserten Lebensbedingungen ermöglichen heute eine deutlich höhere Lebenserwartung. Besonders die Erfolge im Kampf gegen die hohe Zahl der Säuglingssterblichkeit und der Sterblichkeit der Mütter im Kindbett, verbesserter Schutz gegen Infektionskrankheiten durch Impfungen sowie die effektive und lebensverlängernde Notfallmedizin haben die Lebenserwartung erhöht. Mangelernährung sowie schwere körperliche Arbeit in der Landwirtschaft, in der Industrie, aber auch im häuslichen Umfeld nahmen durch die zunehmende Technisierung ab. Aber auch die Familienstrukturen änderten sich. Während es in der Generation der Anfang des Jahrhunderts Geborenen noch häufig eine hohe Anzahl an Geschwisterkindern gab, liegt heute der statistische Mittelwert bei etwa zwei Kindern pro Familie. Die verbesserten Lebensbedingungen führen heute zu einer Verdoppelung der mittleren Lebenserwartung. Schon heute hat ein 60-jähriger Mann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 18,5, eine gleichaltrige Frau von 23 Jahren. So entsteht nach dem Ende des Berufslebens eine neue, unter Umständen mehr als 20 Jahre umspannende Lebensphase. Die sozialen Bedingungen für den alten Menschen haben sich jedoch dahin gehend verändert, dass auch in dieser Lebensphase Autonomie und Selbstständigkeit in der Lebensführung eine große Rolle spielen. Der klassische Verband der Großfamilie mag auf dem Land noch existieren, in den Städten nimmt die Singularisierung zu, kann hier jedoch eher durch Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen kompensiert werden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft (steigende Lebenserwartung, niedrige Geburtenrate, damit verbundene Veränderung der Alterspyramide) in den nächsten Jahrzehnten

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

wird dieser Fachbereich auch für ergotherapeutisches „Be-Handeln“ zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Von der Langzeitklientel zum gerontopsychiatrischen Verbund

In den 70er- und 80er-Jahren trat in der psychiatrischen Versorgungslandschaft die Klinikversorgung immer mehr in den Hintergrund. Besonders in den Landeskrankenhäusern gab es eine große Gruppe von chronifizierten Patienten, die teilweise über 30 Jahre in der Klinik gelebt hatten.

Diese Klientel wurde schließlich in den 80er-Jahren enthospitalisiert und in Wohnheime und speziell konzipierte Alteneinrichtungen entlassen.

Die veränderten Versorgungsstrukturen trugen im Laufe der Zeit dem zunehmenden Bedarf auch nach gerontopsychiatrischen Behandlungsangeboten Rechnung:

- zunehmende Zahl niedergelassener Nervenärzte (wohnortnahe Versorgung)
- gerontopsychiatrische Fachabteilungen in den Kliniken
- Institutsambulanzen
- gerontopsychiatrische Tageskliniken
- Psychotherapieplätze (auch für ältere Patienten)
- Ausweitung ambulanter Pflegedienste (Medikamentengabe)
- Tagesstätten (für Patienten bis 63 Jahre, Hilfe zur Wiedereingliederung)
- Spezialisierung des Heimangebotes, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften
- Tagespflegeangebote u. a. für demente Patienten (ein bis fünf Tage pro Woche)
- Entwicklung gerontopsychiatrischer Beratungsstellen
- Veränderung des Vormundschafts- zum Betreuungsrecht.

Seit Juli 2005 wurde die ambulante psychiatrische Pflege in der Neuregelung der Richtlinien nach § 92 SGB V zum Bestandteil der häuslichen Krankenpflege. Spezialisierte Pflegedienste ergänzen damit den Sozialpsychiatrischen Dienst und Ambulanzen im Sinne der Vermeidung oder Verkürzung eines Klinikaufenthaltes. Auf der Grundlage von § 37.1 und 37.2 des SGB V können Patienten mit psychiatrischen Diagnosen nach einer 14-tägigen Hilfebedarfsermittlung mit einem vom Nervenarzt erstellten ärztlichen Behandlungsplan Leistungen eines psychiatrischen Pflegedienstes in Anspruch nehmen (maximal 4 Monate, in Ausnahmefällen auch bis zu ein Jahr). Im Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 1.1. 2002 nach § 45 des SGB XI wird dem erhöhten Betreuungsbedarf von Dementen Rechnung getragen.

Altersspektrum der gerontopsychiatrischen Patienten

Der Begriff Alter ist mit dem Ende des Arbeitslebens verbunden, d. h. ab ungefähr dem 60. Lebensjahr. Daraus resultiert, dass diese Klientel sowohl in physiologischer als auch in soziologischer Hinsicht eine Besonderheit darstellt.

Physiologische Aspekte des alten Menschen

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für

- Erkrankungen der inneren Organe, der Gefäße, des Stützapparates (erhöhte Multimorbidität)
- Schilddrüsenerkrankungen (mit Verminderung oder Steigerung des Antriebs)
- Altersdiabetes und seine Folgen (z. B. Erblinden, Wundheilungsstörungen)
- neurologische Erkrankungen (z. B. Morbus Parkinson, Insult, mit Einschränkung der Mobilität, evtl. Pflegebedürftigkeit)
- Krebserkrankungen
- Operationen
- Veränderungen des Stützapparates (z. B. Arthrose, Osteoporose, rheumatische Erkrankungen), die zu Immobilität, Pflegebedürftigkeit und Isolation führen können
- arteriosklerotische Erkrankungen (z. B. Kreislaufschwäche [Schwindel], Herzinsuffizienz, arterielle Verschlusskrankheit, vaskuläre Demenz)
- Inkontinenz
- hirnorganische Veränderungen (Alzheimer-Demenz)
- Herzinfarkt und Asthma mit evtl. Angstgefühlen
- Einschränkung der Hör- und Sehfähigkeit, die zu Isolation führen können oder u. U. halluzinatorisch kompensiert werden (paranoide Symptomatik).

Mehr als drei Viertel der über 70-Jährigen hat vier oder mehr Krankheiten, nahezu jeder leidet an mehr als einer Erkrankung (Voges 1993).

Soziologische Aspekte des Alters

- Der Verlust des Arbeitsplatzes (altersbedingte Arbeitslosigkeit) bedeutet für viele ältere Menschen eine ausweglose Situation, da mit dem Verlust des Arbeitsplatzes auch der Verlust sozialer Kontakte,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

von Bestätigung, Tagesstruktur sowie finanzielle Einbußen verbunden sind.
- Der Eintritt in das Rentenalter gestaltet sich besonders bei Personen schwierig, die überwiegend für die Arbeit gelebt, kaum soziale Kontakte und wenig private Interessen gepflegt haben, keine Perspektiven für „die Zeit danach" entwickelt haben. Hier muss eine Neuorientierung und Sinnfindung stattfinden. Die häusliche Nähe führt auch zu Folgen in der Partnerschaft, eventuell auch zu Konflikten über die Neuverteilung von Aufgabenbereichen und zur Frage, wie viel Nähe und Distanz jetzt das richtige Maß in der Partnerschaft ist.
- Der Auszug der Kinder „Empty Nest Syndrome", aber auch Probleme, die sich im Zusammenleben mehrerer Generationen ergeben, erfordern immer wieder Anpassungsleistungen.
- Eine chronische Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit des Partners/der Angehörigen (Eltern, Schwiegereltern) können zu physischen und psychischen Überlastungen führen.
- Freudige Ereignisse, wie z. B. Geburtstage, Heirat der Kinder, die Geburt von Enkelkindern veranlassen einen Blick auf das eigene Leben. Haben sich eigene Erwartungen erfüllt? Die mit der Planung und Durchführung einer großen Feier verbundenen Belastungen können ebenfalls im Vorfeld eine depressive Krise auslösen (Geburtstage, Hochzeitstage).
- Der Tod von Freunden und Verwandten, Pflegebedürftigkeit, Umzug ins Heim oder zu den Kindern kann zum Verlust des sozialen Netzes und der Beziehungen führen, in denen man sich sicher und geborgen fühlte (Entwurzelung).
- Trennung oder Tod des Partners, damit verbunden ist eventuell auch der Abschied von Lebenskonzepten und -fantasien.
- Die veränderte finanzielle Situation im Alter, besonders das niedrige Rentenniveau der Frauen, verhindert, dass diese sich eine stabile Lebenssituation gestalten können und sich unabhängig vom Partner fühlen. Eine gesicherte finanzielle Situation erlaubt es, mobil zu sein und eigenen Interessen nachzugehen (z. B. Taxibenutzung, Reisen, Pflege von Kontakten, kulturellen Angeboten). Geringe finanzielle Mittel sind unter Umständen auch ein Stressfaktor, führen im Falle einer körperlichen Erkrankung eher zu Wohnungs- und Mobilitätsproblemen, begünstigen Abhängigkeit von Pflegenden.

Die physiologische und soziale Situation alter Menschen führt häufig zu Kränkungen, die sich im Gefühl widerspiegeln, unerwünscht, unbrauchbar und einsam zu sein, in finanziell ungesicherten Verhältnissen zu leben. Hinzu kommt, dass der Erfahrungsschatz alter Menschen in unserer Gesellschaft oft keinen sehr hohen Wert mehr hat. Durch die allein im letzten Jahrhundert stark voranschreitende Technisierung des Alltags sind alte Menschen oft nicht mehr in der Rolle des Weitervermittlers von Erfahrungswissen, sondern immer wieder mit den Neuerungen der Technik, vom Bankautomaten bis zum Handy, konfrontiert. Dennoch, Untersuchungen belegen, dass das Älterwerden im Allgemeinen mit einem Zuwachs an Lebenszufriedenheit einhergeht.

Suizidalität im Alter

Eine weitere Besonderheit stellt die hohe Suizidrate alter Menschen dar. Während im Alter zwischen 15 und 25 Jahren ein erhöhtes Risiko für einen Suizidversuch besteht, finden wir bei älteren Menschen einen hohen Anteil „erfolgreich" durchgeführter Suizide. Nach dem „Ungarischen Muster" steigt das Suizidrisiko mit zunehmendem Alter statistisch gesehen deutlich an (Laux u. Müller 1999):
- In der Altersgruppe der 45–50-Jährigen: 30 Suizide pro 100 000 Personen
  - davon Frauen: 12 Suizide pro 100 000 Personen.
- Sehr alte Menschen über 90 Jahre: 114 Suizide pro 100 000 Personen
  - davon Frauen: 22 Suizide pro 100 000 Personen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es vor allem bei der Form der suizidalen Handlung. Frauen begehen den Suizidversuch überwiegend mit Schlaftabletten und anderen Medikamenten. Der Gebrauch von Schusswaffen, Erhängen und Sprung aus großer Höhe zählen zu den Methoden, durch die ein Suizidversuch eher zum vollendeten Suizid wird **(Tab. 5.5, 5.6)**. Durch die häufigere Wahl dieser Mittel haben ältere Männer eine geringere Überlebenschance (Voges 1993). Bei Männern bleibt die Depression oft unerkannt, versteckt hinter somatischen Beschwerden auch unbehandelt. So erhöht sich das Suizidrisiko. Von einem „stillen Suizid" spricht man bei sehr alten Menschen, wenn sie Nahrung und Medikamente verweigern.

Fallbeispiel: Frau P.

Nach dem Tod ihres Mannes bedrängten die Kinder Frau P., sie sei mit der Versorgung von Haus und Garten überfordert. Sie solle das Haus doch verkaufen, um in die Nähe der Kinder nach Süddeutschland zu ziehen. Zusätzlich zur Trauer um den Verlust des Partners wäre damit der Abbruch aller gewachsenen sozialen Beziehun-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.5** Häufigste Suizidmethoden im Alter (Wächtler 2002)

Methode	Männer (%)	Methode	Frauen (%)
Erhängen	62,0	Erhängen	42,5
Erschießen	13,7	Medikamente	16,4
Sprung in Tiefe	7,5	Sprung in Tiefe	15,8

Tab. **5.6** Modell der Entstehungsbedingungen von Suizidalität im Alter (nach Wächtler 1992)

Alter
+
Zusätzliche Wirkfaktoren, die kumulierend miteinander interagieren:
■ Psychische Erkrankungen
■ Körperliche Störungen
■ Psychosoziale Einschnitte
+
Weitere „moderierende Faktoren“:
■ Persönlichkeit
■ „Soziales Netz“
■ Zeitliche Abfolge/Grad der Vorhersehbarkeit

gen verbunden gewesen sowie der Verlust des gemeinsamen Heimes. Sie versuchte, sich in ihrer Verzweiflung das Leben zu nehmen, da sie sich mit einer Entscheidung zu diesem Zeitpunkt überfordert fühlte.

Die erhöhte Suizidalität im Alter erklärt sich durch die steigenden physiologischen und sozialen Belastungen, durch Depressionen, beginnende Demenzen, unter Berücksichtigung der Primärpersönlichkeit, der Umwelt und der zeitlichen Abfolge des Eintretens der belastenden Faktoren (Häufung). Gerade bei älteren Menschen werden Beschwerden eher als gegeben hingenommen. Es erscheint uns nachvollziehbar, dass das Leben nicht attraktiv erscheint und vermehrte Verlustereignisse jeglicher Art den alten Menschen belasten. Dennoch sollte man auch hier sehr aufmerksam auf Äußerungen des Patienten achten und ihm die eigene Wertschätzung für seine Person vermitteln, seine Signale als Hilferufe verstehen und Hilfen einleiten.

Risikofaktoren

Die folgenden Faktoren können im Alter das Suizidrisiko begünstigen:

- männliches Geschlecht
- Suizidversuche in der Vorgeschichte oder der Familie
- Personen nach stationärer psychiatrischer Behandlung
- Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen, akuten psychosozialen Krisen
- Alleinstehende ohne soziales Umfeld.

Therapiemöglichkeiten zur Suizidprophylaxe

Die folgenden Maßnahmen haben sich in der Suizidprävention bewährt:

- wohnortnahe Betreuung durch geschulte Hausärzte oder Psychiater
- Psychotherapie
- Antidepressivagabe gegen Depression, eventuell Benzodiazepine zur Entspannung
- eventuell Lithiumgabe
- Milieutherapie: Kontaktangebote, Gespräch
- Suizidalität ansprechen, sodass der Patient sich ernst genommen fühlt
- Verbesserung der Lebenssituation (Wächtler 2002).

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5.2.2 Krankheitsbilder

In der Gerontopsychiatrie werden vor allem Patienten mit folgenden Krankheitsbildern behandelt:
- depressive und manisch-depressive Erkrankungen
- demenzielle Erkrankungen
- chronifizierte Psychosen bzw. paranoide Störungen.

Der Schwerpunkt der Alterspsychiatrie liegt vor allem bei Krankheitsbildern der Depression und der Demenz.

Gerontopsychiatrische Patienten begegnen den Therapeuten in der ergotherapeutischen Tätigkeit in vielen Bereichen: z. B. in der ambulanten Betreuung durch eine ergotherapeutische Praxis, im Heimbereich, im Betreuten Wohnen, als Besucher einer Tagesstätte oder Tagespflegeeinrichtung mit ergotherapeutischem Angebot, in der Ergotherapie einer gerontopsychiatrischen Klinik oder Tagesklinik, aber auch in psychosomatischen oder Rehakliniken (z. B. Patient mit Zustand nach Apoplex).

Die Arbeit mit alten Menschen bedeutet immer auch für die Therapeutin eine Konfrontation mit dem eigenen Altern. Sie muss sich die Frage stellen, was sie für ein Bild vom Alter hat, aufgrund ihrer Biografie, ihrer Erfahrung mit alten Menschen (Eltern, Großeltern). Ist Altern für sie mit dem Erlangen von Lebenserfahrung, Reife, Gelassenheit und Verwirklichung eigener Interessen, ohne das Korsett „Arbeit", verbunden? Oder sieht sie es als Zustand des fortschreitenden Verlustes körperlicher und geistiger, ökonomischer und sozialer Ressourcen, als Zustand zunehmender geistiger Starrheit und Mangel an Flexibilität? Die Arbeit mit alten Menschen bedeutet außerdem die Auseinandersetzung mit ihren bisherigen Erfahrungen von Verlust, Trauer und Tod.

Eine weitere Besonderheit bei der Arbeit mit älteren Patienten ist sicherlich die Thematik der Übertragung und Gegenübertragung zwischen den meist jüngeren Therapeuten und den älteren Patienten. Im Kontakt kann der Patient der Therapeutin signalisieren, dass diese ja keine Ahnung habe von dem, was der Patient in einem langen Leben erfahren habe. Nach Schmidbauer (2005, S. 96) entscheiden jedoch nicht „die Unterschiede in der (Lebens)Erfahrung (…) darüber, ob sich ein therapeutischer Prozess konstruktiv entwickelt. Es geht vielmehr darum, ob solche Differenzen verarbeitet sind oder abgewehrt werden müssen".

Um die Beweggründe des Patienten für sein Handeln zu verstehen, ist es oft sinnvoll, wenn die Therapeutin sich mit der Biografie des Patienten und dem geschichtlichen Hintergrund seiner Generation auseinandersetzt: Erziehung, Wertvorstellungen, Ziele des Patienten, Verlusterfahrungen, z. B. in den Kriegsjahren. So hat eine heute 60-jährige Frau andere Erfahrungen gemacht als eine 80-jährige (s. a. Radebold 2004). Darüber hinaus erfordert die Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten im besonderen Maße eine ganzheitliche Betrachtungsweise der Person. Psychiatrisch sinnvolle Interventionen müssen u. U. den physiologischen Voraussetzungen des Patienten angepasst werden.

Möglichkeiten, die Therapeuten zu unterstützen:
- Wichtig ist die gute Einbindung in ein multiprofessionelles Team mit Pflegekräften, Physiotherapeuten, Psychologen, Ärzten, Sozialpädagogen, Musik- und Kunsttherapeuten und begleitendem Dienst.
- Der Austausch mit Kolleginnen aus dem gleichen Arbeitsfeld in Arbeitsgruppen oder Stammtischen kann Anregungen und Sicherheit geben.
- Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsangeboten, Tagungen und Kongressen vermittelt neue Impulse und Inhalte.
- Supervision im Team oder in der Berufsgruppe hilft bei der Problemlösung und entlastet.

Depressive und manisch-depressive Erkrankungen

In der ICD-10 sind folgende Störungen aufgeführt:
F30: Manische Episode
F31: Bipolare affektive Störung
F32: Depressive Episoden
F33: Rezidivierende depressive Störung
F34: Anhaltende affektive Störungen.
Die auf Seite 338f. aufgeführten soziologischen und physiologischen Aspekte begünstigen im Alter die Entstehung einer Depression.

Depressive Störungen im Alter treten häufig gemeinsam mit körperlichen Gesundheitsproblemen auf. Bei Frauen steigt die Quote in den Wechseljahren tatsächlich an, bedingt durch die hormonellen Veränderungen. Danach ist das Risiko, an einer Depression zu erkranken, für beide Geschlechter gleich. Die Diagnose einer Depression wird aber bei weiblichen Patienten doppelt so häufig gestellt und behandelt, was vermutlich daran liegt, dass männliche Patienten sich die Erkrankung nicht eingestehen.

Bei Patienten mit körperlichen Krankheiten und Behinderungen ist die Häufigkeit von Depressionen um das Dreifache erhöht. Eine vermehrte Wahrscheinlichkeit von depressiven Störungen besteht z. B. auch nach Schlaganfällen. Die Depression des

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

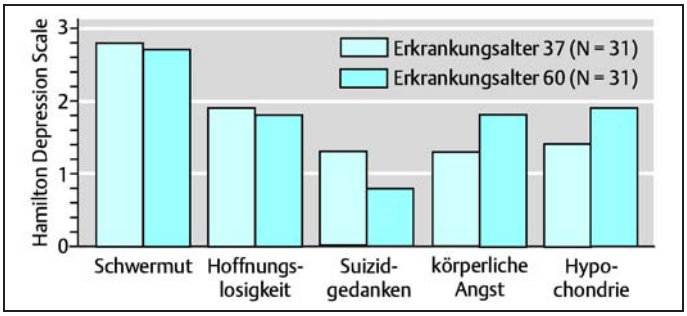

Abb. 5.11 Symptome der Depression in verschiedenen Altersgruppen (Hamilton Depression Scale) (Laux u. Müller 1999, S. 11).

Alters ist im Gegensatz zur Depression der Jüngeren weniger autochthon, sondern abhängiger von den Umwelteinflüssen. Vegetative Störungen, hypochondrische Befürchtungen und körperliche Angstsymptome treten bei depressiven älteren Patienten stärker in den Vordergrund als bei jüngeren Patienten **(Abb. 5.11)**. Daran beteiligt sind sicher auch generationsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von seelischer und körperlicher Gesundheit. Ältere klagen auch häufiger über eine Minderung der Gedächtnisleistung und des Konzentrationsvermögens (Kurz 1999).

Dennoch spielt auch beim alten Menschen die Biografie eine Rolle bei der Entstehung der Depression, z. B.:

- früher Verlust eines Elternteils
- in der Kindheit erlernte Verantwortung, Schuldübernahme
- Aufleben familiärer Konflikte durch veränderte Machtverhältnisse
- symbiotische Paarbeziehung
- abhängige Persönlichkeitsstruktur
- Lernerfahrungen, z. B. Fähigkeit zur Krisenbewältigung (Grond 2001).

Das heißt, die Persönlichkeit des Patienten mit seiner genetischen Disposition, die Familiengeschichte und die bisher gemachten Lebenserfahrungen sind die Grundlage der Erkrankung.

Fallbeispiel: Frau K.

Eine etwa 60-jährige Patientin, Frau K., kam aus einer beruflichen Überlastungssituation in die Klinik. Bei der Aufnahme zeigte sie ein submanisches Krankheitsverhalten mit deutlich gesteigertem Redefluss und Distanzlosigkeit. Mit zunehmender Besserung veränderte sich ihr Zustand in Richtung einer depressiven Symptomatik. Dies war u. a. darin begründet, dass Frau K. in ihrer manischen Phase im beruflichen und privaten Umfeld von ihren in der Kindheit durchlebten Missbrauchssituationen in der Familie offen erzählt hatte.

Symptomatik der Altersdepression

Körperliche Symptome

- Klagen über somatische Beschwerden (sogenannte lavierte Depression), Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Magenbeschwerden; dies erschwert die Diagnosestellung des Hausarztes
- Druck auf der Brust, Hitzewallungen, Gesichtsröte
- Brennen im Gesicht, Brustbereich und auf den Armen
- Klagen über Schweregefühl in den Armen oder Beinen
- Schlafstörungen und Zerschlagenheit (Durchschlafstörung/morgendliches Früherwachen)
- Klagen über Obstipationsgefühl
- Klagen über Vergesslichkeit, Unkonzentriertheit, Verlust der Merkfähigkeit (Demenzsyndrom bei Depression)
- erstarrte Mimik, Mutismus
- agitierte Unruhe, Umherwandern, Sitzunruhe (Akathisie).

Soziale Aspekte

- sozialer Rückzug (ins Haus, ins Zimmer, auf das Sofa, ins Bett)
- Rückgang persönlicher Interessen, wie Hobbys, Sport, Seniorennachmittage
- Rückzug aus der Familie, dem Freundeskreis, mangelndes Interesse an persönlichen Kontakten
- Vernachlässigung von Alltagspflichten, wie Kochen, Putzen, Körperpflege, des eigenen Äußeren, u. U. bis zur Verwahrlosung
- Klagen und Jammern (die Umwelt reagiert hilflos und aggressiv).

Emotionale Aspekte

- innere Leere, Versteinern, emotional tot sein, Freudlosigkeit
- Antriebslosigkeit, Schweregefühl des Körpers
- „Morgentief", Angst vor dem Tag, eventuell leichte Besserung zum Abend hin

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit
- diffuse Angstgefühle: Angst vor dem Altwerden/Altsein, Abhängigkeit und Autonomieverlust, Angst vor dem Tod
- Gefühl, eine Belastung zu sein
- Angst vor Siechtum und Demenz
- Regression (Wunsch, sich versorgen zu lassen, Verantwortung abzugeben)
- verstärkte Aggressivität und Aktivität können bei Männern auf eine Depression hinweisen
- Suizidalität
- Wahnhaftigkeit, z. B. Schuld- und Verarmungswahn, Altersparanoia.

Demenzielle Erkrankungen (ICD F00–F04)

In der ICD-10 sind folgende Störungen aufgeführt:

F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01: Vaskuläre Demenz
F02: Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten
F03: Nicht näher bezeichnete Demenz
F04: Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt.

Demenz bezeichnet den Verlust der intellektuellen Leistungsfähigkeit, bis hin zum Verlust der Persönlichkeit bzw. der Selbstständigkeit. Der bedeutendste Risikofaktor für eine Demenzerkrankung ist das Alter. Das Risiko eines 65-Jährigen, dement zu werden liegt bei 1%, bei den 85-Jährigen sind es dagegen bereits 24% und bei den über 90-Jährigen steigt es auf 35% (Koch-Suna u. Berghoff 2007).

Beispiele für Demenzformen:

- primär degenerative Demenz
  - Morbus Pick
  - Morbus Alzheimer, Typ 1 (späte Form), Typ 2 (früher Beginn)
- sekundäre Demenz (auf der Grundlage anderer Grunderkrankungen)
  - vaskuläre Demenz
  - Lues, mit Befall der Hirngefäße
  - Morbus Parkinson (ein Drittel aller Fälle)
  - Tumoren
  - Kopfverletzungen (z. B. durch das Boxen)
  - internistische Grunderkrankungen
  - Exsikkose (Austrocknen des Körpers durch Flüssigkeitsverlust)
  - reversible Formen, z. B. bei Alkohol-, Drogen-, Medikamentenintoxikation (Faust 2001).

Während es bei den sekundären Demenzformen zum Stillstand oder zu einer Verbesserung, z. B. durch Gedächtnistraining kommen kann, handelt es sich bei den primären Demenzformen um einen fortschreitenden Prozess. Für die Gerontopsychiatrie ist die Demenz vom Alzheimer-Typ mit einem Anteil von 50–60% die häufigste irreversible Demenzform. Der Anteil der vaskulären Demenzen liegt bei 20%, ca. 15% sind Mischformen. Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns, während deren Verlauf die Nervenzellen irreversibel zerstört werden. Sie befällt vor allem den Schläfenlappen und den Scheitellappen und führt zu Störungen des Gedächtnisses, der Sprache, des Denkvermögens, des Erkennens und der Handhabung von Gegenständen sowie der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Als Ursachen werden entzündliche Vorgänge im Gehirn (senile Plaques), Erb- und Umweltfaktoren vermutet. Während sich die Situation der Patienten mit einer sekundären Demenz durch die Behandlung der Grunderkrankung zumindest teilweise beeinflussen lässt, sind bei einer primären Demenz trotz des Einsatzes neuer Antidementiva zurzeit nur Verzögerungen der demenziellen Entwicklung zu erwarten.

Ein positiver statistischer Zusammenhang mit dem Risiko, an einer Demenz zu erkranken, wurde für Personen gefunden, die allein leben, physisch inaktiv sind, keine engen sozialen Bindungen haben, nie verheiratet waren oder aber mit einem dominanten Partner zusammenleben, an keinen sozialen oder Freizeitaktivitäten teilnehmen (Bernhardt et al. 2002).

Verlauf des Morbus Alzheimer

Stadium 1

Es bestehen leichtgradige, oft kaum merkliche Symptome. Sie führen im täglichen Leben zu einer Beeinträchtigung komplexer Tätigkeiten und betreffen folgende Bereiche:

- Nachlassen des Gedächtnisses, vor allem das Speichern von neuen Informationen (Kurzzeitgedächtnis, der Patient wiederholt z. B. Sätze oder Tätigkeiten)
- Beeinträchtigung der Sprache (Wortfindungsstörungen)
- Denkvermögen (besonders Schlussfolgern und Urteilen)
- zeitliche und örtliche Orientierung (z. B. Datum, Zurechtfinden in fremder Umgebung)
- Antriebsverhalten (z. B. Passivität oder Untätigkeit)
- Angst, Wut oder Niedergeschlagenheit.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.7** Veränderungen im Verhalten einer an Demenz erkrankten Person (nach Wojna u. Schaade 2002)

Erworbenes Verhalten	Erziehung, Lernen, Erfahrung	Fällt weg ↓ Fällt weg	Frühes Stadium der Demenz ↓ Spätes Stadium der Demenz
Angeborenes Verhaltensmuster	Individuelle Persönlichkeitsmerkmale, z. B. Optimismus, Depressivität, Selbstsicherheit		
Angeborenes Verhalten Evolutionär entstanden	Triebe, Sammeln, Jagen	Bleibt erhalten	

Stadium 2

Die Symptome sind so stark ausgeprägt, dass die selbstständige Lebensführung nur noch mit erheblichen Einschränkungen und mit Unterstützung durch Dritte möglich ist. Dies betrifft die Bereiche:

- Gedächtnisverlust (z. B. Vergessen von Namen vertrauter Personen)
- Alltagsfunktionen (z. B. Schwierigkeiten beim Anziehen, der Körperpflege, dem Toilettengang, bei der Einnahme der Mahlzeiten)
- örtliche Orientierung (z. B. Probleme, in der Wohnung die Zimmer zu finden, Patient verirrt sich außerhalb des Hauses)
- Wahrnehmung, in Form von Sinnestäuschungen oder illusionären Verkennungen (Patienten sehen z. B. nicht vorhandene Gegenstände/Personen)
- Antriebssteigerung (oft besteht eine ausgeprägte Unruhe; zielloses Umherwandern, Drang aus der Wohnung; seltener ist weitgehende Untätigkeit)
- verlorenes Zeitgefühl (der Patient kann Gegenwart und Vergangenheit nicht mehr unterscheiden).

Stadium 3

Die selbstständige Lebensführung ist aufgehoben. Die Patienten sind vollständig auf fremde Versorgung angewiesen. Das Gedächtnis ist nicht mehr in der Lage, neue Informationen zu speichern. Die Sprache reduziert sich auf wenige Worte. Vertraute Personen werden nicht mehr erkannt. Zu den gravierenden Beeinträchtigungen der geistigen Leistung kommen vielfältige körperliche Symptome hinzu:

- Probleme beim Essen, auch mit Hilfe, Schluckstörungen
- nach vorne geneigter kleinschrittiger Gang, Gefahr von Stürzen
- Verlust der Kontrolle über Blase und Darm
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- verändertes sexuelles Verhalten
- Auftreten zerebraler Krampfanfälle.

Im Endstadium kommt es zu einem Verfall der körperlichen Kräfte. Die Patienten werden bettlägerig, die Gefahr von Infektionen nimmt zu. Die häufigste Todesursache ist eine Lungenentzündung. Die Symptome setzen schleichend ein und schreiten allmählich fort.

Die Veränderungen im Verhalten einer an Demenz erkrankten Person sind in der **Tab. 5.7** zusammengefasst.

Symptomatik der Demenz

Körperliche Symptome

- fortschreitendes Nachlassen des Gedächtnisses (Kurzzeitgedächtnis/Merkfähigkeit) bei relativ langem Erhalt des Langzeitgedächtnisses
- Nachlassen der Orientierung (zeitlich, örtlich, zu Personen)
- Apraxie (Unfähigkeit, bei erhaltener Beweglichkeit zu handeln, d. h. Körperteile zweckmäßig zu bewegen, oder beeinträchtigte Ausführung sinnvoller Handlungen)
- Agnosie (Störung des Erkennens trotz ungestörter Funktion des entsprechenden Sinnesorganes oder weitgehend normaler Wahrnehmungsleistung; betrifft Gesichter, aber auch Gegenstände)
- Einengung des Gesichtsfeldes
- Wortfindungsstörungen/Konfabulieren/Ersetzen durch Synonyme (Mutter statt Frau), amnestische oder globale Aphasie (Störung der Sprache bei erhaltener Funktion der zum Sprechen benötigten Muskulatur, zunehmender Verlust der Sprachfähigkeit; kann schließlich zum wiederholten Sprechen von Silben führen)
- Akalkulie (Rechenschwäche)
- Alexie (Lesestörung); die Fähigkeit, ausreichend große Schrift zu lesen, bleibt jedoch recht lange erhalten, wobei das Gelesene nur bedingt verstanden wird
- Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus
- Akathisie (Unvermögen, ruhig zu sitzen, agitiert unruhiges Umherlaufen, dabei zunehmende Gangunsicherheit/Sturzgefahr)
- Schluckstörungen und damit Probleme bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Verlust der Kontrolle über die Körperfunktion (Blase/Darm)
- Auftreten zerebraler Krampfanfälle
- schließlich Pflegebedürftigkeit.

Soziale Aspekte

- Selbst- und Fremdgefährdung durch Vergessen von Handlungsschritten (z. B. Wasserabstellen, Herdausschalten, Wegwerfen von verdorbenen Lebensmitteln/Müll)
- Selbstgefährdung (z. B. durch örtliche Desorientierung, zu leichte Bekleidung, im Straßenverkehr)
- Misstrauen und Beschuldigen von Angehörigen/Pflegenden (z. B. Dinge versteckt zu haben, sie zu bestehlen)
- Distanzlosigkeit (z. B. Patient läuft auf der Suche nach Orientierung ständig hinter einer Person her)
- Aggressivität bei Verkennung von Personen und Situationen (Patient fühlt sich z. B. vom versorgenden Partner bevormundet, von Pflegekräften, die ihn entkleiden wollen, bedrängt und bedroht; dies führt zur Belastung der Beziehung zu den Pflegenden)
- Veränderung der Persönlichkeit
- Veränderung des Selbstbildes (der Patient sieht sich z. B. nicht mehr als 80-Jährigen, sondern als Person im Alter zwischen 20 und 40 Jahren)
- Angehörige fühlen sich gekränkt, da der Partner sie nicht mehr adäquat einordnet
- zunehmender Verlust der Fähigkeit zur Eigeninitiative; Patient muss zur Tätigkeit angehalten und angeleitet werden
- soziale Isolation durch auffälliges Verhalten (z. B. anhaltendes wiederholtes Schreien, Ausziehen von Kleidungsstücken, Urinieren, „Spielen" mit Kot)
- zunehmende Hilflosigkeit führt zu Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit, damit zur Dauerbelastung der pflegenden Angehörigen.

Emotionale Aspekte

- Bei Beginn der Demenz entwickelt sich eventuell begleitend eine depressive Symptomatik. Der Patient bemerkt den zunehmenden Verlust seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig führt der verzweifelte Versuch, die eigenen Defizite zu kompensieren, zu einer dauerhaften Stressbelastung. Die beginnende Demenz kann also die Grundlage einer Depression sein. Dies erschwert die Differenzialdiagnostik zwischen Demenz und Depression.
- Affektlabilität, aber auch submanische Züge sind möglich.
- Je nach Persönlichkeitsstruktur und Vorgeschichte kann es zu einer paranoiden Symptomatik kommen (z. B. Patient fühlt sich bestohlen oder beschuldigt Mitpatienten, seine Kleidung zu tragen).
- Verdrängte Traumata leben wieder auf und führen eventuell zur Übertragung auf Angehörige und Pflegende (z. B. kann eine Vergewaltigung von Frauen in der Pflegesituation durch männliches Personal wiederaufleben, „verlorene Kinder" werden wieder „gesehen" und umsorgt).
- Es kommt zu Aggressivität und Ängsten aus Unverständnis der Situation.

Chronifizierte Psychosen und Altersparanoia

Die ICD-10 führt die folgenden Störungen auf:

F20: Schizophrenie
F21: Schizotype Störung
F22: Anhaltende wahnhafte Störungen
F23: Anhaltende vorübergehende psychotische Störungen
F24: Induzierte wahnhafte Störung
F25: Schizoaffektive Störungen.

Von den alt gewordenen Patienten dieser Gruppe ist ein Drittel ein- bis zweimal an einer akuten Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt und danach symptomfrei. Ein weiteres Drittel weist eine affektive Einengung auf, ist jedoch sozial integriert. In dieser Gruppe verlieren sich Wahn und Halluzinationen mit zunehmendem Alter, manchmal werden stattdessen organische Beschwerden von diesen Patienten beschrieben. Dabei wird das kranke Organ so beschrieben, als wenn es eine eigenständige Rolle hätte. Das letzte Drittel der Patienten zeigt immer wieder auftretende Symptome und ist nur schwer sozial zu integrieren. Auch bei dieser Gruppe lässt die Wahnsymptomatik nach, die Patienten haben eine geringere produktive Symptomatik. Kommt jedoch eine hirnorganische oder toxische Komponente dazu, z. B. durch übermäßigen Alkoholkonsum, verstärkt sich die Symptomatik (Kipp 1996).

Hat ein mit Neuroleptika behandelter Patient die Altersgrenze zur Gerontopsychiatrie erreicht, wird zwar der Verlauf der Psychose als eher bland (milde) beschrieben, die mit dem Alter verbundenen Belastungen führen aber auch hier dazu, dass der Patient die gleichen Altersbelastungen wie andere alte Menschen erlebt. Auch er ist gefährdet, sowohl an einer Depression als auch an einer Demenz zu erkranken oder pflegebedürftig zu werden. (Zusätzlich können Spätdyskinesien als neurologische Langzeitfolge der Neuroleptikabehandlung auftreten.) Im Rahmen der veränderten körperlichen und sozialen Bedingungen

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

können erstmalig nach dem 45. oder 60. Lebensjahr wahnhafte Erkrankungen in Erscheinung treten. Diese werden häufig unter der Bezeichnung „Spätschizophrenie", „Altersparanoia", „Paraphrenie" oder „Involutionspsychose" geführt. Adler (2001) unterscheidet jedoch eher zwischen den Begriffen „Spätschizophrenie", „paranoide Reaktion" und „Demenz mit paranoidem Erscheinungsbild".

Nach Untersuchungen leiden ca. 1–5% der alten Menschen in der Gesamtbevölkerung an einer paranoiden Psychose. In gerontopsychiatrischen Einrichtungen liegt der Anteil der Betroffenen bei 35–60% (Wojnar 1996). Wie bereits angedeutet ist die Entwicklung paranoider Züge vermutlich auch im Zusammenhang mit anderen organischen und psychiatrischen Erkrankungen wie Depression oder Demenz zu sehen.

Kriterien

Als Grundlage zur Einschätzung, ob ein Patient unter einer paranoiden Psychose leidet, dienen folgende Kriterien:

- subjektive Gewissheit, die Vorstellungen sind für den Betroffenen ohne weitere Herleitung offenkundig
- Unkorrigierbarkeit, also durch entgegenstehende Erfahrungen oder Argumente nicht widerlegbar
- die Unmöglichkeit des Inhaltes, die Vorstellungen sind unzutreffend.

„Bei Älteren bestehen die Wahnwirklichkeit und die Realität nebeneinander, im Gegensatz zu jüngeren Schizophrenen, bei denen die Wahnwirklichkeit die einzige Wirklichkeit sein kann" (Grond 1996, S. 44). Da die Betroffenen von der Wahrhaftigkeit ihrer Einschätzung der Situation überzeugt sind, zeigen sie selten Krankheitseinsicht und damit das Bedürfnis, sich behandeln zu lassen. Häufig werden die Symptome im Zusammenhang mit Untersuchungen zu einer Depressions- und Demenzerkrankung erfasst. Manche Betroffenen fallen in ihrem sozialen Umfeld durch ungewöhnliches Verhalten auf.

Auslösende Faktoren

Bei der Entstehung von wahnhaften Erkrankungen können organische Ursachen eine Rolle spielen:

- Störungen des Bewusstseins (z. B. Demenz, Delir)
- Erkrankungen (z. B. Krebs bzw. Bronchial-Carzinom)
- Intoxikationen durch Alkohol oder Medikamente (z. B. Antibiotika)
- Hirntraumen
- fieberhafte Infekte
- endokrine Störungen
- Unterzuckerung mit einem Blutzucker unter 30 mg/dl
- Morbus Parkinson, aber auch als Folge der medikamentösen Behandlung
- schwere Depressionen
- rechtshirnige Insulte
- Dehydrierung
- akustischer, visueller und taktiler Reizmangel.

Grond (1996) und Adler (1999) beschreiben darüber hinaus aber auch hier als Grundlagen:

- eine vulnerable Persönlichkeit
- Urmisstrauen
- Regressionshaltung bei Dementen
- Umweltfaktoren
- Einsamkeit.

Als begünstigende Faktoren für die Entwicklung einer Altersparanoia sind auch folgende Aspekte zu vermuten: Vertreibung, Heimatverlust, religiöse oder strenge, moralische Erziehung, soziale Missachtung, Ausgrenzung (z. B. uneheliches Kind), Partnerverlust, Trennung, unverheiratete Frauen, pessimistische und misstrauische Persönlichkeit

Isolierexperimente mit gesunden Probanden zeigten, dass Hirnzellen von sich aus aktiv werden, wenn sensorische Reize fehlen. Infolgedessen kam es in den Experimenten zu Denkstörungen und Halluzinationen. Insofern kann wahnhaftes Erleben auch als Selbstheilungsversuch gewertet werden, bei dem der Wahn einen Versuch des Gehirns darstellt, das Erleben bei veränderten inneren Vorgängen und unverstandenen äußeren Informationen und Eindrücken in einen plausiblen Zusammenhang zu bringen. Im Zuge alterbedingter Einschränkungen kommt es für die Betroffenen zu einer Herabsetzung des Selbstwertgefühls. „Ist die ‚innere Ich-Grenze' geschwächt, so ist der Wirklichkeitssinn in seinem Verhältnis zum Ich gestört und nicht mehr in der Lage, den äußeren vom inneren Reiz zu unterscheiden" (Blonski 1996, S. 20).

Fallbeispiel: Herr P.

Herr P., beginnend dement, verwehrt sich am Entlassungstag morgens im Bad der Station gegen die Pflegehandlung durch eine Krankenschwester, da er der Ansicht ist, diese sollte von einem Mann durchgeführt werden. Im Verabschiedungsgespräch mit der Therapeutin äußert Herr P. Zweifel daran, ob er nun entlassen würde. Diese Zweifel waren entstanden, als er ein Gespräch des Sozialarbeiters mit der Krankenschwester mitbekommen hatte. Er interpretierte das Gesehene und Gehörte so, dass er nun nicht mehr entlassen und nach Haus begleitet werden würde, da er sich am Morgen nicht kooperativ gezeigt hatte.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Symptomatik des Alterswahns

Die Symptomatik der wahnhaften Erkrankungen im Alter zeigt sich in vielfältiger Gestalt:

- Vergiftungswahn: altersbedingte Veränderung des Geschmacksinnes oder die Abhängigkeit von Dritten können zur Entstehung eines Vergiftungswahnes führen.
- Verfolgungswahn: begünstigt durch körperliche Einschränkungen, Abhängigkeit von der Hilfe Dritter, aber auch durch schlechtes Hören.
- Optische Halluzinationen: Einschränkungen der Sehfähigkeit durch altersbedingte Veränderungen des Auges bis hin zur Erblindung (ohne die kognitiven Ressourcen zu erlernen, dies mit Hilfsmitteln zu kompensieren) können optische Halluzinationen begünstigen.
- Wahnhaftes Erleben im Rahmen einer demenziellen Entwicklung, z. B.
  - Prosopagnosie: Unfähigkeit, Gesichter als einer bestimmten Person zugeordnet zu erkennen.
  - Capgras-Syndrom: wahnhafte Überzeugung, dass nahe stehende Personen durch Doppelgänger ersetzt wurden, die zwar physisch identisch sind, aber sonst völlig fremd.
  - Dermatozoenwahn: mit der Vorstellung einhergehend, dass Würmer oder Parasiten die Haut befallen haben (Mangel an Berührung).
  - Größenwahn, Weltverbesserungs-, Allmachts- und Reichtumswahn: bei manischen Patienten.
  - Schuld-, Versündigungs-, Verfehlungs-, Verarmungswahn, hypochondrischer Krankheitswahn, Untergangs- und Verfallswahn: bei depressiven Patienten.
  - Nihilistischer Wahn, Cotard-Syndrom: Patient fühlt sich innerlich tot, nicht existent.
  - Schwangerschaftswahn alter Frauen: Sie fühlen sich zerfressen, schmutzig, innerlich tot.
  - Bestehlungswahn, Beeinträchtigungswahn, Verfolgungs- und Bedrohungswahn, Vergiftungs- und Belästigungswahn: abhängig von Isolation oder sozialen Bezügen und Beziehungen.
  - Liebes- und Eifersuchtswahn.

Soziale Aspekte

Soziale Isolation begünstigt die Entstehung von wahnhaftem Erleben, gleichzeitig führen die Beschreibungen von wahnhaften Erlebnissen, sofern diese für die Umgebung nicht nachvollziehbar sind, zu Unverständnis und zur Abgrenzung von den Betroffenen und damit zur weiteren Isolierung der Betroffenen sowie zum Rückzug von Personen, Räumen und Situationen.

- Wahnhaftes Erleben kann bei den Betroffenen zu starker Unruhe, Agitiertheit und Fluchttendenzen führen, es kann zu Beschwerden durch die Nachbarn bei Behörden (Polizei, Justiz) kommen.
- Das wahnhafte Erleben kann damit verbunden sein, dass Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Um den Körper und die Wohnung beispielsweise vor Strahlen zu schützen, werden die Fenster verbarrikadiert, Kabel aus der Wand entfernt, Möbel vor Wände geschoben.
- Wenn der Patient Angehörige oder Nachbarn beschuldigt, ihn zu verfolgen oder zu bedrohen, kann dies zu Konflikten mit der Familie und im Wohnumfeld führen.
- Ein Vergiftungswahn kann dazu führen, dass der Betroffene die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verweigert.
- Ein Dermatozoenwahn kann für den Betroffenen sehr quälend sein und im Extremfall zu suizidalen Handlungen führen.

Emotionale Aspekte

Wahnhaftes Erleben kann aber auch die positive Funktion eines Kompensationsmechanismus haben. Durch den Wahn

- kann der Patient sich bedeutungsvoll fühlen (Liebes- oder Größenwahn)
- muss er sich nicht den Realitäten stellen (Wahn als erlerntes Vermeidungsverhalten)
- können Wünsche, ungelebtes Leben, Versagen, Schwäche, Schuldgefühle und Ängste abgewehrt werden
- kann Macht ausgeübt werden (Wahn als Machtinstrument)
- können verdrängte Wünsche projiziert oder imaginäre Wünsche erfüllt werden (z. B. Liebeswahn)
- kann ein sozialer Kompromiss gebildet werden, um einen offenen Konflikt zu vermeiden
- können bei Demenzerkrankungen die bestehenden kognitiven Lücken gefüllt werden
- kann das Gehirn mittels optischer und akustischer Reize eine Schutzreaktion vor sensorischer Deprivation aufbauen oder ein Nachlassen der Sensorik ausgleichen
- kann das narzisstische Gleichgewicht im demenziellen Abbauprozess wiederhergestellt werden; der Patient beschuldigt z. B. lieber Angehörige, etwas weggenommen zu haben, als sich einzugestehen, dass er vergesslich ist und etwas verlegt hat
- können Defizite im emotionalen Erleben kompensiert werden.

Im Wahn dominiert das innere Erleben über das äußere Erleben. Dies begünstigt einen Rückzug in sich selbst, wenn das innere Erleben positiv bewertet wird.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel: Frau B.

Frau B. wird wenige Monate nach dem Tod des Ehemannes bei ihren Kindern auffällig. Die Patientin deckt weiterhin den Tisch für zwei Personen und berichtet von nächtlichen Besuchen des Ehemannes. Dieser säße dann nur mit Unterwäsche bekleidet im Schlafzimmer auf einem Stuhl und sehe sie an. Dies waren für sie immer sehr positive Momente. Die Tatsache, dass der Ehemann unbekleidet ist, führt die Patientin darauf zurück, dass sie ja seine Sachen nach dem Tod ihres Mannes weggegeben habe. Die Patientin selbst scheint nur durch die Tatsache belastet, dass ihr Ehemann nicht mit ihr spricht.

Allgemeine therapeutische Aspekte

Wie auch bei jüngeren Patienten kann eine wahnhafte Störung erfolgreich mit der Gabe von Neuroleptika behandelt werden. Dabei muss immer der Nutzen gegenüber dem Risiko einer Neuroleptikagabe mit eventuellen Nebenwirkungen abgewogen werden. Die Gabe von Neuroleptika und die damit verbundenen motorischen Einschränkungen können die Sturzgefahr erhöhen. Ebenso wie bei depressiven Patienten ist die Medikation aber oft erst die Behandlungsgrundlage, die den Zugang zu den Patienten ermöglicht. Andere gesundheitliche Ursachen müssen zunächst ausgeschlossen oder behandelt, die Medikation umgestellt oder abgesetzt werden. Die Versorgung mit Hilfsmitteln wie Gehwagen, Brille, Hörgerät und/oder Orientierungshilfen findet ggf. statt. Aus ergotherapeutischer Sicht kann eine Umfeldgestaltung sinnvoll sein, die dem Betroffenen Sicherheit im Alltag vermittelt. Dazu können wiederkehrende Tagesstrukturen und Personen beitragen. Ein Ziel der Therapie ist, das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu stärken. Dazu werden u. a. seine Wünsche respektiert. Die bauliche Umgebung ist so offen wie möglich zu gestalten. Um das Gefühl des Eingesperrtseins zu vermeiden, sollten Außenaktivitäten angeboten werden. Es sollten möglichst viele Bereiche (z. B. auf einer Station) für die Patienten in ihrer Funktion erkenntlich und eigenständig zugänglich sein.

Bereits der Umgebungswechsel aus dem häuslichen Umfeld in die Klinik kann zu einer Entlastung der Betroffenen beitragen. Manche Patienten, z. B. Demente, müssen sich jedoch zunächst in die neue Situation, z. B. Aufnahme in einer Klinik oder Umzug in ein Heim, einfinden. Mit der Zeit, wenn sie Vertrauen in die Abläufe und Personen gewonnen haben und sich sicher fühlen, kommen sie zur Ruhe.

5.2.3 Ergotherapeutische Behandlungsansätze

Altersdepression

Grundhaltung

Für die ergotherapeutische Arbeit mit alten Menschen sollte folgende Grundhaltung beachtet werden:

- Die Therapeutin begegnet dem alten Menschen empathisch und wertschätzend.
- Sie nimmt den Patienten auf der Basis seiner Persönlichkeit, seiner Biografie, seiner Fähigkeiten und Unfähigkeiten so an, wie er ist.
- Sie bietet sich dem Patienten verlässlich und einfühlsam als Gesprächspartner an.
- Sie hört ihm wertfrei zu und unterstützt ihn bei der Formulierung von Gefühlen, seien sie negativ oder positiv, sie lässt Raum für Aggression.
- Sie befragt den Patienten nach seinen Zielen, Wertvorstellungen und Wünschen.
- Sie erarbeitet mit dem Patienten sinnvolle Rollenwechsel.
- Sie begleitet ihn beim Abschiednehmen und Trauern.
- Sie lässt Regression zu, gestattet dem Patienten, nichts zu tun.
- Sie sucht mit dem Betroffenen nach dem Sinn der Erkrankung (Depression), z. B. Entlastung.
- Sie erfragt die Befindlichkeit des Patienten und signalisiert Rücksichtnahme und Verständnis, sucht mit dem Patienten nach Hilfen.
- Sie bedient sich der Mittel der klientenzentrierten Gesprächsführung (Weinberger 1984).
- Sie bezieht die physiologischen Voraussetzungen des Patienten in ihre Therapieplanung ein und adaptiert diese entsprechend.
- Sie wählt zunächst Techniken, die den Patienten ansprechen und ein schnelles Erfolgserlebnis vermitteln (z. B. Mandala malen, Seidenmalerei).
- Sie lässt sich nicht vom Leistungsdenken des Depressiven unter Druck setzen, hinterfragt dessen Anspruchshaltung, begrenzt zeitlich und formal.
- Sie vermeidet Frustration, indem sie den Patienten fordert, ohne ihn zu überfordern.
- Sie schafft eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der der Patient sich vom Vertrauten wegbewegen und Neuem zuwenden kann.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sozial- und Arbeitsformen

Einzeltherapie

Indikation für eine Einzeltherapie (30–60 Minuten):

Die Behandlung erfolgt als Einzeltherapie,

- wenn der Patient noch sehr auf sich bezogen ist, noch wenig belastbar ist
- wenn es zunächst einmal um den Aufbau des Kontaktes zum Patienten geht
- wenn die Therapie der Befunderhebung dient (z. B. Haushaltstraining zur Überprüfung der ADL, Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit zur Binnendifferenzierung zwischen beginnender Demenz und Demenzsyndrom bei Depression)
- wenn die physiologischen Voraussetzungen eine gezielte Einzelförderung sinnvoll erscheinen lassen (z. B. Patienten mit Einschränkungen der Sehfähigkeit)
- wenn der Patient Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache hat
- wenn der Patient manisch ist und die Gruppe mit seinem Redefluss stören würde.

Gruppentherapie

Im Allgemeinen empfiehlt es sich jedoch, den depressiven Patienten in der Gruppe zu behandeln. Die Gruppengröße sollte zwischen vier und acht Patienten liegen. Die therapeutische Arbeit in der Gruppe (60–120 Minuten) ist aus folgenden Gründen günstig:

- Der Patient findet sich unter Gleichbetroffenen wieder, er muss sich nicht erklären, fühlt sich aufgehoben, verstanden.
- Er lernt aus den Erfahrungen der Mitpatienten.
- Oft nehmen Patienten positive Bestätigung durch Mitpatienten eher an.
- Der Patient kann sich bei der Arbeit in der Kleingruppe oder mit einem Partner entlasten, aber auch Anregungen holen.
- Durch die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Biografie der Gruppenmitglieder entsteht das Gefühl, einander zu kennen (Nähe).
- In der Reflexion der Gestaltungsthemen erfährt der Patient direkte Rückmeldung aus der Gruppe.
- Der Patient lernt, Hilfe anzunehmen, erfährt aber auch Wertschätzung bei der Unterstützung schwächerer Mitpatienten.

Ergotherapeutische Zielsetzung

Hier sei zunächst noch einmal darauf hingewiesen, dass eine effektive ergotherapeutische Behandlung in der Regel nur auf der Basis einer medikamentösen Therapie der Depression möglich ist. Ein Patient, der unter Schlafstörungen und zwanghaftem Grübeln leidet, wird mit wenig Anteilnahme an der Therapie beteiligt sein (Braus 2004).

Bis die medikamentöse Therapie ihre volle Wirkung zeigt, vergehen in der Regel zwei bis drei Wochen. Häufig tritt eine Mundtrockenheit als Nebenwirkung auf. Anfänglich kann eine Behandlung mit Sedativa (Beruhigungsmittel) sinnvoll sein. Beim anschließenden Entzug dieser Medikamente sollte bei der Einschätzung der intellektuellen Leistungsfähigkeit des Patienten abgewartet werden, bis der körperliche Entwöhnungsprozess abgeschlossen ist.

Aus der Symptomatik der Altersdepression lassen sich folgende Behandlungsziele ableiten **(Tab. 5.8)**:

- allgemeine psychische Stabilisierung
- Ich-Stärkung
- Bestätigung, Stärkung des Selbstwertgefühls
- Förderung und Erhalt der Selbstständigkeit im Alltag
- Selbstentfaltung und Verwirklichung
- sinnvolle und zufriedenstellende Gestaltung des Tages
- Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit
- Verbesserung der Kontaktfähigkeit
- eigene Wünsche und Bedürfnisse äußern und durchsetzen können
- lernen, eigene Gefühle zu benennen
- lernen, mit einer Behinderung, Krankheit oder dem Verlust von Fähigkeiten umzugehen
- Bewältigung von Trauer und Abschiednahme.

Ergotherapeutische Methoden und Vorgehensweisen

Bei der Arbeit mit altersdepressiven Patienten bedient sich die Ergotherapie vor allem der psychosozialen Behandlungsverfahren. Je nachdem, ob Fähigkeiten und Fertigkeiten trainiert werden sollen oder emotionale Prozesse bzw. die sozialen Bezüge im Vordergrund stehen, kommen vor allem die kompetenzzentrierte, die ausdruckszentrierte oder die interaktionelle Methode zum Einsatz (s. Kap. 2.4). Verschiedene therapeutische Angebote haben sich im Besonderen bewährt:

Aktivitäten des täglichen Lebens (Activity of daily living, ADL)

Die ADL stellen für den Patienten den unmittelbarsten Bezug zu seinen Problemen dar. Die Interessen des depressiven Patienten zu berücksichtigen kann zunächst bedeuten, dass die Therapeutin den Depressiven bei der Umsetzung persönlicher Wünsche unterstützt. Dies kann der Wunsch nach einem Friseurbesuch, aber auch das Erledigen von Einkäufen

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.8** Ergotherapeutische Behandlungsansätze für Patienten mit Altersdepression

Allgemeine Ziele	Ergotherapeutische Methode	Ergotherapeutische Mittel und Angebote
Entlastung	Gesprächsführung	Einzelgespräch, Kontaktaufnahme
Förderung der Motivation, Eigeninitiative	Kompetenzzentrierte Methode	Unterstützung bei Wahrnehmung persönlicher Interessen, z. B. kleiner Einkauf, Spaziergang in Begleitung
Steigerung des Aktivitätsniveaus	s. o.	Einbezug in Aktivitäten des täglichen Lebens, z. B. Tischdecken, Blumengießen, Backen Einfache kreative Tätigkeiten wie Mandalas und Spiele
Wiederentdecken von Ressourcen	s. o.	Einfache Handarbeits- und Handwerksangebote
Förderung des Selbstvertrauens, Ich-Stärkung	s. o.	Rätsel lösen, Patience legen
Förderung des sozialen Kontaktes	Interaktionelle Methode	Gymnastikgruppe, gemeinsamer Spaziergang, Außenaktivitäten in der Gruppe
Auseinandersetzung mit eigenem Leistungsdenken	Ausdruckszentrierte Methode	Kreative Techniken, z. B. Seidenmalerei, Collagenerstellung und gefühlsbezogene Themen, Projektgruppenarbeit
Erweiterung der Handlungskompetenz	Kompetenzzentrierte Methode	Handwerkliche (z. B. Drucken, Tonarbeit) und alltägliche Aktivitäten (z. B. Kochen, Backen), Spiele (z. B. Rommé)
Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit	s. o.	Gedächtnistraining in der Gruppe
Auseinandersetzung mit Wünschen, Gefühlen	Ausdruckszentrierte Methode	Gestaltungsthemen, Biografiearbeit
Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Gruppe,	Interaktionelle Methode	Projektgruppenarbeiten, gemeinsame Aktivitäten
Trauer und Abschiednahme begleiten	Ausdruckszentrierte Methode	Kreative Medien und gefühlsbezogene Themen

sein. Im ambulanten Bereich kann z. B. mit dem Patienten der Erstkontakt zu einer Seniorengruppe hergestellt oder Bankgeschäfte begleitet werden, um ihn zu mehr Selbstständigkeit zu führen. Da es gerade depressiven Patienten oft schwerfällt, den Alltag zu gestalten, kann mit dem Patienten anhand der Interessencheckliste herausgearbeitet werden, welche Interessen ihm früher Freude gemacht haben. Welche Aktivitäten sind heute noch trotz alterbedingter Einschränkungen möglich? Es kann aber auch sinnvoll sein, mit dem Betroffenen einen Rollenwechsel zu erarbeiten. Besonders bei alleinstehenden älteren Männern kann ein Haushaltstraining als praktische Anleitung zur selbstständigen Haushaltsführung dienen.

Die ADL können aber auch zur Befunderhebung herangezogen werden. Sie dienen dazu, die Handlungsplanung, Umsetzung und Nachbereitung des Arbeitsablaufes zu überprüfen, und geben somit Hinweise auf kognitive Defizite (Merk-/Konzentrationsfähigkeit, Umsetzungsfähigkeit). Für die Ergotherapie können sie ein wichtiges diagnostisches Mittel zur Unterscheidung einer depressiven von einer demenziellen Störung sein.

Da die ADL unmittelbar an die vorhandenen Kompetenzen des Patienten anknüpfen, fühlt sich der Patient hier sicher. Das Einbeziehen des Patienten in die kleinen Alltagsverrichtungen einer Station (Blumengießen, Abwaschen, Tischdecken, Bettenmachen) trägt zum Erhalt dieser Fähigkeiten bei und stärkt sein Selbstwertgefühl.

Im Bereich der Gerontopsychiatrie kann die Aufgabe der Ergotherapeutin auch in der Erhaltung der Selbstständigkeit durch Anpassung von Hilfsmitteln

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

liegen. Dies kann die Verbesserung der Beleuchtung im Zimmer (Leselampe) betreffen, aber auch die Verordnung eines Gehwagens oder die Gestaltung eines Hochbeetes im Garten des Patienten mit gärtnerischen Ambitionen.

Spiele

In vielen Ländern gehören Spiele insbesondere bei älteren Männern zum Alltag. Backgammon (Griechenland/Türkei), Boule (Frankreich), Schafskopf oder Skat beim sonntäglichen Besuch einer Gastwirtschaft sind nur einige Beispiele dafür. Spielen dient der Kommunikation, aber auch der geistigen oder körperlichen Aktivierung. In der Ergotherapie mit alten Menschen kann das Spiel verschiedene Funktionen erfüllen:

- Einzelbeschäftigung/Entspannung und Hobbyfindung (z. B. beim Puzzlespielen, Solitärspiel, beim Legen einer Patience)
- Überprüfung und Schulung der Wahrnehmung, Merkfähigkeit, Farbwahrnehmung (z. B. Contact, Tangram, Memory, Tactilo, Differix, Triangel, Puzzle, Tastdomino, Set, Domino, Elfer raus)
- Reaktivierung des Altgedächtnisses und damit an Vertrautes anknüpfen (z. B. Halma, Mühle, Domino, Mensch-ärgere-dich-nicht, Schach, Vertellekes)
- Erweiterung der Handlungskompetenz durch Erlernen neuer Spiele und damit die Kontaktaufnahme zu einer Gruppe erleichtern (z. B. Canasta, Rommé, Skat, Doppelkopf, Kniffel, Rummy-Cup, Uno)
- Einhaltung von Regeln, planerisches Handeln, Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Interaktion (z. B. Die heiße Schlacht am kalten Buffet, Vier gewinnt, Durchs Gartenjahr, Der Natur auf der Spur, Dorada)
- Austausch und Erweiterung von Wissen (z. B. Denk fix, Vertellekes, Die Sonnenuhr, Der Natur auf der Spur, Flash, Deutschlandreise).

Die Trübung der Linse bei bestimmten Augenkrankheiten erschwert dem Patienten eventuell die Unterscheidung von Grün/Blau oder Rot/Gelb. Es bietet sich daher bei Fragespielen an, nur mit einer Spielfigur zu arbeiten. Auch sollte der Untergrund eines Spielbrettes nicht zu unruhig gestaltet sein, da die Figur-Grundwahrnehmung eingeschränkt sein könnte (Kayser u. Kayser 2003).

Arbeit in der offenen Werkgruppe

Die offene Werkgruppe bietet dem Patienten den Raum für die Verwirklichung eigener Wünsche und Interessen. Der Patient hat die Möglichkeit, seine Wünsche zu äußern und diese unter Anleitung der Therapeutin umzusetzen. Dabei kann Hilfestellung von Mitpatienten angenommen und gegeben werden.

Inhalte der offenen Werkgruppe können z. B. sein: Mandalamalen, Patienceerlernen oder -legen, Seidenmalerei, Stoffmalerei mit Schablonen, Makramee, Sticken, Stricken und Häkeln, Holz- und Peddigrohrarbeiten, Knüpfen, Tonarbeiten, Kreuzworträtsel, Filzen, Serviettentechnik, Fensterbilder, selbstständiges Spielen, Zeichnen oder Malen, eigene Hobbys (z. B. Uhrenbau).

Anders als im Rahmen der Gruppenarbeit, in der die Therapeutin die Aufgabenstellung, Zeitstruktur etc. vorgibt, ist hier die Möglichkeit für den Patienten gegeben, Eigeninitiative zu zeigen, kontinuierlich an langwierigen Arbeitsprozessen zu bleiben, aber auch Wünsche zu äußern: „Ich möchte heute mal nicht stricken, sondern lieber mitspielen." Besonders im Hinblick auf mangelnden Antrieb zeigt sich hier oft, ob der Patient außerhalb vorgegebener Rahmenbedingungen Eigeninitiative zeigt oder nur passiver Konsument ist.

Vielen Patienten fällt anfänglich das Äußern eigener Wünsche schwer. Es ist dann die Aufgabe der Therapeutin, seine Interessen zu erfragen oder nach Hinderungsgründen zu forschen (z. B. Patient hat immer gerne gerätselt, kann aber schlecht sehen – Abhilfe: vergrößerte Kopien von Rätselseiten, Einleitung von Augendiagnostik, Leselupe etc.).

Gedächtnistraining

Untersuchungen haben ergeben, dass die kognitive Leistungsfähigkeit während eines Krankenhausaufenthaltes um mehrere IQ-Punkte sinkt. In einem Rahmen, in dem Patienten alles abgenommen wird, ist dies leicht erklärbar.

Das Gedächtnistraining dient der Überprüfung, aber auch dem Erhalt und der Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Patienten mit Altersdepression. Darüber hinaus spricht das Gedächtnistraining jene Patienten in besonderer Weise an, deren Interessen ohnehin im intellektuellen Bereich liegen (Rätseln, Lesen, Kultur). Das Gedächtnistraining kann in der Einzeltherapie, aber auch in der Gruppe Anwendung finden. Das Wissen über die Vorbildung des Patienten ist hier wichtig, damit eine homogene Gruppe zusammengesetzt werden kann. Ein Patient, der „nur" die Volksschule besucht hat, und dies vielleicht in den Kriegsjahren, bringt voraussichtlich eine andere Vorbildung mit als ein Patient mit abgeschlossenem Hochschulstudium. In Zukunft werden auch in der Gerontopsychiatrie zunehmend mehr ältere Migranten und Übersiedler be-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

handelt werden. In Form von Aufgaben, bei denen diese Patientengruppe zum Fachmann wird, könnte dies in die Gruppenplanung einfließen.

Im Rahmen des Gedächtnistrainings finden unter Berücksichtigung der Vorbildung des Patienten z. B. folgende Materialien Anwendung:

- Stengel-Programm
- KIM-Spiele (Tast-, Duft-, Geschmackserfahrungen)
- Auszüge aus dem Frostig-Test der visuellen Wahrnehmung
- Aufgaben aus dem SIMA-Gedächtnistraining
- Cogpack-Programm am PC
- Sprichwörter und Redewendungen ergänzen
- Stadt, Land, Fluss mit Lexikahilfe.

Gedächtnistraining findet in der Altenarbeit auch als präventives Angebot Anwendung. So können z. B. auch „Hausaufgaben" gegeben werden.

Hinweise zum Gedächtnistraining mit alten Menschen

- Das Gedächtnistraining sollte zeitlich begrenzt stattfinden (30–60 Minuten).
- Es sollte niemals Leistungsdruck ausgeübt werden, keine Schulatmosphäre entstehen.
- Die Aufgabenstellung sollte aus verschiedenen Bereichen (z. B. Wahrnehmung, Altgedächtnis, Allgemeinwissen, Wortfindung) erfolgen und damit nicht nur defizitäre Bereiche bearbeiten. Dies würde den Patienten demotivieren. Nötig ist es vielmehr, Erfolgserlebnisse zu vermitteln.
- Zur Entlastung des Patienten kann Partnerarbeit angezeigt sein (Motto: Zwei wissen mehr als einer).
- Aufgabenlösungen können vom Patienten so geschrieben werden, wie es ihm möglich ist. Gegebenenfalls sollte ganz auf das schriftliche Beantworten verzichtet und Aufgaben mündlich beantwortet werden.
- Aufgabenstellungen sollten sowohl die fluide als auch die kristallisierte Intelligenz ansprechen. Unter fluiden Funktionen versteht man die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung. Die kristallinen Funktionen sind die Fähigkeit zur Problemlösung unter Einsatz von erfahrungsgebundenem oder erlerntem Wissen. Während die fluide Intelligenz im Alter nachlässt, d. h. die Prozesse der Aufnahme- und Informationsverarbeitung sowie das Reagieren auf neue oder mehrfache Anforderungen verlangsamt und somit erschwert wird, ist die kristalline Funktion stärker bildungs-, erfahrungs- und sozialisationsabhängig. Sie kann bis ins hohe Alter stabil bleiben, eventuell sogar gesteigert werden.
- Das verwendete Therapiematerial sollte weitgehend Bezug zum alltäglichen Leben und zur Vorbildung des Patienten haben. So wird beispielsweise jemand, der nie gereist ist, häufig wenig Interesse an geografischen Themen haben.
- Es sollte keine Abfragesituation, kein Beteiligungszwang, keine Konkurrenzsituation entstehen. Der Patient darf einfach nur zuhören.

Im Allgemeinen sollte nicht unbedingt mit einem Themenschwerpunkt (z. B. Musik) gearbeitet werden, da dies die Gefahr birgt, dass Patienten, die dieses Thema nicht interessiert, abschalten (Ladner-Merz et al. 2002).

Bei der Arbeit mit Demenzerkrankten sollte der Schwerpunkt im Vermitteln von Erfolgserlebnissen liegen (z. B. Altgedächtnis, Redewendungen, Sprichwörter), hier kann ein Themenschwerpunkt zur Orientierung günstig sein.

Bewegung und körperliche Aktivitäten

Viele Depressive beschreiben, dass sie sich besonders gut beim Spaziergang entspannen. Durch die Bewegung wird Anspannung abgebaut, gleichzeitig wird der Patient ganzheitlich aktiviert, er spürt sich, muss seine Isolation verlassen. Durch Außenaktivitäten erhält die Therapeutin oft wertvolle, allgemeine Hinweise auf Ängste des Patienten (Bahnfahren etc.) und Informationen über seine körperliche Belastbarkeit. Die Gruppengymnastik (45 Minuten), eine Mischung aus gymnastischen Anteilen und leichtem Gedächtnistraining, je nach Gruppe im Sitzen, dient der allgemeinen Aktivierung, dem Erhalt der körperlichen Beweglichkeit, der Steigerung der Kreislauffunktionen und somit der Endorphinausschüttung bzw. der Steigerung des Wohlbefindens (Beyschlag 1999). Im Rahmen der Gymnastikrunde können entspannende Angebote integriert werden. Die Gruppenmitglieder können sich z. B. paarweise zusammentun, um sich gegenseitig mit Igelbällen den Rücken zu massieren. Die körperliche Aktivität kann dem Aggressionsabbau dienen (z. B. durch Werfen eines Balles, Schlagen des Riesenballons) sowie der Interaktion und dem Kennenlernen der Gruppenmitglieder untereinander. Auch schwächere Patienten können sich hier als Teil einer Gemeinschaft erleben, teilhaben, ohne selbst aktiv sein zu müssen. Gleichzeitig ergeben sich für die Therapeutin wichtige Hinweise zur Ersteinschätzung der Patienten.

Ebenso können Angebote wie Tai-Chi, Qigongübungen, Kegeln, Wandern, Tischtennis, Sportgruppen, Schwimmen, Gartenarbeit zur körperlichen Aktivierung sinnvoll sein. Weitere sinnvolle Behandlungsmaßnahmen für Menschen mit einer altersde-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

pressiven Erkrankung sind z. B. Physiotherapie, Massage/Fango, Entspannungstechniken (z. B. progressive Muskelrelaxion nach Jacobson oder autogenes Training), Konzentrative Bewegungstherapie, aber auch Musik- und Kunsttherapie.

Gestaltungsarbeiten

Im Rahmen der Gruppen mit Gestaltungsschwerpunkt wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, seine Empfindungen mithilfe verschiedenster Materialien auszudrücken. In der Reflexion des Entstehungsprozesses und des Inhaltes des Dargestellten soll er Zugang zu seinen Gefühlen entwickeln.

Mögliche Mittel dazu sind z. B.: bunte Papiere, Buntstifte, Wachsmalkreiden, Kreiden, Druck- und Stempeltechniken, Aquarell, Collagen, Tonarbeiten, Theateraufführungen. Bei älteren Menschen ist zu berücksichtigen, dass sie aufgrund ihrer Erziehung und Sozialisation selten die Möglichkeit hatten, gestalterische Vorerfahrungen zu sammeln. Entsprechend hoch ist oft der Widerstand (z. B. „In meinem Alter soll ich noch anfangen zu malen?“).

Daher müssen die räumlichen Bedingungen so gestaltet werden, dass sich der Patient wohlfühlt und einen sauberen und übersichtlichen Arbeitsplatz vorfindet. Über das Drucken-, Tuschen- oder Stempelnlassen eines Probestücks sammelt er Materialerfahrung und kann so die Hemmschwelle abbauen. Auch ist es sinnvoll, nicht gleich mit frei zu gestaltenden Themen anzufangen. Die Collage als bildnerisches Mittel bietet dem Patienten Gestaltungsmöglichkeiten bei bereits vorhandenen Motiven (Zeitungsbilder, Tonpapier) und führt, wie auch das Mandalamalen, zu freien Themen hin.

Themen der Gestaltungsarbeit in der Einzel- oder Partnerarbeit können z. B. sein:

- Collagen zu verschiedensten Themen, z. B. Sommer, Sechsecke aus Tonpapier anordnen, ein Platz zum Wohlfühlen, der Baum, Chaos/Gleichgewicht, Hände ummalen, „Was ich gerne tue“, der Weg, Traumhaus/Kindheitshaus, Malen zur Geräusch-CD
- Entwerfen eines eigenen Mandalas
- Namensschild gemalt oder in Ton gestaltet
- Kopf aus Ton, Maske aus Ton, Handspielpuppe aus Pappmaschee
- biografische Themen (Kerkhoff u. Hallbach 2002).

In der Gruppenarbeit z. B.:

- Tonkacheln
- Tonarbeit zu einem bestimmten Thema, z. B. an der See, in den Bergen, die Insel, Winterlandschaft
- Projektgruppe, z. B. Seehund oder Krokodil aus Pappmaschee, Gestalten eines Baumes mit Blättern aus selbst hergestelltem Buntpapier, als Collage

Im Rahmen der Gestaltungsthemen wird der Patient eventuell mit Gefühlen konfrontiert, die ihn belasten oder aufwühlen. Daher ist es hier sehr wichtig für die Therapeutin einzuschätzen, ob für den Patienten die Möglichkeit besteht, diese Empfindungen aufzuarbeiten. Bei der Arbeit im ambulanten Bereich muss dies Berücksichtigung finden, da der Patient die Praxis bzw. Tagesklinik abends verlässt und mit seinen Gefühlen allein zu Hause ist.

Exemplarische Darstellung zweier Behandlungsansätze

Fallbeispiel 1: Frau G. und Frau X.

Patientin 1: Frau G., 62 Jahre, kommt nach mehreren Klinikaufenthalten in den letzten Jahren in die gerontopsychiatrische Klinik mit der Diagnose Depression. Sie ist nicht berufstätig gewesen, nach dem Auszug der zwei Kinder verbringt sie die Zeit damit, auf ihren Mann zu warten, der im Außendienst tätig ist. Als Hobby gibt sie an, gerne zu nähen und eine gute Hausfrau zu sein. In letzter Zeit habe sie das Haus kaum verlassen, gegen Nachmittag habe sie sich zwingen müssen, noch ein paar Dinge im Haushalt zu erledigen, da ihr Mann ja bald käme.

Patientin 2: Frau X., Mitte 70, alleinstehend, bis vor einem halben Jahr selbstständige Therapeutin in einer Kleinstadt. Nachdem die Patientin vor einem halben Jahr während einer Autofahrt einen Insult erlitten hatte, der jedoch ohne neurologische Folgeschäden blieb, kommt sie nun mit einer Depression in die Klinik. Sie beschreibt die Tatsache, selbst einen Schlaganfall erlitten zu haben, als ihren persönlichen Albtraum. Sie suche immer noch nach intellektuellen Defiziten bei sich. Das Autofahren habe sie aufgegeben. Die Patientin leidet zusätzlich unter einer leichten Schwerhörigkeit. Arthrose in Hüft- und Kniegelenken schränkt sie beim Laufen ein. Das Auto bedeutete also bisher auch ein Stück Mobilität für sie.

Zielsetzung:

- Ich-Stärkung
- Auseinandersetzung mit eigenen Wünschen und Zielen
- Aufleben positiver Erinnerung, eigene Biografie als Kompetenz
- Kennenlernen der eigenen Bedürfnisse und Wünsche
- Materialerfahrung
- Ausdruck finden für momentane Stimmung.

Einzelarbeit in der Gruppe (6–8 Personen) mit anschließender Reflexion (2 Stunden):

Thema: „Ein Platz zum Wohlfühlen.“

Technik: Collage aus Zeitschriften auf Tonkarton (Format 70 cm x 50 cm).

Methode: ausdruckszentriert.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Material: diverse Zeitschriften, Kataloge, Reiseprospekte etc., Schere, Klebestift, pro Person ein Tonkarton nach eigener Farbwahl.

Beschreibung der Therapiesituation: Die Therapeutin stellt den Patienten ein ausreichendes Maß an diversen Zeitschriften zur Verfügung, die in der Mitte des Tisches liegen. Jeder Teilnehmer erhält eine Schere und evtl. eine Ablagemöglichkeit für die von ihm gewählten Motive. Einleitend wird das Thema kurz erläutert: „Stellen Sie sich vor, Sie könnten sich Ihren Platz zum Wohlfühlen gestalten – wie sähe er aus?" Es werden ein paar Vorschläge gesammelt, dann geht es los. Bei schwächeren Patienten kann man die Aufgabenstellung variieren, indem man die Aufgabe konkreter stellt: „Suchen Sie aus den Zeitschriften die Dinge aus, die Ihnen gefallen."

Die Gruppe wird auf den zeitlichen Rahmen von etwa einer Stunde zum Heraussuchen der Motive hingewiesen. Während Frau G. schon nach kurzer Zeit Motive aus einem Möbelkatalog ausschneidet, entdeckt Frau X. zu ihrer großen Freude ein paar Reisekataloge mit Motiven aus der Wüste. Zielstrebig und schweigend wählt sie einige Motive aus. Nach einer Stunde erfolgt eine Getränkepause von 10–15 Minuten.

Die Pause zwischen zwei Arbeitseinheiten dient einerseits der Entspannung und damit dem Schutz vor Überforderung und Überlastung. Besonders ältere Menschen sollten auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr (2–3 Liter) achten, um Austrocknung zu vermeiden, die Blutzirkulation zu verbessern und Medikamente über die Niere auszuspülen.

Nachdem die Patienten ihre Auswahl begutachtet haben, erfolgt die Entscheidung für einen passenden Tonkarton als Untergrund. Während Frau G. sich für ein leuchtendes Blau entscheidet, sucht sich Frau X. ein helles Gelb als Untergrund für ihre Motive aus. Es folgen das Aufkleben und Anordnen der Motive, wobei Frau G. deutlich um Genauigkeit bemüht ist, während Frau X., die möglichst viele großflächige Motive auf dem Untergrund unterbringen möchte, kaum genug Platz findet.

Während der Nachbesprechung in der Gruppe werden die Collagen gemeinsam betrachtet. Frau G. hat mit ihren Motiven einen Raum dargestellt. Sie schildert die Bedeutung dieses Raumes für sich. Das Bild stellt ein Zimmer im Dachgeschoss ihres Hauses dar. Ihr Mann habe den Raum für sie vor ein paar Jahren ausgebaut und sie habe ihn nach ihren eigenen Vorstellungen gestalten dürfen. Hier wäre auch die Möglichkeit zu nähen. Dies habe sie aber in letzter Zeit nicht mehr getan. Sie berichtet der Gruppe, wie sich ihr Alltag gestaltet, öffnet sich und erzählt, dass sie zuletzt das Haus kaum noch verlassen habe. Die Gruppe registriert dies mit Erstaunen angesichts ihres „jungen" Alters.

Anschließend erklärt Frau X. ihre Collage. Sie erzählt freudig und lebhaft von ihren bis vor zwei Jahren durchgeführten Jeeptouren durch die Wüste, die sie auch in ihrem Alter noch allein unternahm. So sei sie früher gewesen, in letzter Zeit habe sie sich zunehmend zurückgezogen, sich nichts mehr zugetraut. Frau X. erhält viel Bewunderung von den Mitpatienten und es entspinnt sich ein angeregtes Gespräch in der Gruppe. Später auf der Station in der Mittagsrunde strahlt die Patientin und berichtete auch hier von ihren Erinnerungen. Auf der Basis dieser Erinnerung an die eigenen Kompetenzen entwickelt die Patientin zunehmend die Kraft, sich ihren altersbedingten Veränderungen im Allgemeinen zu stellen, die sie bisher verdrängt hatte.

Fallbeispiel 2: Frau M. und Frau B.

Patientin 1: Frau M., 61 Jahre, hat sich nach der Trennung vom Lebensgefährten zunehmend zurückgezogen. Da sie in seiner Firma beschäftigt war, hat sie ihre beruflich bedingten sozialen Kontakte verloren. Zusätzlich hat sie sich seit der Trennung immer stärker vom gemeinsamen Freundeskreis entfernt. Sie ist vom Hausarzt wegen starker Magenbeschwerden behandelt worden und konnte in letzter Zeit nur noch mit Medikamenten schlafen. In der Ergotherapie zeigt sie sich den Mitpatienten gegenüber distanziert und zurückhaltend, bringt sich wenig ins Gespräch ein, ist noch sehr auf sich bezogen. Frau M. äußert den Wunsch, ein Seidentuch zu machen, da sie dies bereits bei einer Kur kennengelernt hat.

Patientin 2: Frau B., 72 Jahre und Hausfrau, hat bis vor drei Monaten ihren 75-jährigen Ehemann nach einem Schlaganfall gepflegt. Nach seinem Tod fühlt sie sich zunehmend erschöpft und einsam. Auch die Einbindung in die Familien der Kinder hat sie nicht aus ihrer Isolation und Antriebslosigkeit gerissen. Zu Hause hat sie sich viel zurückgezogen. Appetitmangel und Schlaflosigkeit haben sie erschöpft. Auf der Station zieht sie sich eher zurück, hat nur Kontakt zu einer gleichaltrigen Zimmernachbarin.

Zielsetzung:

- Ich-Stärkung
- Steigerung des Selbstwertgefühls durch Vermittlung von Erfolgserlebnissen
- Kontaktaufnahme in der Gruppe fördern
- allgemeine körperliche und geistige Aktivierung
- eigene Vorstellungen ausdrücken
- Entscheidungsfähigkeit stärken
- soziale Kompetenz fördern
- allgemeine emotionale Belebung durch Freude am gestalterischen Tun.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Partnerarbeit in der Gruppe (6–8 Personen) mit Nachbesprechung (1–2 Stunden):

- *Thema:* „Seidentuch in Bechertechnik."
- *Technik:* Seidenmalerei auf Tuch (Format 90 cm x 90 cm) oder Schal.
- *Methode:* kompetenzzentriert mit interaktionellem Anteil.
- *Material:* Plastikfolie, Scheren, Kreppband, Schürzen, je ein Seidentuch oder Schal, je 9 Plastikbecher, 3 Pinsel pro Person, Sortiment bügelfixierbare Seidenmalfarben, 2 Wäschesprühflaschen, grobes Salz, 2 Haarföhne und Verlängerungskabel, Bügeleisen und Bügelbrett, Waschbecken.

Beschreibung der Therapiesituation: Die Therapeutin fragt die Gruppenteilnehmer nach ihren Vorerfahrungen mit Seidenmalerei. Frau M. berichtet von ihren Erfahrungen während eines Kuraufenthaltes vor drei Jahren. Anhand eines Beispieles wird nun das Thema der Gruppenstunde erklärt. Die Therapeutin versichert den Teilnehmern, dass sie den unbekannten Arbeitsablauf Schritt für Schritt durchgehen wird. Die Gruppe wartet jeweils, bis alle so weit sind.

Nun sollen sich je zwei Patienten als Team zusammenfinden (Variante: Losverfahren). In der ersten Einheit (1. Stunde) wird Patientin 1 das Tuch nach ihren Vorstellungen gestalten, Patientin 2 unterstützt sie dabei.

In der zweiten Einheit (2. Stunde) werden die Rollen getauscht. Die Patientinnen entscheiden, wer beginnt (z. B. anhand der Vorerfahrung oder des Mutes). Frau M. traut sich aufgrund ihrer Vorerfahrung zu, den Anfang zu machen, während Frau B. noch verunsichert wirkt und sich die Sache nicht so recht vorstellen kann. Beide Patientinnen bekleben ihren Arbeitstisch ganzflächig mit Plastikfolie.

Frau M. entscheidet sich dafür, einen Schal anstelle eines Tuches zu bearbeiten. Sie benötigt darüber hinaus drei Seidenmalpinsel. Aus einer größeren Anzahl von Seidenmalfarben entscheidet sie sich rasch für drei Blautöne. Nun benötigt sie für den Schal fünf bis sechs Plastikbecher sowie etwas grobes Salz. Die Sprühflaschen teilen sich alle Patienten in der Gruppe. Die Plastikbecher werden mit dem Boden nach oben in einer Reihe angeordnet und anschließend das Tuch darüber gelegt. Frau B hilft Frau M. dabei.

Das aufliegende Tuch wird von Frau M. feucht eingesprüht. Anschließend werden alle Becher mit dem Tuch in eine Richtung gedreht. Nun muss sich Frau M. für eine ihrer drei Farben entscheiden und diese auf die Becherböden auftragen. Die Aufgabe von Frau B. besteht darin, umgehend etwas Salz auf die bemalten Flächen zu streuen. Frau M. ummalt mit der zweiten Farbe den Rand der Becherböden, dabei verläuft die Farbe entlang der Falten im Tuch. Mit der dritten Farbe werden auf die noch weißen Flächen farbige Tupfer verteilt. Nun ist das Tuch fertig.

Die Frauen müssen einen Moment auf den Föhn warten und betrachten währenddessen die Ergebnisse der Mitpatienten. Man einigt sich in der Gruppe, wer als Nächstes den Föhn erhält. Beide Frauen können jetzt beginnen, das Tuch gemeinsam trocken zu föhnen. Verrutscht das Tuch beim Föhnen, kann es zu Rändern oder den Verlust des Eindrucks der Falten kommen. Es folgt ein gemeinsames Reinigen und Neugestalten des Arbeitsplatzes. Die fertigen Tücher werden zum endgültigen Trocknen aufgehängt.

Nach einer Getränkepause beginnt nun zum zweiten Mal der Arbeitsablauf, wobei die Therapeutin die Patienten dazu anhält, sich an die erste Arbeitssituation zu erinnern. Diesmal tritt Frau B. in Aktion und Frau M. unterstützt sie dabei. Frau B. entscheidet sich auch für einen Schal, da ihr die Arbeit am Tuch schwerer erscheint. Einige Male ist sich Frau B. über den weiteren Ablauf unsicher. In diesen Fällen wird sie von ihrer Mitpatientin freundlich unterstützt und an den nächsten Arbeitsschritt erinnert.

Als beide Schals fertiggestellt sind, werden sie unter fließendem Wasser ausgespült und trocken gebügelt. Beim Bügeln fühlt sich Frau B. offensichtlich kompetent und bietet Frau M. an, ihren Schal mitzubügeln, was diese annimmt, da sie sich gerade mit einer Mitpatientin im Gespräch befindet.

Die fertigen Tücher werden in der Gruppe betrachtet. Es wird auf besonders gelungene Kombinationen geachtet, die Verschiedenartigkeit betont und nach den gesammelten Erfahrungen im Arbeitsablauf gefragt. Beide Frauen zeigen sich überrascht, wie unterschiedlich die Tücher durch die Farbgebung wirken. Frau B. äußert den Wunsch, ein Tuch passend zu ihrem Mantel zu gestalten, da sie den Arbeitsablauf nun kenne. Frau M. erklärt sich daraufhin bereit, ihr dabei in der offenen Werkgruppe zu helfen.

Demenz

Grundhaltung

Für die ergotherapeutische Arbeit mit dementen Menschen sind folgende Punkte wichtig:

- Die Therapeutin begegnet dem dementen Menschen empathisch und verständnisvoll.
- Sie versucht, im Gespräch und im Handeln die Interessen und die Antriebe des Dementen zu berücksichtigen. Dies gestaltet sich oft schwierig, da der Patient bei fortgeschrittener Erkrankung selten in der Lage ist, seine Interessen und Wünsche zu benennen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Sie ist sich darüber im Klaren, dass ihre Behandlung eher präventiv ist (im Sinne des Hinauszögerns einer Verschlechterung der Symptomatik).
- Sie bedient sich einer Vielfalt von Verfahren, um dem Dementen fachgerecht zu begegnen (z. B. Validation, Mäeutik, Biografiearbeit, 10-Minuten-Aktivierung, Gesprächsführung, Affolter, basale Stimulation).
- Sie erfragt anhand biografischer Hintergründe seine Interessen, Rollen und Werte und richtet die Therapieinhalte daran aus. (Im Rahmen der Demenz kann es möglich sein, dass sich die Interessen des Patienten verlagern.)
- Sie wird zum Orientierungspunkt für den Dementen, strukturiert seinen Tag und nimmt ihn bei seinen Aktivitäten „an die Hand".

Arbeits- und Sozialformen

Einzeltherapie

Indikation für eine Einzeltherapie (30–45 Minuten):

- Der Patient ist beginnend dement und bedarf einer gezielten Einzelförderung (z. B. zur Überprüfung oder Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit).
- Die Therapeutin möchte ihn gezielt bei Aktivitäten des täglichen Lebens begleiten.
- Der Patient ist begleitend depressiv erkrankt und benötigt zunächst viel Zuwendung.
- Der Patient würde durch seine Lautstärke oder Umtriebigkeit die Gruppe stören.
- Die Therapeutin unterstützt die Mahlzeiten nach Affolter oder stimuliert basal.
- Der Patient erhält die Möglichkeit, für ihn bedeutungsvolle Tätigkeiten durchzuführen, und die dazu notwendige Unterstützung.

Gruppentherapie

Indikation für Gruppentherapie:

Der Rahmen für die Gruppe ist dabei vom Thema abhängig: An der Gymnastikrunde oder am Singen nehmen oft mehr Patienten (8–10) teil als beim Backen oder Spielen (2–6). Die Dauer der Therapie ist dem Wohlbefinden des Dementen anzupassen. Je nach Grad der Demenz kann die Therapiezeit bei 20 Minuten, aber auch bis zu einer Stunde betragen. Patienten, die sich überfordert fühlen, werden unkonzentriert oder unruhig. Wer keine Lust mehr hat, darf die Gruppe jederzeit verlassen und ggf. zurückkehren, wenn ihm danach ist. Deshalb ist es sinnvoll, die Therapie auf der Station durchzuführen. Die Behandlung in der Gruppe ist bei dementen Patienten in der Regel zu empfehlen. Sie befriedigt das Bedürfnis des Dementen nach Nähe/sozialen Kontakten. Je nach inhaltlichem Schwerpunkt fördert sie das Gefühl von Nähe, gegenseitiger Unterstützung, Kommunikation und Austausch. Sie gibt Sicherheit und Orientierung und regt zum Nachahmen an. Bei der Arbeit mit dementen Patienten können die ADLs zum Einsatz kommen, aber auch Bewegungsangebote wie Gruppengymnastik, Duftübungen des Qigong und ebenso Gestaltungsangebote wie freies Malen oder an den Erfahrungsschatz anknüpfende Tätigkeiten.

Ergotherapeutische Zielsetzung

Aus der Symptomatik der Demenz (s. S. 343f.) lassen sich folgende Behandlungsziele ableiten **(Tab. 5.9)**:

- Ich-Stärkung
- Stärkung des Selbstwertgefühls durch biografisches Arbeiten
- Förderung und Erhalt der Selbstständigkeit
- Beratung von Angehörigen bei der Wohnumfeldgestaltung, im Umgang mit den Betroffenen
- Vermitteln von zeitlicher, örtlicher Orientierung und zur Person
- Strukturierung des Tagesablaufes
- Vermitteln von Bestätigung durch Einbezug in tägliche Verrichtungen
- Vermitteln sensorischer und motorischer Reize.

Ergotherapeutische Methoden und Vorgehensweisen

Die therapeutischen Ansätze im Umgang mit Demenzkranken zielen auf den Erhalt der Kommunikations- und Wahrnehmungsfähigkeit ab. Es werden neben den psychosozialen Behandlungsverfahren der Ergotherapie (s. Kap. 2.4.1 und 2.4.2) verschiedene Verfahren und Methoden berücksichtigt (Schaade 2003).

Validation nach Naomi Feil

Als Weiterentwicklung der Gesprächsführung nach Rogers kann im Umgang mit Demenzkranken die Validation angesehen werden. Ziel der Validation ist es, als Betreuender die Antriebe/Gefühle des Demenzkranken wahrzunehmen und zu bestätigen. Antriebe (wie Ordnungssinn, Schönheitssinn, Unabhängigkeitsstreben) sowie die Gefühle des Patienten (wie Einsamkeit, Trauer, Freude, Ängstlichkeit) werden verbal bestätigt, ernst genommen und zugelassen. Der Demenzkranke erlebt eine Atmosphäre von Akzeptanz, so, wie er ist, angenommen zu sein. Seine subjektive Sicht auf sich selbst und auf seine (Um-) Welt wird anerkannt und verstärkt (Feil 2005, Richards 1997).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.9** Ergotherapeutische Behandlungsansätze für Patienten mit Demenz

Allgemeine Ziele	Ergotherapeutische Methode	Ergotherapeutische Mittel und Angebote
Überprüfung und Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit	Kompetenzzentrierte Methode	Gespräch, Erfragen des persönlichen Hintergrundes, Biografie, Durchführung von Tätigkeiten des täglichen Lebens
Förderung des Selbstwertgefühls, Ich-Stärkung	Kompetenzzentrierte Methode im Übergang zu den neurophysiologischen Behandlungsverfahren	Anknüpfen an vertraute Tätigkeiten (z. B. Handarbeiten, Handwerk), Arbeit im Altgedächtnis (z. B. mit Sprichwörtern, Liedern, Assoziieren, Erinnern an früher), Anleitung bei gewohnten Tätigkeiten (Tischdecken, Wäschebügeln, Holzschleifen, Kartoffel- oder Äpfelschälen),10-Minuten-Aktivierung
Orientierung zur eigenen Person	s. o.	Gemeinsames Anlegen einer „Datensammlung“, die Vorlieben und Abneigungen, Lieblingspersonen, -musik u. Ä. festhält, Betrachten von Fotoalben
Vermitteln von zeitlicher und örtlicher Orientierung	s. o.	Bezug zur Jahreszeit gestalten (z. B. über Obst und Gemüse, Blumen, jahreszeitliche Feiern, Aktivitäten und Kalender, Uhren), allgemeine Milieugestaltung, Wochenstruktur durch wiederkehrende Aktivitäten markieren (z. B. Singgruppe), Tagesstruktur durch bestimmte wiederkehrende Handlungen verdeutlichen (z. B. Morgengymnastik, Mahlzeiten)
Vermitteln von taktilen Reizen und von Entspannung	Wahrnehmungszentrierte Methode im Übergang zu den neuropsychologischen Behandlungsverfahren	Milieugestaltung (z. B. Tastwände schaffen, Snoezelraum gestalten), mit Materialien hantieren lassen (z. B. Wollewickeln), basale Stimulation
Ventil für körperliche und psychische Unruhe schaffen	s. o.	Körperliche Aktivitäten (z. B. Spaziergänge, Gymnastik), Außenaktivitäten
Erhalten der Selbstständigkeit und der motorischen Fähigkeiten	Kompetenzzentrierte Methode	Esstraining, Unterstützung der selbstständigen Körperpflege, Nahrungsaufnahme, An- und Ausziehen, Gymnastik
Pflege und Aufrechterhalten mitmenschlichen Kontaktes	Interaktionelle Methode	Gruppenangebote wie gemeinsames Singen, Kaffeetrinken, Gymnastik

Beispiel: Eine Patientin (82) berichtet freudig, dass Vater und Mutter sie gleich besuchen werden. Als man sie darin bestätigt und ihr sagt, wie schön dies sei, lächelt sie selig und bestätigt, dass sie sich schon sehr freue.

Angehörige können an den validativen Umgang mit den Betroffenen herangeführt werden.

Aktivitäten des täglichen Lebens

Gerade in der Arbeit mit dem Demenzkranken kommt den Aktivitäten des täglichen Lebens eine besondere Bedeutung zu, sind sie es doch, die dem dementen Patienten über lange Zeit ein weitgehend selbstständiges Leben ermöglichen sollen. Gleichzeitig knüpfen sie an Erfahrungen im Langzeitgedächtnis an, und sie erfüllen das Grundbedürfnis des Menschen nach sinnvoller Betätigung. Natürlich darf einem Patienten mit starker Apraxie kein scharfes Messer in die Hand gegeben werden. Genauso problematisch ist es jedoch, einen beginnend Dementen nur noch mit dem Löffel essen zu lassen. Die Symptomatik der Demenz bringt es mit sich, dass die Therapeutin unter Umständen jeden Arbeitsschritt verbal begleiten und den Arbeitsplatz so vorbereiten muss, dass der Patient möglichst selbstständig agieren kann (z. B. beim Backen). Außenaktivitäten wie ein gemeinsamer Einkauf oder Spaziergang mobilisieren den Patienten und vermitteln vielfältige sensorische Reize. Gemeinsames Singen aktiviert das Langzeitgedächtnis, regt die Lungenfunktion und damit den Kreislauf an und stärkt das Gemeinschafts-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gefühl. Aufgabe der Ergotherapeutin kann es hier auch sein, die Räumlichkeiten zu Hause oder auf der Station so zu gestalten, dass sie dem Betroffenen Orientierung bieten. So kann eine Wohnraumanpassung zu Hause den Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen (Schaade 2008).

Biografiearbeit

Die Biografiearbeit mit dem Demenzkranken zielt darauf ab, mit dem Betroffenen, dessen Angehörigen und Freunden möglichst viele Erinnerungen über seine Kindheit, Geschwister sowie berufliche und familiäre Entwicklung in den Anfangsjahren zu sammeln. Dies betrifft seine Interessen (z. B. Hobbys, Musikgeschmack) ebenso wie seine Abneigungen (z. B. er mag keine Milch, ist ein Morgenmuffel). Diese Aspekte werden von der Therapeutin als Gedächtnisstütze beispielsweise in ein Gespräch eingebaut. Der Demenzkranke erhält auf diese Weise Orientierungshilfen zur eigenen Person. Es kann gemeinsam ein Erinnerungsbuch mit wichtigen Motiven aus der Lebensgeschichte (Familie, Beruf, Interessen) erstellt werden. Aber auch positiv assoziierte Geschmacks-, Geruchs- und Höreindrücke, wie Lieblingsmusik, können den Dementen entspannen und sein Selbstwertgefühl stärken (Pigorsch et al. 2002).

10-Minuten-Aktivierung

Die 10-Minuten-Aktivierung nach Schmidt-Hackenberg (1996) greift Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis auf. Gegenstände zu einem Thema werden auf dem Tisch ausgebreitet und geben Anlass zum Gespräch (z. B. Wäsche waschen früher: Waschbrett, Wäscheklopfer, Waschmittelpaket etc.). Kaffeemühle und lose Kaffeebohnen, Spitzen, Leinen und eventuell Flachs sowie Schultafel, Griffel, Kreide und Schwamm geben Anstoß zum Erfahrungsaustausch, wie es früher war. Im Gespräch und im Begreifen der vertrauten Gegenstände werden Erfahrungen und Erinnerungen zum jeweiligen Thema in der Gruppe ausgetauscht. Auch hier ist der Hintergrund bzw. sind die Interessen des Patienten zu berücksichtigen. Eine ehemalige Studienrätin verließ entsetzt den Tisch, als für eine Gruppe Haushaltsgegenstände von früher ausgebreitet wurden: Das wäre nichts für sie.

Beispiel: „Ich habe hier einen Steinkrug mitgebracht, können Sie sich noch erinnern, wozu man den früher gebraucht hat?“ „Für Gurken“, „… um Sauerkraut einzulegen.“ „Wer erinnert sich noch, wie man das Sauerkraut hergestellt hat?“ „Zuerst braucht man mal einen Weißkohl, der wird in Stücke geschnitten und mit Salz bestreut in den Krug geschichtet, obendrauf kommen ein Holzbrett und ein Stein zum Beschweren.“ „Können Sie sich noch erinnern, welche Lebensmittel man früher selbst eingemacht hat?“

Realitätsorientierungstraining

Das Realitätsorientierungstraining nach Folsom und Taulbee (ROT) findet heute nur noch bedingt Anwendung. Es ist sicherlich sinnvoll, in der Gestaltung der Räumlichkeiten für den Demenzkranken Orientierungshinweise zu geben (informelle Realitätsorientierung). Kalender, Uhren, Türbeschriftungen und jahreszeitlich bezogene Gestaltung von Räumen, Aktivitäten und Lieder geben dem Patienten einen zeitlichen und örtlichen Orientierungsrahmen. Auch sollte der Patient immer wieder beim Namen genannt werden. Angesichts der Agnosie des Patienten sollte jedoch vermieden werden, ihm z. B. sein eigenes Gesicht zu zeigen, da sein Selbstbild eventuell im 30. Lebensjahr liegt, er sich aufgrund seiner Agnosie aber nicht selbst erkennen kann (Langer u. Haag 1987).

Mäeutik

Hinter dem Begriff der Mäeutik (griech. *Hebammenkunst*) verbirgt sich ein aus den Niederlanden stammender ganzheitlicher Ansatz im Umgang mit Demenzkranken, eine Mischung aus ROT, Validation, basaler Stimulation, Snoezelen und Biografiearbeit. Im Gegensatz zu Naomi Feil gehen die Entwickler des Mäeutikansatzes nicht davon aus, dass Demenzkranke alle Gefühle immer äußern. Manchmal sind emotionale Ausbrüche auf gerontopsychiatrische Krankheitsbilder zurückzuführen. Nicht alle Demenzkranken verarbeiten Ereignisse aus ihrer Vergangenheit, die sie bisher verdrängt hatten. Ziel der erlebnisorientierten Betreuung ist es, im Hier und Jetzt für den Betroffenen eine positive Lebenssituation zu schaffen und die Mittel dazu situationsbedingt zu variieren. Als Indikator für gelungenes Handeln gilt die positive Rückmeldung des Demenzkranken: „Der Lohn ist ein Lächeln“ (van der Kooij 2000).

Basale Stimulation

Die basale Stimulation nach Fröhlich wurde zur Behandlung schwerstbehinderter Menschen entwickelt. Sie zielt auf Menschen, die durch ihre Behinderung in ihrer Eigenaktivität in erheblichem Maße eingeschränkt sind. Basale Stimulation will den Mangel an Eigenerfahrung, an Eigenbewegung und Auseinandersetzung mit der Umwelt kompensieren (z. B. beim bettlägerigen pflegebedürftigen Dementen).

Sowohl im Rahmen von Pflegehandlungen (wie Waschen, Anziehen), aber auch in der Ergotherapie können sensorische Erlebnisse und Körperkontakt

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

vermittelt werden. Rhythmische Übungen, Wärme und Kälteerleben, haptische, orale, akustische, olfaktorische und optische Reize sollen den Patienten aus seiner Isolation führen. Die basale Stimulation wird als Einzeltherapie durchgeführt (Hartwanger 1996) (s. Kap. 2.4.1).

Snoezelen

Das aus den Niederlanden stammende Snoezelen findet schwerpunktmäßig in der Arbeit mit älteren Menschen statt. Snoezelen ist eine ausgewogen gestaltete Räumlichkeit, in der durch harmonisch aufeinander abgestimmte multisensorische Reize Wohlbefinden und Selbstregulierungsprozesse beim Anwesenden ausgelöst werden. Diese Methode wendet sich allgemein an alte Menschen im Heim, aber sie erscheint auch für Demente sehr geeignet (Brehmer 1995).

Verschiedene neuropsychologische Behandlungsverfahren können darüber hinaus zum Einsatz kommen (Schaade 2002):

- Bobath-Konzept
- Affolter-Konzept
- Sensorische Integration
- Kinästhetik bzw. Feldenkrais – bei Schwerstdemenzkranken (Habermann u. Wittmershaus 2005).

Auch die Musik- und die Physiotherapie haben bei der Therapie Demenzkranker eine große Bedeutung.

Exemplarische Darstellung zweier Behandlungsansätze

Am Beispiel der Demenz werden zwei Behandlungsansätze (Gymnastik im Sitzen und Getränkepause) vorgestellt.

Fallbeispiel: Frau L. und Herr P.

Offenes Gruppenangebot (bis zu 12 Patienten, 2-Stunden)

Patientin 1: Frau L., 72 Jahre, hat mit Unterstützung ihrer Nachbarin bis vor Kurzem zu Hause gelebt. Tagsüber wurde sie in einer Tagespflegeeinrichtung betreut. Durch die körperliche Erkrankung der Nachbarin mit anschließender Pflegebedürftigkeit ist Frau L. nun von ihrer Betreuerin in einem Heim untergebracht worden, da sie allein nicht mehr zurechtkam. Frau L. hat keinen Kontakt mehr zu ihren Kindern, sie leidet zeitweise sehr darunter, allein zu sein. Die Besuche der Betreuerin hat sie kurze Zeit später bereits vergessen. Frau L. wirkt körperlich noch sehr agil, sie ist motorisch nicht eingeschränkt, zeigt keine Anzeichen einer Apraxie.

Im Gespräch zeigt sie deutliche Zeitgitterstörungen und ist örtlich desorientiert, sie weiß nicht, wo sie ist. Gegen Abend möchte sie das Heim verlassen, sie müsse nach Hause, man warte dort auf sie. Häufig beginnt sie dann auch Mitbewohner zu beschuldigen, sie trügen ihre Sachen, erkennt ihre Kleidung nicht und wühlt im Schrank ihrer Zimmernachbarin.

Patient 2: Herr P., 84 Jahre alt, ehemaliger Landwirt, verwitwet, ein Sohn, fortgeschrittene Demenz. Der Patient ist zeitweise motorisch unruhig, spricht unzusammenhängende Sätze in Mundart, braucht Anleitung bei einfachen Handlungen und ist in der Umsetzung bereits deutlich gestört. Tagsüber wandert Herr P. ruhelos auf der Suche nach Arbeit auf den Fluren umher, beginnt Stühle umzustellen und beschäftigt sich mit dem Fegen der Flure. Das Einnehmen der Mahlzeiten gelingt zeitweise noch weitgehend selbstständig. Zeitweise ist der Patient deutlich überfordert, den Löffel zum Mund zu führen; stattdessen schmiert er in gleichmäßigen Wischbewegungen den Tisch mit Eintopf ein, wenn man ihn allein essen lässt. Beim Ankleiden und Toilettengang ist Herr P. vollständig auf fremde Hilfe angewiesen.

Gymnastik im Sitzen (45 Minuten):

Technik: Gruppengymnastik im Sitzen.

Methode: interaktionell und kompetenzzentriert.

Material: Gymnastikbälle, Riesenballon, wahlweise kleine Bälle, Tücher, Ringe, Stühle mit Armlehnen.

Zielsetzung: allgemeine körperliche Aktivierung, Interaktion, Wahrnehmung der Mitpatienten, Aggressionsabbau.

Beschreibung der Therapiesituation: Die Patienten/Bewohner werden von der Therapeutin und vom Pflegepersonal in den Gymnastikraum der Station geführt. Die Stühle stehen im Kreis, bei der Sitzanordnung ist auf eine gute Verteilung zwischen hörfähigen und nichthörfähigen, motorisch aktiven und inaktiven Bewohnern zu achten. Unter Umständen ist es sinnvoll, eine zweite Person (Pflegekraft) mit in die Gruppe zu nehmen. Braus (2004, S. 18) weist auf die Bedeutung der Spiegelneuronene hin: Je mehr Gruppenmitglieder die Bewegung umsetzen, desto mehr kann der Demente das „gewünschte Verhalten" beobachten.

Die Therapeutin begrüßt die Patienten, stellt sich und ihr Anliegen vor. Sie fragt sie nach ihrem Befinden. Hierbei spielt nur das subjektive Befinden eine Rolle. Geäußerte Bedürfnisse nach Wärme, Durststillen etc. sollten erfüllt werden, da die Patienten sich sonst nicht wohl fühlen. Frau L. berichtet, dass sie gut geschlafen habe, während Herr P. stumm dasitzt. Die Therapeutin weist auf den Tag, das Datum und das Wetter hin, nimmt eventuell Bezug zur Jahreszeit (z. B. Feiertage). Die Runde beginnt mit dem Zuwerfen des Balles, wobei die Therapeutin den Namen des Bewohners nennt. Nach einer Weile werden unter Zuwurf des Balles (bei beginnend Dementen) leichte Begriffe gesammelt (z. B. Vornamen, Berufe, Lebensmittel, Einkauf auf dem Markt).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

In der Gymnastikrunde kann Herr P. die mündlichen Aufgaben (Sammeln von Begriffen) nicht mehr umsetzen. Er ist jedoch in der Lage, den Ball zu fangen, verweilt dann hin und wieder mit ihm auf dem Schoß. Fordert man ihn auf, den Ball wieder in die Runde zu geben, erhebt er sich in der Regel und trägt den Ball zu einem Mitpatienten, mit dem er ein kurzes Gespräch anknüpfen möchte. Er gibt dann den Ball seinem Gegenüber in die Hände und meist bedankt die Person sich erfreut. Zufrieden kehrt er zum Platz zurück oder verweilt stehend bei seinem Gesprächspartner.

Es wird sicher immer Bewohner geben, die Schwierigkeiten haben, den Ball wieder weiterzugeben. Sie verharren mit dem Ball auf dem Schoß. Viele Patienten stehen spontan auf und beginnen, den Ball aufzuprellen. Da das Zuwerfen des Balles auch ein Aggressionsventil sein kann, erscheint es sinnvoll, erst bei fortgeschrittenen Dementen auf dem Tisch zu arbeiten (Schaade 2002).

In der Gymnastikrunde ist Frau L. aktiv beteiligt, sie ist viel gereist und war als Büroangestellte berufstätig. Sie zeigt deutliches Interesse an den mündlichen Aufgaben. Die anschließenden gymnastischen Übungen werden verbal von Beispielen aus dem täglichen Leben begleitet sein (z. B. Schulter hochziehen von „Mein Name ist Hase“, Schunkeln von einer Beckenseite zur anderen bei „Denken Sie ans Oktoberfest!“, das Schwingen der Arme erinnert an das Wandern). Frau L. kann die meisten Gymnastikübungen gut umsetzen und dient damit den anderen als Orientierung. Der Einsatz eines großen Ballons (Durchmesser 110 cm) motiviert meist zu einer spontanen Reaktion mit der Hand, dem Knie oder dem Fuß, so auch bei Herrn P. Anschließend wird der Gymnastikball als Fußball benutzt und von einem zum anderen geschossen. Die Gymnastikrunde schließt unter Hinweis auf die anschließende Getränkepause und den weiteren Verlauf des Tages (z. B. Backen, Spaziergang, Musiktherapie, Gärtnereibesuch).

Getränkepause (30 Minuten):

Technik: Getränkepause mit Obst (ca. 8 Patienten).

Methode: kompetenzzentriert und interaktionell.

Materialien: Tassen, Obstschale, Messer, Löffel, Teller aus einem für die Bewohner erreichbaren Schrank, Wasserflaschen, Tee, Joghurt, eventuell Papiertücher für die Finger, ein großer stabiler Tisch mit Stühlen (Küchenatmosphäre).

Zielsetzung: Erhaltung der Alltagskompetenz, Wahrnehmungsschulung, Erhalten sozialer Kompetenzen durch gegenseitige Hilfestellung, Anregung zum Gespräch.

Beschreibung der Therapiesituation: Die Bewohner werden von der Therapeutin zum Tisch geleitet. Wer noch dazu in der Lage ist, hilft nun, Tassen, Teller, Getränke und Obst auf den Tisch zu stellen und zu verteilen. Frau L. übernimmt diese Aufgabe gerne. Die Bewohner werden nach ihren Wünschen hinsichtlich Getränk (Flüssigkeitszufuhr) und Obst oder Joghurt befragt. Die Obstsorten sollten immer wieder etwas variieren, da auf diese Weise vielfältige Geschmacks- und Konsistenzinformationen vermittelt werden. Auch die Joghurt- und Quarkspeisen können variiert werden. Es werden Messer und Löffel angeboten.

Herr P. bedient sich spontan aus der Obstschale und beginnt, eine Kiwi zu verzehren, ohne sie zu schälen. Die raue Schale spuckt er auf den Teller zurück. Wer noch dazu in der Lage ist, einen Apfel zu schälen, wird gebeten, dies auch für seinen Sitznachbarn zu tun. Frau L. sieht sich nun veranlasst, Herrn P. zu unterstützen, indem sie ihm einen Apfel schält und hinlegt. Erst als Herr P. das erste Stück Apfel in den Fingern hält, beginnt er automatisch auch die weiteren Stücke zum Mund zu führen.

Häufig kann eine sehr archaische Form des Obstessens beobachtet werden: Kiwis, Bananen und Orangen werden aufgebrochen und ausgelutscht oder aufgebissen. Die Therapeutin kann korrigierend eingreifen, indem sie die entsprechenden Werkzeuge zur Verfügung stellt, Hinweise zur Handhabung gibt und den Patienten bei der Handlung durch Führen unterstützt.

Die Obstsorten geben Anlass zum Gespräch über den Garten, Kochen und Backen, Jahreszeiten, über die eigene Biografie. Nach Beendigung der Essrunde kann das schmutzige Geschirr am Tisch in einer Spülschüssel abgewaschen und von den Bewohnern in der Gruppe abgetrocknet werden. Der Sitzplatz wird gemeinsam aufgeräumt und ordentlich hinterlassen.

Chronifizierte Psychosen und Altersparanoia

Grundhaltung

Für den ergotherapeutischen Umgang mit wahnhaften Patienten sind folgende Aspekte zu beachten:

- Die Therapeutin stellt das wahnhafte Erleben des Patienten nicht infrage.
- Sie begegnet dem Patienten, indem sie dessen Gefühle widerspiegelt, dessen Ängste und Nöte, aber auch seine Freude bestätigt.
- Sie geht auf den Wahn nicht ein, zeigt aber Verständnis für die Situation des Patienten.
- Sie signalisiert ihr persönliches Interesse am Patienten und bemüht sich darum, die Hintergründe der Wahnentwicklung zu verstehen.
- Sie bestätigt die Empfindungen des Patienten, verweist ihn aber auf die Realität.
- Im Kontakt zeigt sich die Therapeutin echt und wahrhaftig, kongruent im Verhalten und in ihrer Mimik, sie signalisiert Wertschätzung.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Sie zeigt sich verlässlich im Kontakt, trifft klare Absprachen über Zeiten und Inhalte der Therapieeinheiten. Treten Veränderungen ein, werden diese gegenüber dem Patienten begründet: „Die Therapieeinheit findet heute eine halbe Stunde später statt, weil …“ So werden dem Patienten verlässliche äußere Strukturen im Tagesablauf vermittelt.
- Die Kompetenzen des Betroffenen werden angesprochen und betont, sodass sein Selbstwertgefühl gestärkt wird und er Bedeutung empfindet.
- Die Interessen des Patienten finden in der Gestaltung der Therapie und des Tagesablaufes Berücksichtigung.
- Die Therapeutin vermittelt dem Patienten, dass auch sie negative und positive Persönlichkeitsanteile in ihrer Person vereint.
- Sie akzeptiert Fehler des Patienten und weckt sein Interesse für Aktivitäten.
- Sie wahrt Distanz, denn zu viel Nähe kann von psychotischen Patienten als bedrohlich empfunden werden. Das Kontaktangebot erhält sie jedoch aufrecht.

Für die therapeutische Wirksamkeit ist es notwendig, dass die hier beschriebene Grundhaltung im gesamten Behandlungsteam vorherrscht.

„Die Äußerungen von wahnhaften Patienten können in Gruppensituation zu Unverständnis der Umgebung führen. Hier kommt der Gruppenarbeit mit unterschiedlichen Aktivitätsangeboten eine besondere Bedeutung zu. Das Anknüpfen an früher gekonnte, seit Langem nicht mehr geübte Aktivitäten, erleichtert die Eingliederung alter Menschen in die Gruppe. Freizeitaktivitäten, Haushaltstätigkeiten, handwerkliche oder künstlerische Übungen führen meist zu einer guten Integration von Wahnerkrankten in der Gruppe, während sie in Gesprächsgruppen entweder wesentliche Erlebnisse verschweigen oder durch Schilderungen von Wahnerlebnissen zum Außenseiter werden“ (Kipp 1996, S. 39). Die Ergotherapie ist somit ein guter Ansatz, um alten Menschen mit einem Wahnerleben Handlungs-, Ausdrucks- und Kontaktmöglichkeiten zu ermöglichen.

Werden Assessments wie z. B. die Interessencheckliste oder das COPM eingesetzt, muss darauf geachtet werden, dass bereits ein vertrauensvolles Verhältnis zum Patienten besteht. Wahnhafte und beginnend demente Patienten fühlen sich unter Umständen examiniert und ausgefragt, reagieren misstrauischer, als wenn Fragen sich im Rahmen einer Unterhaltung ergeben.

Die ergotherapeutische Behandlung von alten Menschen mit einer Psychose ähnelt in vielen Punkten den Behandlungsansätzen in der Allgemeinpsychiatrie (s. Kap. 4.1). Wenn wahnhaftes Erleben im Rahmen demenzieller Entwicklungen im Alter vorkommt und wenn die Merkfähigkeit des Patienten herabgesetzt ist, sind die Mittel zur langfristigen Intervention begrenzt. Natürlich rücken beim alten Menschen die Fragen nach der Selbstversorgung und nach sinnvollen Freizeitbeschäftigungen in den Vordergrund. Die Ergotherapie kann aber in vielen Bereichen zum Ansatzpunkt werden. Beispielsweise indem sie die Kontaktaufnahme anbahnt, sensorische Deprivation vermeidet und/oder das Umfeld der Betroffenen positiv verändert.

Fallbeispiel: Frau P.

Frau P, alleinstehend, Verwaltungsangestellte, Mitte 70, hat seit ihrem 61. Lebensjahr mit ihrer älteren Schwester in deren Haus zusammengelebt. Die Patienten ist seit ihrer Berentung vor einigen Jahren durch ihren Diabetes Typ II zunehmend beeinträchtigt. Nach dem Tod der Schwester vor zwei Monaten haben die Nichten einen Pflegedienst organisiert, der Frau P. beim Insulinspritzen hilft und die Beine versorgt, da sie unter Wundheilungsstörungen leidet. Auch die Sehfähigkeit hat inzwischen nachgelassen. Vor der Klinikaufnahme hat Frau P. sich im Haus durch männliche Stimmen bedroht gefühlt, die aus dem Keller kamen: Sie stehe in Konkurrenz zu ihrer Schwester. Die Versorgung durch den Pflegedienst wurde von der Patientin zunehmend abgelehnt, bis sie schließlich den Mitarbeitern den Zugang zur Wohnung verwehrte.

Ein halbes Jahr nach der Berentung hatte die Patientin erstmal psychotische Symptome gezeigt, damals war es zur gemeinsamen Wohnlösung mit der Schwester gekommen. Die Patientin konnte damals gut ambulant medikamentös behandelt werden.

Auf der Station zeigt Frau P. zunächst deutlich zerfahrende Gedanken. Sie wirkt im Kontakt vermeintlich dement, da sie Aufforderungen des Pflegepersonals nicht umsetzen kann, unzusammenhängend redet und Probleme mit der Orientierung auf der Station hat. Die Patientin wirkt starr, zieht sich in sich zurück, sitzt mit geschlossenen Augen, nimmt von sich aus keinen Kontakt auf. Nachdem Frau P. sich unter der Medikation mit Neuroleptika zugänglicher und entspannter zeigt, wird sie in das Gruppenprogramm der Ergotherapie aufgenommen. Sie ist weiterhin eher still und zurückhaltend, nimmt von sich aus kaum Kontakt auf, antwortet aber auf Ansprache und wirkt zunehmend geordneter.

Im Rahmen der Gruppenaktivitäten (Gymnastikrunde, Gestaltungsgruppe, Gedächtnistraining) registriert Frau P., dass sie in ihrer kognitiven Leistung einigen Mitpatienten überlegen ist. Sie äußert den Wunsch, mal wieder zu stricken, erbittet sich nur anfänglich Hilfe, arbeitet selbst

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

an ihrem Strickzeug im Stationsalltag, wenn ihr danach ist. Die Patientin gibt dann die Rückmeldung, dass ihr das Stricken aufgrund ihrer eingeschränkten Sehfähigkeit und der motorischen Einschränkung durch die Neuroleptika zurzeit nicht möglich ist.

Im Rahmen einer Partnerarbeit in der Gruppe sollen die Patienten u. a. vier Dinge benennen, die sie gerne tun, wenn es ihnen gutgeht. Frau P. berichtet, dass sie immer gerne im Garten gearbeitet habe, als es ihr noch möglich war. Sie habe gerne gehandarbeitet, sei viel spazieren gegangen und war im örtlichen Kirchenchor, als sie noch mobiler war.

Frau P. nutzt gern das Angebot der offenen Singgruppe, ist dort zunehmend aktiver und kann einerseits auf ihren Erinnerungsschatz aus der Jugendzeit, andererseits aus der Zeit als Chormitglied zurückgreifen und so bringt sie einige Vorschläge ein. Die vergrößerten Liedtexte ermöglichen es ihr aber auch, neue Liedtexte zu lesen und zu erlernen.

Auf der Station äußert Frau P. den Wunsch, gerne an den Außenaktivitäten des ergotherapeutischen Angebotes teilnehmen zu wollen. Da sie durch ihren Diabetes zunehmen immobiler geworden ist, ist sie dankbar über das Angebot, nun einen Leihgehwagen nutzen zu können, aber auch in der Sicherheit einer Gruppe gehen zu können. Sie könne zwar nicht mehr gärtnern, sei aber immer noch gerne draußen in der Natur. Der Patientin wird die Rückmeldung gegeben, dass sie sich mit dieser Haltung offensichtlich gut der veränderten Situation angepasst habe.

Sie fühlt sich offensichtlich bestätigt und berichtet daraufhin, dass sie sich die Welt über das Radiohören ins Haus geholt habe, seit sie nicht mehr so beweglich sei.

Während des gemeinsamen Gehens in der Gruppe im Klinikpark kommt es in einer Pause auf der Parkbank zum Gespräch mit Frau P. Die Patientin eröffnet unvermittelt das Gespräch:

Die Patientin äußert zunächst ihren Unmut darüber, dass ihre Schwester sich nicht mehr habe medizinisch behandeln lassen, als sie erkrankte. Nun sei sie tot.

Patientin wird gespiegelt, dass sie sich ohnmächtig gefühlt habe, weil sie nichts tun konnte, um die Schwester zu beeinflussen. Das es verständlich sei, dass sie wütend sei darüber von der Schwester allein gelassen worden zu sein. Diese sei offensichtlich eine wichtige Stütze für sie gewesen.

Die Patientin bestätigt dies, berichtet aber, dass sich die Nichten nun um sie kümmern würden. Diese hätten aber auch Familie und nicht so viel Zeit. Die Versorgung durch den Pflegedienst wäre auf die Nichten zurückzuführen, denen sie vertraue.

Der Patientin wurde gespiegelt, dass sie sich auf die Familie offensichtlich verlassen könne. Sie bestätigt dies und schildert einige biografische Szenen, betont u. a., dass sie es nicht leicht gehabt habe als junge Frau. Die Eltern seien sehr streng gewesen. (Frau P. beginnt dabei zu weinen.) Im weiteren Verlauf des Gespräches berichtet sie dann, dass es vor einiger Zeit zu einem Wechsel der Pflegekraft des versorgenden Pflegedienstes gekommen sei. Statt der bisherigen Kraft sei eine junge Frau gekommen, der die Patientin u. a. unterstellt, die leeren Medikamentenschachteln zu entwenden, um diese weiterzuverkaufen. Der Patientin wird die Rückmeldung gegeben, dass sie offensichtlich Vertrauen zur ersten Pflegenden gefasst hatte, nun nach dem Verlust der Schwester sich erneut an neue Personen gewöhnen musste. Das es aber üblich bei Pflegediensten sei, dass die Pflegepersonen, bedingt durch Urlaube und Erkrankungen, auch mal wechseln. Gleichzeitig wird Verständnis dafür signalisiert, dass ein Wechsel der Bezugsperson auch immer wieder bedeutet, dass man erneut Vertrauen fassen muss. Frau P. schildert daraufhin nochmals ihre Bedenken und der Sachverhalt wird ihr erneut mit ähnlichen Worten erklärt. Einige in der Nähe sitzende Mitpatienten bestätigen die Äußerungen der Therapeutin aus eigener Erfahrung.

Im Laufe weiterer Gespräche z. B. in der Getränkepause zwischen den Therapieeinheiten äußert sich die Patientin immer wieder mal, dass sie sich Sorgen mache, wie sie es zu Hause schaffen werde. Die zurückliegende Versorgungssituation durch den Pflegedienst wird weiter wahnhaft bewertet. Der Patientin wird wieder gespiegelt, dass sie der Betreuung durch den Pflegedienst immer noch skeptisch gegenüberstünde. Sie bestätigt dies. Gleichzeitig berichtet sie aber auch von Gesprächen mit den Nichten, die ihr Vorschläge machen, wie es zu Hause weitergehen könne (Pflegedienst, Putzfrau und Gärtner). Die Ambivalenz der Patientin wird deutlich: Einerseits betont sie den Wunsch, nach Hause gehen zu wollen, andererseits hat sie wegen ihrer freundlichen Art auf der Station guten Kontakt zu einigen Damen. Sie wisse, dass sie ja nicht hier bleiben könne. Die skeptische und wahnhafte Bewertung häuslicher Pflege durch die Patientin veränderte sich auch im weiteren Verlauf der Behandlung nicht. Die Patientin zeigte sich aber in der Klinik gegenüber den Stationsmitarbeitern freundlich und kooperativ. Frau P. wurde im Rahmen eines Familiengespräches der Vorschlag gemacht, in ein Altenheim zu gehen. Schon während der Besichtigung mit dem Sozialarbeiter möchte die Patientin gerne gleich dort bleiben.

In der morgendlichen Befindlichkeitsrunde vor der Gymnastikrunde berichtet die Patientin, dass sie nicht verstünde, warum man sie nicht dort gelassen habe (formale Gründe). Am liebsten würde sie ja nach Hause gehen. Sie bestätigt aber, dass dies zurzeit wohl keine so eine gute Idee wäre. Der Patientin wird gespiegelt, dass man manchmal etwas verändern muss, wenn es einem

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

mit der Situation nicht mehr gut gehe. Die Trauer über den Verlust der gewohnten Umgebung sei verständlich, andererseits habe sich vor einigen Jahren die Entscheidung, zur Schwester zu ziehen, positiv stabilisierend auf die Patientin ausgewirkt.

Der Patientin wird die Rückmeldung gegeben, dass sie aufgrund ihrer freundlichen Art und Persönlichkeit sicherlich auch dort schnell Kontakte knüpfen werde, das Heim befindet sich am Wohnort der Patientin, sodass bestehende soziale Kontakte auch weiterhin gepflegt werden können. Außer der medizinischen Versorgung bietet die Einrichtung vielfältige Angebote, an denen Frau P. teilnehmen könne. Wie sich hier in der Klinik gezeigt habe, bringe sie die Bereitschaft mit, sich auf Neues einzulassen. Es gibt, wie die Patientin von Besuchen bei einer ehemaligen Nachbarin weiß, dort einen großen Garten, den sie nutzen könne. Sie könne weiter auf die Unterstützung der Nichten bauen. Die Patientin wurde ins Heim entlassen.

5.3 Psychosomatik

Wiebke Flotho

5.3.1 Einführung

Die psychosomatische Medizin hat während der letzten Jahrzehnte in Deutschland vor allem im Bereich der Rehabilitation an Bedeutung gewonnen. Ärzte und Psychologen arbeiten zunehmend Hand in Hand bei der Behandlung von psychosomatisch Erkrankten.

Psychosomatik: Psyche und Soma (Seele und Körper) sprechen den Zusammenhang zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen an. Körper und Seele beeinflussen sich in einer ständig andauernden Wechselwirkung gegenseitig. Psychosomatische Krankheiten weisen darauf hin, dass diese Wechselwirkung gestört ist (Lieb u. von Pein 1990).

In diesen Fachbereich gehören neben den Persönlichkeitsstörungen und den neurotischen Störungen, somatoformen autonomen Funktionsstörungen und somatopsychischen Störungen eben die psychosomatischen Störungsbilder. Dabei spielt die Versorgung chronischer Erkrankungen der Gegenwart (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes) eine wachsende Rolle. Dem Fachbereich Psychosomatik liegen verschiedene Modelle und Konzepte zugrunde, die versuchen, immer neue Erkenntnisse über Entstehung und Verlauf von krankheitsbezogenen Merkmalen zu erforschen. Diese Konzepte bieten den Fachleuten der Psychosomatik wichtige Anhaltspunkte, um Symptome erkennen und Diagnosen stellen zu können.

Ergotherapeutische Behandlungsansätze innerhalb der Psychosomatik finden sich seit den 80er-Jahren in der stationären Rehabilitation, wie beispielsweise in psychosomatischen Fachkliniken und psychosomatischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. In den letzten Jahren entwickelt sich vereinzelt in ergotherapeutischen Praxen ein ambulantes Behandlungsangebot für diese Klientel.

Geschichtlicher Rückblick

Die Geschichte der deutschen Psychosomatik beginnt in den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Felix Deutsch nutzt den Begriff „psychosomatisch“ für das „Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der Inneren Medizin“ (Deutsch 1922). Obwohl die Psychoanalyse der Psychiatrie nahe steht, rät Freud den Psychoanalytikern, sich von der Psychosomatik fernzuhalten. Sie sollen lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu konzentrieren und zu begrenzen. Erst Franz Alexander baut als Analytiker eine Brücke zur Medizin, indem er sieben Körperkrankheiten, den sogenannten „Heiligen Chicago Sieben“, je einen unbewussten Konflikt zuschreibt (Alexander 1950). Er beschreibt beispielsweise beim Ulcus-duodeni-Kranken den nicht bewussten Wunsch, genährt und versorgt zu werden. Dies führe zu einer „Scheinfütterungs“-Physiologie des Magens und im Verlauf zu einer „Andauung“ des Magens. So hat er die Psychologie und die Physiologie verbunden. In dem ersten Lehrbuch der Psychosomatik (Weiss u. English 1943) fordern die Autoren dagegen eine „psychosomatische Sehweise“ für die gesamte Medizin, die neben den somatischen Anteilen die psychischen mehr studiere und einbeziehe. Dies soll durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Psychiateranalytikern mit Internisten gewährleistet werden. Von Uexküll möchte mit seinem Ansatz der „Integrativen Psychosomatik“ die Trennung der „Ärzte für die Seele“ und der „Ärzte für den Körper“ aufheben. Dieses Modell plädiert für den zusätzlichen Erwerb psychosozialer Kenntnisse in der allgemeinen Ausbildung zum Mediziner. Da die Psychiater psychodynamische Psychotherapie und Psychoanalyse bis in die 60er-Jahre ablehnen, werden die psychosomatisch Erkrankten vorwiegend durch Internisten oder Allgemeinärzte behandelt. Dies führt dazu, dass Erstere in den frühen 60er-Jahren beginnen, psychothera-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

mit der Situation nicht mehr gut gehe. Die Trauer über den Verlust der gewohnten Umgebung sei verständlich, andererseits habe sich vor einigen Jahren die Entscheidung, zur Schwester zu ziehen, positiv stabilisierend auf die Patientin ausgewirkt.

Der Patientin wird die Rückmeldung gegeben, dass sie aufgrund ihrer freundlichen Art und Persönlichkeit sicherlich auch dort schnell Kontakte knüpfen werde, das Heim befindet sich am Wohnort der Patientin, sodass bestehende soziale Kontakte auch weiterhin gepflegt werden können. Außer der medizinischen Versorgung bietet die Einrichtung vielfältige Angebote, an denen Frau P. teilnehmen könne. Wie sich hier in der Klinik gezeigt habe, bringe sie die Bereitschaft mit, sich auf Neues einzulassen. Es gibt, wie die Patientin von Besuchen bei einer ehemaligen Nachbarin weiß, dort einen großen Garten, den sie nutzen könne. Sie könne weiter auf die Unterstützung der Nichten bauen. Die Patientin wurde ins Heim entlassen.

5.3 Psychosomatik

Wiebke Flotho

5.3.1 Einführung

Die psychosomatische Medizin hat während der letzten Jahrzehnte in Deutschland vor allem im Bereich der Rehabilitation an Bedeutung gewonnen. Ärzte und Psychologen arbeiten zunehmend Hand in Hand bei der Behandlung von psychosomatisch Erkrankten.

Psychosomatik: Psyche und Soma (Seele und Körper) sprechen den Zusammenhang zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen an. Körper und Seele beeinflussen sich in einer ständig andauernden Wechselwirkung gegenseitig. Psychosomatische Krankheiten weisen darauf hin, dass diese Wechselwirkung gestört ist (Lieb u. von Pein 1990).

In diesen Fachbereich gehören neben den Persönlichkeitsstörungen und den neurotischen Störungen, somatoformen autonomen Funktionsstörungen und somatopsychischen Störungen eben die psychosomatischen Störungsbilder. Dabei spielt die Versorgung chronischer Erkrankungen der Gegenwart (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes) eine wachsende Rolle. Dem Fachbereich Psychosomatik liegen verschiedene Modelle und Konzepte zugrunde, die versuchen, immer neue Erkenntnisse über Entstehung und Verlauf von krankheitsbezogenen Merkmalen zu erforschen. Diese Konzepte bieten den Fachleuten der Psychosomatik wichtige Anhaltspunkte, um Symptome erkennen und Diagnosen stellen zu können.

Ergotherapeutische Behandlungsansätze innerhalb der Psychosomatik finden sich seit den 80er-Jahren in der stationären Rehabilitation, wie beispielsweise in psychosomatischen Fachkliniken und psychosomatischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. In den letzten Jahren entwickelt sich vereinzelt in ergotherapeutischen Praxen ein ambulantes Behandlungsangebot für diese Klientel.

Geschichtlicher Rückblick

Die Geschichte der deutschen Psychosomatik beginnt in den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Felix Deutsch nutzt den Begriff „psychosomatisch“ für das „Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der Inneren Medizin“ (Deutsch 1922). Obwohl die Psychoanalyse der Psychiatrie nahe steht, rät Freud den Psychoanalytikern, sich von der Psychosomatik fernzuhalten. Sie sollen lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu konzentrieren und zu begrenzen. Erst Franz Alexander baut als Analytiker eine Brücke zur Medizin, indem er sieben Körperkrankheiten, den sogenannten „Heiligen Chicago Sieben“, je einen unbewussten Konflikt zuschreibt (Alexander 1950). Er beschreibt beispielsweise beim Ulcus-duodeni-Kranken den nicht bewussten Wunsch, genährt und versorgt zu werden. Dies führe zu einer „Scheinfütterungs“-Physiologie des Magens und im Verlauf zu einer „Andauung“ des Magens. So hat er die Psychologie und die Physiologie verbunden. In dem ersten Lehrbuch der Psychosomatik (Weiss u. English 1943) fordern die Autoren dagegen eine „psychosomatische Sehweise“ für die gesamte Medizin, die neben den somatischen Anteilen die psychischen mehr studiere und einbeziehe. Dies soll durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Psychiateranalytikern mit Internisten gewährleistet werden. Von Uexküll möchte mit seinem Ansatz der „Integrativen Psychosomatik“ die Trennung der „Ärzte für die Seele“ und der „Ärzte für den Körper“ aufheben. Dieses Modell plädiert für den zusätzlichen Erwerb psychosozialer Kenntnisse in der allgemeinen Ausbildung zum Mediziner. Da die Psychiater psychodynamische Psychotherapie und Psychoanalyse bis in die 60er-Jahre ablehnen, werden die psychosomatisch Erkrankten vorwiegend durch Internisten oder Allgemeinärzte behandelt. Dies führt dazu, dass Erstere in den frühen 60er-Jahren beginnen, psychothera-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

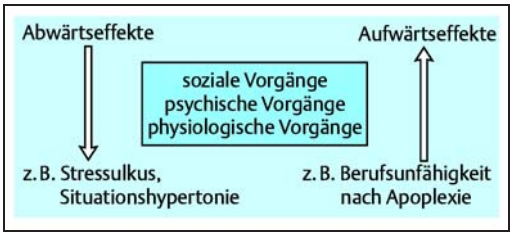

Abb. 5.12 Auf- und Abwärtseffekte zwischen Vorgängen, die primär auf verschiedenen Systemebenen stattfinden (nach Adler et al. 1996).

peutische Abteilungen aufzubauen. Durch die Psychiatrie-Enquete 1975 wird die Zweiteilung in einen psychiatrischen und einen psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgungsstrang bestätigt.

Parallel zu den beschriebenen Entwicklungen kommt es seit den 50er-Jahren zu weiteren Veränderungen innerhalb der Versorgungslandschaft. Es entsteht die Verhaltenstherapie mit dem Bereich der Verhaltensmedizin. Und speziell in der Bundesrepublik Deutschland findet sich die Psychosomatik besonders stark vertreten in der stationären Rehabilitation. Im Rehabilitationsbereich kommt es von 1950 bis 1990 zu einem 35-fachen Zuwachs (von ca. 200 auf 7064) an Betten (Meyer 2002, S. 5). Es entwickelt sich eine Teilung der psychosomatischen Medizin in ambulante und stationäre Versorgung. Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes zum 1. Januar 1999 führt zu einer Gleichstellung von Diplompsychologen und Medizinern in der Ausübung von Psychotherapie. Dies soll eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung gewährleisten.

Theoretische Grundlagen

Biopsychosoziale Modelle bilden heute die Grundlage für ein umfassendes Verständnis der Psychosomatik. Dabei werden psychologische, physiologische und soziale Bedingungen sowie Verhaltensgewohnheiten berücksichtigt, die zur Entstehung von Erkrankungen führen. Als Modelle dienen psychoanalytische Krankheitskonzepte, Grundlagen psychotherapeutischer Medizin, Psychoneuroimmunologie, Genetik und Kausalmodelle zum Stress. Auch die Salutogenese wird als neues Konzept diskutiert (Lamprecht u. Johnen 1997).

Von Uexküll und Wesiak (1988) entwickelten ein psychosomatisches Modell, ein Integrationsmodell **(Abb. 5.12)**, das dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis zuzuordnen ist. Das Modell unterteilt die Faktoren einer psychosomatischen Erkrankung in vier Bereiche. Neben der sozialen und psychischen Ebene wird die biologische in eine physiologische und eine anorganische (Ebene der Substanzen unbelebter Natur) aufgeteilt. Alle vier Ebenen haben an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Erkrankung ihren Anteil, der jeweils unterschiedlich groß ist.

Die *Abwärtseffekte* verdeutlichen die Auswirkungen sozialer und psychischer Vorgänge auf die körperliche Ebene des Menschen. Ein Stressulkus kann etwa als Folge von Konflikten am Arbeitsplatz, Hektik und Unruhe in den täglichen Abläufen oder lang andauernden Partnerschaftskonflikten auftreten. Psychische Dispositionen der persönlichen Lerngeschichte des Menschen werden aktiviert (z. B. Besorgnis), die sich zur Panik steigern kann, oder eine Bedrücktheit, die zur Verzweiflung wird. Dadurch können die physiologischen Vorgänge stark beeinträchtigt werden. Es kommt zu Verkrampfungen der Magenwände, der Säurehaushalt gerät aus dem Gleichgewicht bis hin zu der Bildung eines Ulkus.

Die *Aufwärtseffekte* beschreiben umgekehrt die psychischen und sozialen Konsequenzen, die aus Störungen körperlicher Vorgänge entstehen können. So kann es durch die Einwirkung von Toxinen (z. B. Designerdrogen) zu schweren Schädigungen kognitiver Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse im Gehirn eines jungen Menschen kommen, die schwere soziale Folgen haben. Die erfolgreiche Teilnahme an Schule und Ausbildung ist gefährdet, innerhalb der Familie entstehen Konflikte.

Als moderne theoretische Grundlage kann auch das biopsychosoziale Modell herangezogen werden, das mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erheblich erweitert wurde. Es versucht, den gesamten Lebenshintergrund der Betroffenen zu erfassen (Schuntermann 2005, WHO 2001).

Therapieschulen und Ansätze

Die Therapie psychosomatischer Erkrankungen erstreckt sich über den gesamten Bereich der Psychotherapie. Behandlungsformen sind beispielsweise: psychoanalytische Therapieverfahren, multimodale Verhaltenstherapie, Familientherapie, Paartherapie, Gesprächspsychotherapie, Psychodrama, körperorientierte Verfahren, Kunst- und Gestaltungstherapie.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Psychoanalytische Therapieverfahren

Die theoretischen Grundlagen dieser Therapieverfahren begründen sich auf der Basis psychoanalytischer Neurosentheorien, wie z. B. dem Konfliktmodell der Neurosenentstehung nach Freud, dem die Strukturtheorie der drei intrapsychischen Instanzen zugrunde liegt. Weiterentwickelt und verändert wurden diese ersten Ansätze durch die Ich-Psychologie nach Erikson (1950), die Selbst-Psychologie nach Kohut (1973) und die Objektbeziehungs-Psychologie nach Kernberg (1975). Wichtige therapeutische Methoden sind beispielsweise das freie Assoziieren, durch das der Patient seine Gedanken, Gefühle, Träume und Fantasien unbewertet äußert und sie allmählich in sein Bewusstsein aufnimmt. Das Arbeiten am Widerstand beruht auf der Erkenntnis, dass alle den Konflikt bzw. die neurotische Symptomatik aufrechterhaltenden Faktoren dem Patienten unbewusst sind. Sie sollen durch eine Widerstandsanalyse innerhalb der Therapie von Therapeutin und Patient gemeinsam angeschaut und aufgelöst werden. Im ambulanten Setting sind beispielsweise folgende Formen der Psychoanalyse zu finden: Die sogenannte *klassische Psychoanalyse* dauert 3–5 Jahre, umfasst etwa 400–800 Stunden, findet im Liegen statt, die Therapeutin verhält sich „passiv". Es wird innerhalb dieses Settings mit Deutungen gearbeitet, die Regression des Patienten wird gefördert. Indikationen für diese lange Form der Analyse sind: Psychoneurosen, in erster Linie hysterische, phobische, zwangsneurotische und neurotisch-depressive Krankheitsbilder. Weitere Verfahren:

- Psychoanalytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Psychoanalytische Kurzpsychotherapie (Götze 2002).

Multimodale Verhaltenstherapie

Der Begriff der *Verhaltensmedizin* meint die systematische Anwendung der Prinzipien und Techniken der Verhaltenspsychologie auf das Feld der Medizin (Blanchard 1977).

Es haben sich verhaltensorientierte und kognitive (auch physiologisch und emotional ausgerichtete) Konzepte entwickelt, die in den Bereichen der Prophylaxe von Krankheit, Reduktion von Krankheit und Bewältigung chronischer Krankheit ihren Einsatz finden. Dabei wird unterschieden in Krankheitsverhalten, das aus einer somatischen Krankheit resultiert, und Krankheitsverhalten, das durch eine seelische Störung geprägt ist. Die Strategien und Interventionen bauen jeweils auf der Ursache des Krankheitsverhaltens auf. Therapie wird als zeitlich begrenzter Erfahrungsbereich verstanden, während dessen es zu einer vorübergehenden Abhängigkeit des Patienten vom Therapeutenwissen und -verhalten kommt. Das Ergebnis der Verhaltenstherapie soll eine deutliche Erhöhung der Eigenständigkeit in der Lebensführung des Patienten sein, im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe" (Hand 1989, S. 561). Die Strategien der Verhaltenstherapie werden unter ständiger Einbeziehung und Anpassung der Motivation des Patienten und der Therapeut-Patient-Beziehung angewendet.

Den Beginn einer Behandlung bilden *Problemanalysen*, in denen die vom Patienten vorgetragenen Symptome in Bedingungen und Funktionen des Verhaltens eingeordnet werden. Das Verhalten des Individuums wird in einem kausalen Zusammenhang zu seiner Umwelt und in den zeitlichen Dimensionen der Vergangenheit, der Gegenwart und mit perspektivischem Blick betrachtet. Dies ermöglicht der Therapeutin eine Hypothesenbildung mit darauffolgender Abklärung. Einer gemeinsamen Entscheidung für oder gegen eine Therapie schließt sich eine Zielformulierung an.

Daraus lassen sich die *spezifischen Interventionen* für die Therapie ableiten. Die Interventionsformen beziehen sich auf die Problemebenen und Störungsformen des Patienten. So wird bei Verhaltensstörungen an der Verhaltensreduktion gearbeitet, bei Verhaltensdefiziten am Verhaltensaufbau. Die Verhaltenstherapie bietet hier standardisierte Verfahren zum Training von Fertigkeiten (z. B. Problemlösetraining, Kommunikationstraining, Distressbewältigungstraining, Entspannungstraining, Skillstraining). Indikationen zur Verhaltenstherapie bilden alle psychosomatischen Erkrankungen aus den Bereichen der Psychotherapie/Psychiatrie, Neurologie und inneren Medizin.

Versorgungsangebote

Die Versorgung psychosomatisch Erkrankter kann grundsätzlich in zwei Bereiche aufgeteilt werden, die stationäre und die ambulante Therapie **(Tab. 5.10)**.

Die ambulante Versorgung wird durch Ärzte und Psychologen mit entsprechender Zusatzqualifikation gewährleistet. Hier bilden Allgemeinärzte, Internisten, Psychiater und psychologische Psychotherapeuten die größten Gruppen der Ansprechpartner. An einigen Orten setzt sich eine zusätzliche Anbindung dieser Klientel an ergotherapeutische Praxen durch.

Die stationäre Fachversorgung wird durch Konsultations- oder Liaisondienste einzelner Psychosomatiker in Allgemeinkrankenhäusern gewährleistet.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. **5.10** Psychosomatische Versorgung ambulant versus stationär (nach Meyer 2002)

Ambulante Versorgung	Stationäre Versorgung
Eine Methode	Methodenvielfalt
Eine Therapeutin	Interdisziplinäres Therapeutenteam
Frequenz: 0,5–5 Stunden wöchentlich	Diverse therapeutische Angebote
Gewohntes Lebensumfeld bleibt erhalten	Täglich neues Umfeld im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft
Meist bleibende Psychotherapiemotivation	Meist geringe Psychotherapiemotivation
Dauer: 25 Wochen bis 2–4 Jahre	Dauer: 4–8 Wochen, vereinzelt mehrere Monate

Psychotherapeutisch-psychosomatische Krankenstationen bieten ein breiteres Methodenrepertoire. Psychiatrische Einrichtungen verfügen in der Regel über Psychotherapiestationen. In speziellen Fach- und Rehabilitationskliniken finden sich Stationen mit Behandlungsschwerpunkten, auf denen mit homogenen Störungsbildern themenzentriert gearbeitet wird. Eine Schulentrennung wird vielerorts noch praktiziert. So gibt es u. a. Kliniken mit verhaltensmedizinischem oder psychoanalytischem Schwerpunkt. Auch die Spezialisierung auf bestimmte Erkrankungen der Neurologie, der Psychosomatik oder der inneren Medizin bildet ein Auswahlkriterium. In diesen größeren Fachkliniken finden sich Ergotherapeuten in einem Team von Spezialtherapeuten (Neun 1990).

5.3.2 Krankheitsbilder

Unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Ansatzes ist es wichtig, Störungsbilder in ihrer Komplexität zu erfassen. Dies gelingt unter der Beachtung der Aufwärts- und Abwärtseffekte des Erkrankten innerhalb seines Lebenssystems. An dieser Stelle sei auch die ICF (WHO 2001) erwähnt, die eben diesen Ansatz wählt und selbst ein biopsychosoziales Modell der Gesundheit darstellt. Die Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des Menschen werden anhand der Komponenten des Körpers, der Aktivitäten und der Teilhabe des Individuums in ihren Auswirkungen auf die Ausführung von menschlicher Betätigung betrachtet. Dabei werden als Kontextfaktoren in erster Linie Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren in ihrem Einfluss auf die anderen Komponenten berücksichtigt.

Die Darstellungsform der Krankheitsbilder wird überwiegend den Ausführungen von von Uexküll et al. (1996) angeglichen. Der hier gezeigte Überblick kann nur exemplarisch sein und bezieht sich neben dem Fachbereich der Psychosomatik auch auf die Gebiete der Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und der inneren Medizin. Die einzelnen Krankheitsbilder sollen kurz in Bezug auf ihre klinischen Erscheinungsformen dargestellt werden. Ein vertiefendes Verständnis über die Psychodynamik der Erkrankungen kann an dieser Stelle nicht geleistet werden. Dem Bezug zur Ergotherapie gilt das größte Interesse. Dies wird durch die Zuordnung der Indikationen zu den einzelnen Behandlungsansätzen und durch jeweils ausgewählte Fallbeispiele in den folgenden Unterkapiteln versucht. Dabei gilt es zu beachten, dass dies nur der herkömmlichen Betrachtung von Krankheit gerecht wird. Der umfassendere Ansatz des biopsychosozialen Modells gewinnt aber für die Praxis zunehmend an Bedeutung. Ein Fallbeispiel zu den ergotherapeutischen Behandlungsansätzen soll diese neuere Denkweise verdeutlichen.

Neurotische Störungen

Sie gehören zum Fachbereich der Psychotherapie, spielen aber auch in der psychosomatischen klinischen Versorgung eine große Rolle. Hier finden sich in stationärer Behandlung gehäuft Patienten mit folgenden Erscheinungsbildern: Hysterie, Zwangsstörungen, Angststörungen, Depression, Hypochondrie. Nähere Informationen über die Neurosen finden sich in Kapitel 4.3.

Persönlichkeitsstörungen

In Kapitel 4.2 finden sich Ausführungen, die auf die Psychosomatik übertragen werden können. Es kommt häufig zu Fällen von Komorbidität zwischen Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen, Psychotraumata, sexuellen Störungen und selbstschädigendem Verhalten.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Funktionelle Syndrome

F45.3: Somatoforme autonome Funktionsstörung.

„Während sich bei den neurotischen Störungen die Symptomatik vorwiegend auf das Erleben, die Affektivität, auf Vorstellungsinhalte oder den Antrieb bezieht, sind die funktionellen Störungen körperbezogene psychische Störungen; die Symptomatik äußert sich subjektiv durch körperliches Leiden“ (Ahrens u. Schneider 2002, S. 336).

Sie stellen eine Herausforderung für die psychosomatische Medizin dar, weil die Patienten – auch nach mehrfacher organmedizinischer Abklärung ohne Befund – überzeugt von einer organischen Erkrankung sind. Es scheint eine sekundäre hypochondrische Krankheitsfurcht zu bestehen, die zu immer neuen Überweisungen zu Spezialärzten führt. Hierbei entsteht ein erheblicher Kostenaufwand.

Funktionelle Herz-Kreislauf-Störung

F45.30: Somatoforme autonome Funktionsstörung im kardiovaskulären System.

Die Betroffenen beschreiben körperliche Empfindungen, für die in den Untersuchungen keine passenden Ergebnisse diagnostiziert werden können. Bei diesem Personenkreis fallen eine ausgeprägte Klagsamkeit sowie Tendenz zur allgemeinen Ängstlichkeit und Schonung auf. Es werden Herzbeschwerden beschrieben, wie Herzjagen, Herzstolpern oder ein Stechen in der linken Brust. Atembeschwerden werden in Form von Beklemmungsgefühlen bis hin zur Atemnot benannt. Eine vegetative Symptomatik kann sich durch Schlaflosigkeit, Parästhesien, Zittern, Schwindel etc. äußern. Allgemein werden Beschwerden wie Abgeschlagenheit oder Erschöpfung zum Ausdruck gebracht. Letztlich leiden diese Patienten unter psychischen Beschwerden, wie Reizbarkeit, innerer Unruhe und Angst.

Hyperventilationssyndrom

F45.33: Somatoforme autonome Funktionsstörung, respiratorisches System.

Eine Hyperventilation ist im akuten Stadium gekennzeichnet durch schnelle und unruhige Atmung, der Patient zeigt sich nervös und ängstlich. Er nimmt ein Zittern und eine Gefühllosigkeit an Händen und Füßen, wie ein Absterben der Gliedmaßen, wahr. Es kann zu Sehstörungen, Benommenheit, Kopfschmerzen und Schwindel kommen. Dabei wird sehr häufig eine Atemnot erlebt, verbunden mit einem Engegefühl über der Brust. Eine Abgrenzung zu den Symptomen der Angina pectoris fällt schwer. So tritt auch eine Kombination des Hyperventilationssyndroms mit einem funktionellen kardiovaskulären Syndrom häufig auf.

Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich

F45.31: Somatoforme autonome Funktionsstörung oberer Gastrointestinaltrakt.

F45.32: Somatoforme autonome Funktionsstörung unterer Gastrointestinaltrakt.

Funktionelle Abdominalbeschwerden fassen mehrere gastrointestinale Syndrome zusammen, wie funktionelle Oberbauchbeschwerden und funktionelle Unterbauchbeschwerden. Funktionelle Oberbauchbeschwerden „entbehren einer morphologisch fassbaren Ursache, die Grenzen innerhalb des Verdauungstraktes sind fließend“ (Ahrens u. Schneider 2002, S. 371). „Der heute geläufige Begriff funktionelle Unterbauchbeschwerden beschreibt einen Symptomenkomplex, der durch Störung der Darmfunktion mit Leibschmerzen und Stuhlunregelmäßigkeiten gekennzeichnet ist. Funktionelle Beschwerden sind durch das Fehlen morphologischer, biochemischer oder infektiöser Ursachen definiert“ (Ahrens u. Schneider 2002, S. 375).

Synkopen

F48.8: Sonstige näher bezeichnete neurotische Störung psychogene Synkope.

R55: Synkope und Kollaps.

Als Synkope bezeichnet man einen flüchtigen Bewusstseinsschwund mit einhergehendem Schwindelgefühl. Als Synonyme werden auch die Begriffe Ohnmacht, vagovasaler Anfall oder Faint benutzt. Der Patient erholt sich in der Regel ohne den Einsatz von Wiederbelebungsmaßnahmen.

Schmerzsyndrome

F45.4: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung.

Darunter sind „andauernde, schwere und quälende Schmerzen zusammengefasst, die nicht vollständig durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung erklärt werden können. Weiter wird gefordert, dass der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftritt, die schwer genug sein sollen, um als entscheidender ursächlicher Einfluss angesehen zu werden“ (Ahrens u. Schneider 2002, S. 387).

Fibromyalgie

M79.0: Rheumatismus, nicht näher bezeichnet.

Als Leitsymptom gilt ein schlecht lokalisierbarer Schmerz im Bewegungsapparat mit druckschmerzhaften Sehnenansätzen. Neben dem Lumbal- und Zervikalbereich treten die Schmerzen vermehrt in

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

der Serratusmuskulatur, den Schultern und den Innenseiten der Kniegelenke auf. Diese Erkrankung unterscheidet sich von den entzündlich-rheumatischen Krankheiten durch ein Fehlen entzündlicher Veränderungen.

Schlafstörungen

F51: Nichtorganische Schlafstörungen.

Schlafstörungen werden auch als Insomnie bezeichnet. Nach ICD-10 kann man von einer solchen Störung ausgehen, wenn sowohl das Einschlafen und Durchschlafen als gestört erlebt werden, wenn dies mindestens dreimal wöchentlich über die Dauer eines Monats auftritt, wenn Besorgnis über die Schlafstörung und ihre Auswirkungen geäußert wird und ein deutlicher Leidensdruck sowie negative Konsequenzen für die berufliche und soziale Leistungsfähigkeit erkennbar werden.

Psychosomatische Störungen

F54: Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten.

Eine zusätzliche Kodierung wird angefügt, um die körperliche Störung näher zu bezeichnen.

„Psychosomatische Störungen im engeren Sinne sind Krankheiten, bei denen ein seelischer Einfluss auf Entstehung und Verlauf der Krankheit angenommen wird und die organdestruktiv verlaufen“ (Ahrens u. Schneider 2002, S. 399).

Dabei gibt es nicht *den* psychosomatisch Erkrankten mit bestimmten Persönlichkeitsstrukturen. Bei vielen fällt eine eher technische Sichtweise ihrer selbst und ihrer Umgebung auf. Die Erlebnisfähigkeit wirkt eingeschränkt. So ist es vielen schwer psychosomatisch Leidenden nicht möglich, ihre Emotionen zu beschreiben. Konflikte und emotional belastende Erlebnisse scheinen seelisch nicht verarbeitet werden zu können. Sie manifestieren sich als Ventil auf der körperlich-biologischen Ebene in Form einer somatischen Erkrankung.

Asthma bronchiale

J45.9: Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet.

„Asthma ist eine variable und reversible Atemwegsobstruktion infolge Entzündung und Hyperaktivität der Atemwege“ (Nolte 2002, S. 811). Ein asthmatischer Anfall zeigt sich in deutlicher bis hin zu lebensbedrohlicher Atemnot mit Atemgeräuschen, Auswurf und Husten. Der Patient erlebt diese körperlichen Anzeichen immer verbunden mit Emotionen, wie Unruhe und Angst oder Ärger und Gereiztheit.

Ulcus duodeni

K26.-: Ulcus duodeni.

„Typischerweise schildern die Patienten mit Duodenalulkus ihre Beschwerden als krampfartige epigastrische Schmerzen, die besonders bei nüchternem Magen auftreten und sich durch Nahrungsaufnahme lindern“ (Ahrens u. Schneider 2002, S. 462). Darüber hinaus treten Symptome wie Sodbrennen, Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln, Aufstoßen und Völlegefühl auf.

Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

K51.-: Colitis ulcerosa.
K50.-: Morbus Crohn, Crohn-Krankheit, Enteritis regionalis.

Beide Krankheiten gehören zu den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Colitis ulcerosa findet sich fast ausschließlich im Bereich des Dickdarms, beginnt im Rektum und breitet sich von distal nach proximal aus. Sie geht einher mit schleimigen, teilweise auch blutigen Stühlen. Es kann Fieber auftreten und zu schwerem Blutverlust sowie starken Schmerzen kommen.

Morbus Crohn breitet sich in alle Darmwandschichten aus. Es kommt zur Fistelbildung, häufig in der Analregion. Dies kann bis zur Zerstörung des Schließmuskels führen. Das Beschwerdebild ist je nach Befall der Darmregion unterschiedlich. Bei Dünndarmbefall kommt es zu Durchfällen, starken Schmerzen und Blähbauch.

Koronare Herzkrankheit

I20.-: Angina pectoris.
I21.-: Akuter Myokardinfarkt.
I22.-: Rezidivierender Myokardinfarkt.

Ursache für die koronare Herzkrankheit sind Veränderungen an den Herzkranzgefäßen, die zu einer gestörten Durchblutung des Herzens führen. Die Angina pectoris ist der dabei auftretende Schmerz, der wie „Enge in der Brust“ bis hin zu „Messerstichen im Herzen“ empfunden wird. Kommt es zu einer akuten Mangelversorgung des Herzens mit Sauerstoff, kann ein Herzinfarkt mit bedrohlicher Schädigung des Herzens auftreten. Das Typ-A-Verhalten wurde als möglicher Persönlichkeitszug herausgearbeitet, das auf in der Person liegende Verhaltenseinflüsse hindeutet, die zur Entstehung dieser Störungen beitragen können. Der A-Typus scheint in immer weniger Zeit immer mehr erreichen und leisten zu müssen, er wird als Typus „geballte Faust mit Stoppuhr“ bezeichnet.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Hörsturz und Tinnitus

H93.1: Tinnitus aurium.

Ein Hörsturz ist ein meist plötzlich einsetzender Hörverlust, häufiger einseitig als doppelseitig auftretend. Diese Art Schwerhörigkeit kann in verschiedener Ausprägung auftreten, bis hin zu völliger Taubheit. In bis zu 80% der Fälle begleitet Tinnitus den Hörsturz. Ein Tinnitus ist ein Ohrgeräusch, das dauerhaft oder kurzzeitig in unterschiedlicher Lautstärke auftritt. Er wird von den Betroffenen als Zischen, Klingeln oder Pfeifen etc. beschrieben und oft als zermürbend erlebt.

Neurologie

Konversion

F44.9: Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (Konversionsstörungen).

Klassische Konversionssymptome sind beispielsweise der psychogene Schiefhals, der sich vom extrapyramidalen Torticollis spasmodicus durch das Nichtvorhandensein des antagonistischen Muskelspiels abgrenzt. Bei einer psychogenen Gangstörung zeigt eine Rollstuhlfahrerin eine „Akrobatik", während sie sich in Hocke vorwärts bewegen, aber nicht laufen kann. Dies erscheint nur durch den zugrunde liegenden Konflikt bzw. Affekt möglich. Ein weiteres Beispiel ist eine psychogene Lähmung (z. B. die Flexion eines Armes). Schon Freud beschrieb diesbezüglich, dass eine hysterische Kontraktur das Höchstmaß einer Verkürzung aufzeige, zu der ein Muskel fähig sei.

Schreibkrampf

F48.8: Sonstige näher bezeichnete neurotische Störungen.

Das Phänomen des Schreibkrampfes tritt nur bei der Ausübung bestimmter Tätigkeiten auf, die meist ambivalent besetzt sind (z. B. Klavierspielen oder Schreiben). Die Finger verkrampfen sich um den Stift, er wird gegen die Unterlage gebohrt, dabei die Hand supiniert. Bei anderen Tätigkeiten mit der Hand treten diese Störungen nicht auf.

Tics

F95: Tic-Störungen.

Als generalisierte Tic-Störung wird das Tourette-Syndrom (F95.2 Kombinierte vokale und multiple motorische Tics) beschrieben. Diese Störung zeigt sich durch das Auftreten von Echolalie, ein Durchbrechen aggressiver Impulse in Form von ausfahrenden Bewegungen oder zwanghaftem Wiederholen unsittlicher Worte.

Schwindel

H81.-: Störungen der Vestibularfunktion.

Je vielschichtiger die Beschwerden geschildert werden, desto wahrscheinlicher ist ein psychogener Schwindel anzunehmen. Jeder Dauerschwindel ohne Nachweis einer Hirnnervenschädigung oder Ataxie ist psychogen.

Verhaltensstörungen als Krankheitsursache

Psychotraumatologie

F43.1 Posttraumatisches Psychosyndrom.

Die posttraumatische Belastungsstörung gilt als mögliche verzögerte Reaktion auf ein oder mehrere traumatisierende Ereignisse, wie sexualisierter oder körperlicher Gewalt, Vergewaltigung, Geiselnahme, Krieg, Folter, Erleben von Naturkatastrophen oder Unfällen. Das Syndrom ist gekennzeichnet durch

- das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses. Intrusionen, Flashbacks oder Albträume werden als Erinnerungen bildhaft reaktualisiert
- erhöhte Aufmerksamkeit, gekennzeichnet durch Konzentrationsschwierigkeiten, übertriebene Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen und Wutausbrüche oder Dysphorie
- anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind
- sozialer Rückzug und Interessensverlust sind Anzeichen einer emotionalen Taubheit.

Dieses Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in beruflichen und sozialen Funktionsbereichen der Betroffenen.

Selbstschädigendes Verhalten

Selbstschädigendes Verhalten wird hier am Beispiel des Münchhausen-Syndroms (F68.1 artifizielle Störung/absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen) dargestellt.

Das Münchhausen-Syndrom wird beschrieben als ein „heimliches Manipulieren oder Erfinden von körperlichen oder psychischen Symptomen", begleitet durch „soziale Entwurzelung mit pathologischem Behandlungswandern von Klinik zu Klinik" (v. Uexküll 1996, S. 568). Dies kann sich klinisch darstellen durch vom Patienten geäußerte Schmerzen, Blutungen, Selbstmordabsichten, Krämpfe etc. sowie glaubhaftem Vortäuschen eines Herzinfarktes, Magendurchbruchs usw. Die unzähligen Manipulationen und klinischen Behandlungen führen bei den Betroffenen zu Verstümmelungen bis hin zu Amputationen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Essstörungen

F50: Essstörungen.

Essstörungen gelten als Krankheiten der Industrienationen, da sie nur im Zusammenhang mit einem ausreichenden Nahrungsangebot auftreten. Alle drei Erkrankungsformen sind multifaktoriell bedingt und zeigen eine Ess- und Gewichtsproblematik auf.

Anorexia nervosa

F50.0: Anorexia nervosa.

Die Anorexia nervosa ist gekennzeichnet durch ein deutliches Untergewicht, das durch den kontinuierlichen Drang, weiter abzunehmen, unterstützt wird. Es besteht meist eine Hypermotorik, Abusus von Abführmitteln und Diuretika. Selbst induziertes Erbrechen kann hinzukommen. Dazu kommt eine Körperschemastörung, die sich durch das Fehlen eines Krankheitsgefühls und die bleibende Überzeugung, zu dick zu sein, ausdrückt. Auffällig sind das sehr hohe Maß an Selbstkontrolle sowie die Kontaktstörung der Betroffenen. Die Mortalitätsrate liegt bei 10% und ist ursächlich auf Abmagerungen bis hin zur Kachexie, Suizide und hinzukommende Infektionen zurückzuführen. Sowohl die Anorexie als auch die Bulimie treten zu 95% bei Mädchen und Frauen auf.

Bulimia nervosa

F50.2: Bulimia nervosa.

Die Bulimia nervosa („Stierhunger“) zeigt sich durch das Auftreten von Essanfällen mit einer unbezwingbaren Gier nach Nahrungsmitteln, die in sehr kurzer Zeit verschlungen werden. Es folgt das selbst induzierte Erbrechen, um eine drohende Gewichtszunahme zu vermeiden. Dahinter steht eine krankhafte Furcht, zu dick zu werden. Äußerlich haben diese Frauen ein unauffälliges Gewicht. Es besteht eine realistische Wahrnehmung der eigenen Körpersituation, verbunden mit Schuldgefühlen und Scham.

Adipositas

F50.4: Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen.

E66.-: Adipositas.

Die Adipositas wird definiert als das Vorliegen einer deutlichen Überschreitung des Normalgewichts nach Broca von 20% und mehr. Sie stellt ein zunehmendes gesellschaftliches Problem dar, weil mehr als die Hälfte aller über 40-jährigen Deutschen übergewichtig sind. Adipositas zieht eine Reihe von Folgeerkrankungen nach sich (z. B. Störungen des Stoffwechsels, des Bewegungsapparates). Die Geschlechterverteilung ist etwa gleich. Die Betroffenen haben immer Hunger, essen automatisch, was das Auge sieht, und können es nicht begrenzen. Dazu kommen Fressanfälle. Psychische Auswirkungen sind Gefühle des Ekels und der Verachtung gegenüber dem eigenen Körper.

5.3.3 Ergotherapeutische Behandlungsansätze und Methoden

Die Ergotherapie bietet zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen. Ihnen allen gemeinsam ist die Betonung der Handlungsdurchführung innerhalb der Therapie. Dabei werden die Performanzfertigkeiten und die Performanzmuster der verschiedenen Betätigungsbereiche des Menschen angesprochen (Reichel 2005). Einen Einstieg in die Therapie kann der Umgang mit den eigenen kognitiven und affektiv-emotionalen Grundfertigkeiten (Performanzkomponenten) bieten, die über die Objektbeziehungsebene mit den Medien der Ergotherapie bewusst erfahren werden können. Hinzu kommen Übungsfelder für eine gezielte und befriedigende soziale Interaktion. Die Vielfältigkeit der Handlungsspielräume und Erfahrungsebenen für die Patienten stellt eine Besonderheit der Ergotherapie im psychosomatischen Kontext dar. Wie unterschiedlich und individuell auswählbar die ergotherapeutischen Angebote sein können, wird im folgenden Beitrag anhand der Sozialformen und Methoden differenziert dargestellt. Inzwischen versucht die Ergotherapie von Anfang an, die Kontextfaktoren des Klienten mit in die Therapie einzubeziehen – sowohl im Sinne der ICF als auch unter Berücksichtigung der klientenzentrierten Haltung. Die Partizipation an einem unabhängigen und selbstbestimmten Leben, das geprägt ist von bedeutungsvollen Betätigungen in allen Lebensbereichen, ist immer das übergeordnete Ziel der Ergotherapie und wird bewusst in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses gerückt. Die Ergotherapie kann im Sinne der ICF mit dem funktionellen Üben auf der Ebene der Körperfunktionen und Aktivitäten beginnen, somit dem Aufbau von Performanzfertigkeiten dienen und damit die Krankheitsbewältigung unterstützen. Die Ausrichtung auf die Partizipation ist jedoch wesentlich, um im Sinne des biopsychosozialen Modells gesundheitsfördernd zu wirken.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel: Frau H.

Die 50-jährige Frau H. mit mittelgradiger Depression und Medikamentenabhängigkeit erarbeitet im ergotherapeutischen Setting einer psychosomatischen Klinik mithilfe des COPM folgende Betätigungsanliegen:

1. Kontakte wieder pflegen
2. Körperliche Fitness
3. Entspannungstechniken anwenden.

Diese individuellen Betätigungsanliegen dienen im fortlaufenden Therapieprozess dazu, geeignete und bedeutsame Aktivitäten und Betätigungen innerhalb des klinischen Settings zu finden, die die Patientin für sich nutzen kann. So entsteht eine gute Transparenz innerhalb der therapeutischen Beziehung zwischen persönlichen Anliegen der Patientin und den Möglichkeiten des klinischen Settings. Die Patientin fühlt sich in ihren Bedürfnissen von Anfang an ernst genommen; dies wirkt motivationsfördernd. Die Zielrichtung bekommt aufgrund dieser therapeutischen Denkweise von Anfang an ihren zentralen Platz und ist nicht losgelöst vom Alltag der Patientin.

Frau H. wird an der gestaltungstherapeutischen Gruppe teilnehmen und setzt sich das Ziel, auf andere zuzugehen und in Kontakt zu kommen. Sie probiert das „Meditative Malen" als aktives Entspannungsangebot aus sowie die progressive Muskelentspannung, die ein Standardangebot des klinischen Settings ist. Dies kann als präventives Angebot eingeordnet werden. Innerhalb der Sport- und Bewegungstherapie, aber auch in ihrer Freizeit setzt sie neue sportliche Aktivitäten um. Eine Übertragung der Aktivitäten auf den häuslichen Alltag der Patientin kann über Gespräche und Initiativen schon während des Klinikaufenthaltes geleistet werden, wie z. B. durch das Anmelden für einen Kurs im Heimatort.

Einzeltherapie

Das einzeltherapeutische Setting bietet für Patienten den idealen Rahmen zum Aufbau einer größtmöglichen Vertrautheit und Öffnung für das eigene Veränderungspotenzial. Hier können Ergotherapeutin und Patient dessen Problembereiche in der Handlungsdurchführung erkennen, analysieren und kleinschrittige Therapieziele erarbeiten. Innerhalb dieses ergotherapeutischen Prozesses helfen standardisierte Interviews (z. B. COPM, die verschiedenen Assessments des MOHO). So können die passenden Betätigungsanliegen des Patienten herausgefunden werden. Diese Vorgehensweise entspricht dem Top-down-Ansatz.

Übergeordnete Behandlungsziele für diese Klientel aus dem psychosomatischen Formenkreis stellen meist Selbstverantwortung und Autonomie der Patienten dar. Die therapeutische Haltung der Ergotherapeutin kann sich an den Grundsätzen der Klientenzentrierung orientieren. Der Patient wird ermutigt, Eigenverantwortung zu übernehmen und selbst Entscheidungen zu treffen.

In der Einzeltherapie sollte jedoch immer Beachtung finden, dass alle Erwartungen des Patienten auf die Ergotherapeutin projiziert werden. Dies erfordert wiederum besondere Kenntnisse im Bereich der Psychodynamik und hohe Selbsteinschätzungs- und Abgrenzungsfähigkeiten der Therapeutin. Hier reicht die ergotherapeutische Grundausbildung bei Weitem nicht aus. Es können Weiterbildungsmöglichkeiten in den Bereichen der Kommunikation oder Psychotherapie sowie Supervisionsangebote genutzt werden.

Klinische Einzeltherapie

Die einzeltherapeutische Behandlungsform ermöglicht Patienten mit sehr geringem Selbstwertgefühl und sozialen Ängsten, einen Einstieg in die Therapie zu finden. Oft ist hier die Beziehung zur Ergotherapeutin sehr wichtig, um Vertrauen aufzubauen und Motivationsarbeit zu leisten. Im klinischen Setting haben mehrere Therapeuten sowie oft auch die Kostenträger Einfluss auf die Definition der Therapieziele. Viele Patienten wissen nicht, was sie in der Klinik erwartet, und haben deshalb auch selbst keine spezifischen Ziele. Hier beziehen sich die Ziele meist auf die Störung des Patienten und werden ihm von Therapeuten nahegelegt. Um schon während des Klinikaufenthaltes Zusammenhänge zum Lebensalltag herzustellen und für den Klienten bedeutungsvolle Betätigungen in die Ergotherapie mit einbeziehen zu können, empfiehlt sich der Einsatz von standardisierten Messinstrumenten (s. o.). Im günstigen Falle schließt sich eine begleitende ambulante Therapie direkt an den stationären Aufenthalt an. Dies kann eine ambulante Verhaltenstherapie oder ein psychoanalytisches Verfahren sein, eventuell empfiehlt sich auch eine psychisch funktionelle ambulante Ergotherapie.

Behandlungsansätze

Die ergotherapeutische Einzeltherapie stellt einen beschützenden Rahmen für Patienten dar, die noch nicht gruppenfähig sind oder ein besonderes Maß an Schutz zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung benötigen. Die Angst vor Abwertungen oder Kontrollverlust hemmt die Betroffenen, sich mit ihren Problemen in eine Gruppe einzubringen. Oft brauchen sie Zeit, um sich langsam einen Überblick über ihre persönliche Situation zu verschaffen. Dies ist

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

eine Voraussetzung, um überhaupt eigenständig Veränderungswünsche und Bedürfnisse benennen zu können. Zudem ist es für viele Betroffene ganz neu, über ihre Probleme zu sprechen.

Eine ergotherapeutische Einzelbehandlung bedarf der Absprache der Ergotherapeutin mit dem Bezugstherapeuten (meist Arzt oder Psychologe), der im klinischen Setting alle therapeutischen Maßnahmen mit seinen Patienten plant und koordiniert. Ein regelmäßiger Austausch der beiden Einzeltherapeuten über die Behandlungsziele und den Prozess ist Voraussetzung für das Gelingen der Therapie.

Kompetenzzentrierte Einzeltherapie

Innerhalb der kompetenzzentrierten Einzeltherapie werden basale Fertigkeiten geübt und aufgebaut, die den Patienten das Gefühl der Selbstkontrolle und Handlungsfähigkeit geben. Die Auswahl der Medien und Techniken wird in Absprache mit dem Patienten getroffen. Dabei ist es besonders wichtig, Ansätze zu finden, die für den Klienten sinnvoll und bedeutsam sind. Die Medien geben mehr oder weniger äußere Strukturen vor. Strukturierte Medien, wie z. B. einfache Holzarbeiten oder Aufgaben des Konzentrationstrainings Cogpack am PC, geben dem Patienten Orientierung und Sicherheit.

Im Vordergrund steht hier das Beüben manueller und kognitiver Fertigkeiten. Der Einsatz der Medien umfasst das Spektrum aller handwerklich strukturiert einsetzbaren Techniken, die sich als überschaubar und planbar erweisen. Einige Beispiele sind:

- Papierarbeiten (z. B. Faltschachteln, einfache Einbände)
- Linolschnitt und -druck (Einfarbdrucke bis Mehrfarbendrucke)
- einfache Holzsägearbeiten (Laubsäge oder Dekupiersäge)
- Lederarbeiten mit Schablonen (z. B. Portemonnaie, Brustbeutel).

Es kann vom Patienten ein schriftlicher Arbeitsplan erstellt werden oder nach einer Arbeitsvorlage gearbeitet werden. Der Umgang mit den dazugehörigen Affekten der Patienten, wie geringer Frustrationstoleranz, Aggressionen, Selbstabwertungen, bildet einen notwendigen Bestandteil auch innerhalb der kompetenzzentrierten Methode.

Das Spektrum der Medien umfasst auch den Einsatz von computergestütztem Konzentrationstraining. Dabei bietet sich das Trainingsprogramm Cogpack an, das Übungen zu den kognitiven Grundfunktionen (z. B. Gedächtnis, Auffassung, Wissen, Konzentration, Reaktion) beinhaltet, die im Schwierigkeitsgrad individuell angepasst werden können und den Patienten eine Fremdeinschätzung ihrer Leistung geben. Auch schriftliche Übungen aus dem Bereich des Hirnleistungstrainings können eingesetzt werden (s. Kap. 2.4.2).

Im klinischen Rahmen findet sich diese Form der Einzeltherapie eher selten. Sie wird angewandt, wenn ein Patient extreme Verhaltensweisen zeigt, die ihn vor der Gruppe bloßstellen würden.

Indikationen

Die kompetenzzentrierte Einzeltherapie ist indiziert bei:

- ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung mit selbstverletzendem Verhalten) oder posttraumatischer Belastungsstörung und selbstschädigendem Verhalten (Münchhausen-Syndrom/Arte-Fakt-Erkrankung)
- neurologischen Störungen (z. B. Tics, Schreibkrampf, Konversion).

Ausdruckszentrierte Einzeltherapie

Diese Form der Einzeltherapie wird dann angeboten, wenn Patienten besondere Probleme mit ihrem Selbstbild und der eigenen Identität haben. Die vorsprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten über das freie oder themenbezogene Malen und Gestalten mit Farben, Papieren, Ton oder Speckstein können dem Patienten Wege zur Selbstwahrnehmung eröffnen. Das legitime Agieren mit manchmal beängstigenden Affekten kann den Patienten entlasten und ihm ermöglichen, belastende Inhalte zu zeigen, zu ordnen und in sein Selbstbild zu integrieren. Die ausdruckszentrierte Einzeltherapie geht fließend in psychotherapeutische Behandlungsformen der tiefenpsychologisch orientierten Gestaltungstherapie oder spezielle Formen der Kunsttherapie über. Ohne Selbsterfahrung und Zusatzqualifikation kann die Ergotherapeutin diesen Rahmen vermutlich nicht ausreichend ausfüllen. Die Nutzung der unbewussten Ebene des gestalterischen Prozesses kann in der Ergotherapie als nicht zu beschreitende Grenze benannt werden. Der Umgang mit den vom Patienten selbst benannten oder angedeuteten Bildinhalten steht hier im Sinne der Arbeit mit bewussten und vorbewussten seelischen Stufen des Bewusstseins im Vordergrund. Die Ergotherapeutin hält sich mit weiterführenden Deutungen zurück (s. Kap. 2.4.1, S. 140ff.).

Besondere Themen für das einzeltherapeutische Setting können sein:

- lebensgroßes Körperbild mit Ausmalen der einzelnen Körperregionen durch Symbole oder Farben, um Befindlichkeit und Körpergefühl auszudrücken
- Symbol finden für die eigene Situation

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

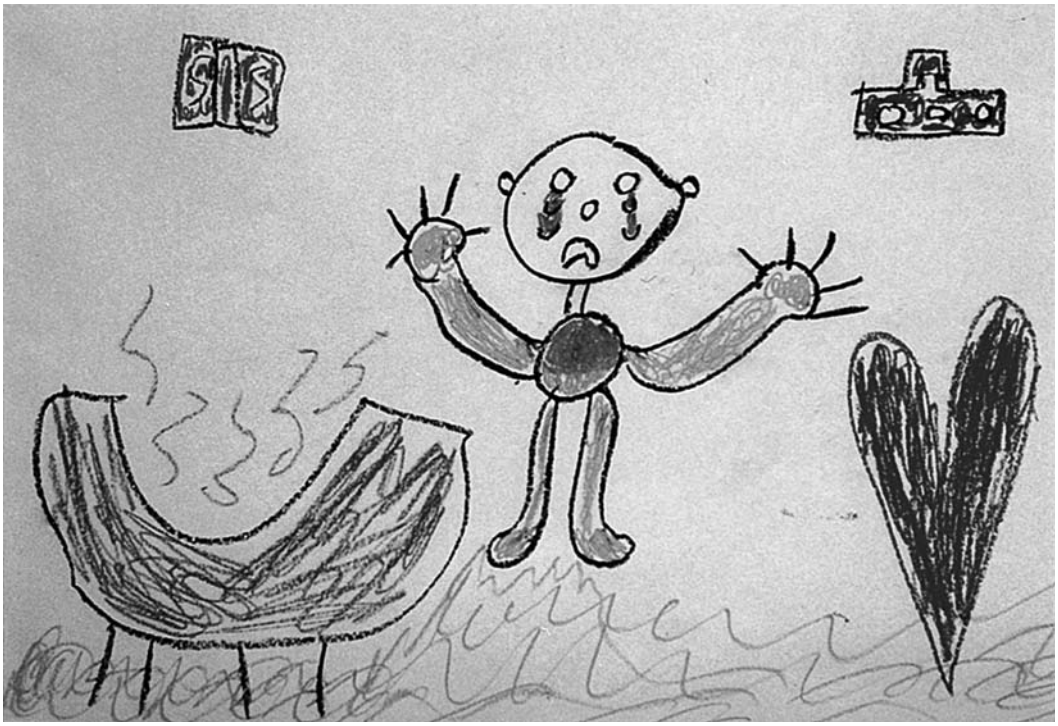

Abb. 5.13 Bewältigungsstrategien bei Stress: Buch lesen, Radio hören, in der Wanne baden, Zuwendung holen (Herz) (Farbtafel VI).

- Malen von Träumen (inkl. Albträumen, z. B. mit Fratzen, Grimassen und Wunschträumen)
- Entwickeln von beschützenden Orten in der Fantasie
- Ausdrücken der persönlichen Ressourcen und Erweitern von Bewältigungsmöglichkeiten bei Stress **(Abb. 5.13)**.

Indikationen

Die ausdruckszentrierte Einzeltherapie ist indiziert bei:

- Ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung mit selbstverletzendem Verhalten) oder posttraumatischer Belastungsstörung und selbstschädigendem Verhalten (Münchhausen-Syndrom/Arte-Fakt-Erkrankung wird beschrieben als „heimlich durchgeführte Körpermanipulation mit Täuschung des Arztes über die Störungsursachen") (Plassmann 2002, S. 316).
- Patienten mit Missbrauchserlebnissen in der Vorgeschichte.

Ambulante Einzeltherapie

Die ambulante Einzeltherapie mit dieser Klientel stellt an die Ergotherapeutin andere Anforderungen, da sie nicht mehr im interdisziplinären Team arbeitet, sondern der Patient nach jeder Sitzung in sein gewohntes Lebensumfeld zurückkehrt und seine Handlungsfähigkeit braucht. Die Ergotherapeutin arbeitet weitestgehend selbstständig und unterhält telefonisch sowie über die regelmäßigen schriftlichen Berichte einen fachlichen Austausch mit dem verordnenden Arzt und anderen begleitenden ambulanten Therapeuten (z. B. psychologischer Psychotherapeut, Logopädin). In der Regel bekommt der Patient vom Arzt ein Rezept über zehn Therapieeinheiten „Psychisch-funktionelle Behandlung" (Richtwert: 60–75 Minuten) oder „Hirnleistungstraining" (Richtwert: 30–45 Minuten, Ferber u. Gans 2004). Die ambulante Behandlung psychosomatisch Erkrankter beinhaltet, dass die Verantwortung dem Patienten gegenüber allein bei der behandelnden Ergotherapeutin liegt und nicht von einem multiprofessionellen Team mitgetragen wird. Anzeichen von Suizidalität müssen dem verordnenden Arzt sofort rückgemeldet werden. Dieses Setting bedingt meist eine

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 5.14 Faltblatt aus Tonkarton, theoretischer Bezug: Skillstraining nach Bohus (2002) (Farbtafel VII).

sehr viel größere Motivation der Patienten, da sie aus ihrem Alltag heraus ein- bis zweimal die Woche zur Ergotherapie kommen und ihre Betätigungsanliegen formulieren können. Dabei spielt die therapeutische Beziehung eine große Rolle.

Behandlungsansätze

Die Inhalte der psychisch-funktionellen Behandlung ergeben sich aus der anfänglichen Befunderhebung der Ergotherapeutin. Je nachdem, in welchem Bereich die Betätigungsanliegen und -probleme des Klienten bestehen, wird auch die Methodik der Therapie ausgewählt. Innerhalb der *kompetenzzentrierten Methode* kann zu den im Abschnitt „Klinische Einzeltherapie" beschriebenen Inhalten der Bereich der Alltagsbewältigung im persönlichen Kontext berücksichtigt werden. Möglichkeiten für ein Koch-, Einkaufs- oder Haushaltstraining bestehen und auch eine Einbeziehung des weiteren Umfeldes des Klienten in die Therapie wird möglich, wie z. B. Freizeitgestaltung. In der ergotherapeutischen Praxis finden sich darüber hinaus störungsspezifische Behandlungsmodule. So kann es zum Inhalt der Therapie werden, mit einem essgestörten Patienten ein Essprotokoll zu besprechen, um daraus kleine Veränderungsschritte abzuleiten. Auch der Umgang mit Stress ist ein häufiges Thema für diese Klientel. Es können nach verhaltenstherapeutischem Vorbild Schritte zur Stresstoleranz **(Abb. 5.14)** erarbeitet werden.

Es kann ein computergestütztes Hirnleistungstraining (z. B. Cogpack) angeboten werden, um kognitive Grundfunktionen zu fördern. Zur Stärkung von körperbezogenen Kompetenzen kann ein Entspannungstraining (z. B. progressive Muskelentspannung) angeboten werden. Auch Stilleübungen am Ende einer Behandlungseinheit zählen zu den möglichen Methoden der ambulanten Ergotherapie. Es fällt auf, welche Vielfalt sich in diesem Bereich entwickelt hat und dass eine individuell gestaltete Therapie angeboten werden kann.

Durch die *ausdruckszentrierte Methode* rückt das Selbstbild des Patienten in seine Wahrnehmung und kann stabilisiert oder ggf. auch korrigiert werden. Aufgrund der oft längerfristigen Behandlungsdauer kann der Patient in einen Prozess gehen. Die Gestaltungen sind wertvolle Momentaufnahmen und immer Ausdruck der Persönlichkeit. Sie können jederzeit wieder angeschaut, in einen Zusammenhang gebracht werden und verdeutlichen dem Patienten seinen ganz persönlichen Weg mit den ihm eigenen Themen. So wächst ein Bewusstsein für die eigene Identität, Selbst- und Fremdeinschätzung regulieren sich allmählich. Der Patient beginnt zunehmend, mehr Verantwortung für sich zu übernehmen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Das themenbezogene Arbeiten richtet sich ganz nach der Situation des Patienten. So können hier alle vorstellbaren Lebensthemen zum Ausdruck kommen.

Mit der Zusatzqualifikation zur Kunst- und Gestaltungstherapeutin kann sich die Ergotherapeutin, aufbauend auf der Basis von Selbsterfahrung und Supervision, ein Fundament für die Anforderungen schaffen. Der professionelle Umgang mit der therapeutischen Beziehung, den Übertragungen und Gegenübertragungen zwischen Patient und Therapeutin, bedarf einer erweiterten Kompetenz, die in der Grundausbildung nicht abgedeckt werden kann.

Indikationen

Der Indikationskatalog für ambulante Ergotherapie nennt als Indikationen: neurotische, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit einer Leitsymptomatik von Einschränkungen im Verhalten, in der zwischenmenschlichen Interaktion sowie in der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung (Ferber u. Gans 2004).

Kontraindikationen

Ambulante Ergotherapie ist hingegen kontraindiziert bei Patienten mit:

- schweren suizidalen Krisen
- ausgeprägtem selbstverletzendem Verhalten
- lebensbedrohlichem Untergewicht
- akuten Psychosen
- primärer akuter Suchterkrankung.

Diese Patienten benötigen ein deutlich engmaschigeres Betreuungsnetz, als es die ambulante Ergotherapie bieten kann.

Fallbeispiel: Frau B.

Die 25-jährige Frau B. kommt mit schwerer depressiver Episode in die stationäre Behandlung einer analytisch ausgerichteten Fachklinik für Psychosomatik. Sie hat ausgeprägte Versagensängste, bewältigt ihren Arbeitsalltag als Erzieherin nicht mehr. Sie berichtet über ständig wiederkehrende Albträume mit furchterregenden Fratzen, die sie zu erdrücken drohen. In ihrer Vorgeschichte erlebte sie psychische und körperliche Gewalt durch ihre Mutter, die sie manchmal tagelang mit ihrem kleinen Bruder im dunklen Keller einsperrte und den Kindern nur Wasser und Brot gab. Die Traumatisierung mündete in einen Suizidversuch des Vaters, der sie und ihren Bruder mit in den Wald nahm, um sie alle im Auto mit Schlaftabletten und Abgasen zu töten. Sie selbst rettete sich und ihren Bruder aus der Situation und kam daraufhin in ein Heim.

Abb. 5.15 Schwarzer Ton: „Schrei des Entsetzens“ (Farbtafel VII).

Frau B. zeigte während der ersten Behandlungsphase erhebliche Ängste und Schamgefühle vor Gruppen. Ihr wurde eine begleitende ausdruckszentrierte Einzelergotherapie angeboten. Innerhalb von zwei Monaten mit zwei 45-minütigen Terminen pro Woche baute sie zu der Ergotherapeutin eine vertrauensvolle Beziehung auf. Sie begann die Fratzen ihrer Albträume zu malen und formte sich selbst aus Ton als schreiendes Kind **(Abb. 5.15)**. Nach und nach integrierte sie so die Schreckgespenster ihrer Vergangenheit.

Partnerarbeiten

Partnerarbeiten stellen eine Vorgehensweise dar, mit Patienten grundlegende interaktionelle Verhaltensziele stufenweise und im beschützten Rahmen zu erarbeiten und auszuprobieren. Sie sind der interaktionellen Methode zuzuordnen. Dabei ist zu beachten, welche Patienten miteinander arbeiten. Haben beide die gleichen Verhaltensziele, laufen die Bemühungen ins Leere. Die Auswahl des Paares sollte von der Therapeutin gesteuert werden. Der Einsatz dieser Methode ist ein aufwendiges Unterfangen, da die Ergotherapeutin die Vorbereitungsphase, Durchführung der Partnerarbeit und die jeweiligen mündlichen Reflexionsphasen zeitlich einplanen muss. Für die Patienten ist es ein intensives Training, innerhalb dessen die Selbst- und die Fremdeinschätzung durch Feedback und eventuelle sequenzielle Videoaufnah-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Arbeitsblatt 1: Auswertungsbogen Partnerarbeit

Die folgenden Aussagen sollen von Ihnen mit einer Punkteskala von 0–5 eingeschätzt werden.

0 = gar nicht zutreffend
1 = ein wenig zutreffend
2 = insgesamt gesehen weniger zutreffend
3 = insgesamt gesehen mehr zutreffend
4 = überwiegend zutreffend
5 = voll zutreffend

Bitte ankreuzen und ausfüllen!

1.	Ich habe Spannungen wahrgenommen und ansprechen können.	0	1	2	3	4	5
2.	Ich habe mich mit meiner/Kollegin/meinem Kollegen wohlgefühlt.	0	1	2	3	4	5
3.	Ich habe meine Ideen und Wünsche eingebracht.	0	1	2	3	4	5
4.	Welche Rolle habe ich in der Arbeitsbeziehung eingenommen:	0	1	2	3	4	5
5.	Ich bin mit mir und meinem sozialen Verhalten dem Partner gegenüber zufrieden.	0	1	2	3	4	5
6.	Ich habe meine Ziele verwirklicht.	0	1	2	3	4	5

Anmerkungen/Erfahrungen:

men im Vordergrund stehen. Die gemeinsame Arbeit mit einem Medium dient in diesem Falle nur als Mittel zum Zweck.

Mögliche Verhaltensziele der Patienten können sein:

- Ich möchte sagen, wenn mir etwas zu viel ist.
- Ich möchte Ruhe bewahren, erst durchatmen und nachdenken und dann handeln.
- Ich möchte zu einer angenehmen Arbeitsatmosphäre beitragen.
- Ich möchte meine Ideen einbringen, auch wenn sie mir noch so nichtig erscheinen.

Die Nutzung von Medien kann entweder von den Patienten selbst gewählt werden oder es wird den beiden eine Art Leittext zur Erstellung eines Werkstückes vorgelegt (Beispiel: Arbeitsanleitung für ein Spiel aus Holz, „Vier gewinnt"). In beiden Fällen müssen sie sich über die Arbeitsaufteilung einigen, sodass ein dynamischer Prozess entsteht. Die Patienten schreiben ihre Verhaltensziele auf ein Plakat, das zu jeder Sitzung sichtbar an die Wand gehängt wird. Sie arbeiten weitestgehend selbstständig, können sich bei der Therapeutin Hilfe holen. Die Ergotherapeutin verhält sich abstinent (zurückhaltend), interveniert nur bei Störungen. Sie nimmt evtl. in kurzen Sequenzen einzelne Szenen der Partnerarbeit auf. Diese können am Ende jeder Behandlungseinheit gemeinsam in Bezug auf die Verhaltensziele reflektiert werden. Am Ende der Partnerarbeit kann ein Selbsteinschätzungsbogen ausgefüllt werden, der als Gesprächsgrundlage für die Gesamtauswertung dient (Arbeitsblatt 1).

Klinische Partnerarbeiten

In psychosomatischen Kliniken passen Partnerarbeiten gut zu einem verhaltenstherapeutischen Konzept. Das Arbeiten mit einfachen Verhaltenszielen kann innerhalb der Ergotherapie als Übungsfeld angeboten werden. Die Ziele sollten von Bezugstherapeutin und Patient vorbereitet werden. Die Ergotherapeutin führt vor Beginn der Partnerarbeit ein Vorgespräch, um eine erste verbindliche Vertrauensbasis zu schaffen und den Patienten über die Strukturen

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

dieser Methode zu informieren. Die Partnerarbeit gilt als Vorstufe für die Projektgruppe, bei der nach gleichen Prinzipien gearbeitet wird.

Indikationen

Partnerarbeiten können für Patienten mit schwerwiegenden Problemen in der sozialen Interaktion induziert sein (z. B. Mobbingopfer, Patienten mit großen Ängsten in Gruppen). Insofern dienen Partnerarbeiten auch als Beobachtungsmöglichkeit im Rahmen einer sozialmedizinischen Arbeitsdiagnostik.

Ambulante Partnerarbeiten

Der Einsatz einer ambulanten Partnerarbeit ergibt sich meist durch die Diagnostik innerhalb einer Einzeltherapie. Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen leiden häufig unter sozialem Rückzug und daraus resultierenden Unsicherheiten im Kontakt. Durch die Nutzung der realen Feedbacksituation können die Patienten sich neu einschätzen lernen und an Sicherheit gewinnen.

Dazu ist es notwendig, sich schriftlich mit den verordnenden Ärzten zu verständigen, um einen „passenden" Partner zu finden. Mit beiden Patienten werden Vorgespräche geführt und auch die Verhaltensziele vom Patienten und von der Ergotherapeutin gemeinsam erarbeitet. Das weitere Prozedere wird in einem ersten Treffen zu dritt festgelegt.

Inhaltlich und strukturell kann die Partnerarbeit nach den oben beschriebenen Kriterien durchgeführt werden. Die Patienten haben bei allen Belangen Mitsprache- und Entscheidungsrecht.

In der ambulanten Praxis lässt sich eine Partnerarbeit organisieren, während der Aufbau einer geschlossenen Projektgruppe zu aufwendig erscheint. Insofern bietet sich in der ambulanten Arbeit die Partnerarbeit zur Nutzung der interaktionellen Methode besonders an.

Indikationen

Alle Patienten des psychosomatischen Formenkreises mit Problemen in der sozialen Interaktion.

Fallbeispiel: Frau S.

Die 30-jährige Frau S., von Beruf Biologin, kommt mit einer atypischen Depression in die ambulante Ergotherapie. Sie ist seit zwei Jahren krankgeschrieben, beschreibt in diesem Zusammenhang immer wieder Konflikte am Arbeitsplatz. Sie arbeitet zuletzt in einem Labor und fühlt sich von ihren Kollegen ausgenutzt und vorgeführt. Sie lebt in auffälliger sozialer Isolation, allein in einer kleinen Wohnung und bewältigt ihren Alltag unzureichend. Sie fühlt sich in ihrem Bett am wohlsten und verbringt dort pro Tag etwa 17 Stunden. Im Verlauf der Therapie berichtet sie von frühen gewaltsamen Übergriffen vonseiten des Vaters und von einem Elternhaus mit aggressiven Spannungen zwischen Vater und Mutter. Neben einer ausdruckszentrierten Einzeltherapie bietet die Ergotherapeutin ihr eine Partnerarbeit an, um an einfachen Zielen der sozialen Interaktion zu arbeiten. Sie benennt folgende Ziele für sich:

- sagen, wenn mir etwas unangenehm wird und mir Druck bereitet
- lernen, die Stimmung des anderen einzuschätzen, und mir Bestätigung holen.

Es wird mit Videosequenzen gearbeitet, was für Frau S. anfangs unangenehm ist. Sie beginnt aber zunehmend, mit dem Medium zu kokettieren, und entscheidet sich für fortlaufende Aufnahmen. Für sie konfrontierend ist ihre sehr leise Stimme, an deren Lautstärke sie übt. Sie schafft es immer häufiger, unangenehme Gefühle anzusprechen. Parallel dazu beginnt sie sich auch stärker von Bekannten und ihrer Mutter zu distanzieren, übt sich in einer angemessenen Abgrenzungsform. Die Partnerarbeit erweist sich als erster unterstützender Schritt auf einem Weg der Wahrnehmung und Verhaltensänderung.

Gruppenangebote

Ergotherapeutische Gruppenangebote für Patienten der Psychosomatik bieten variable Methodenvielfalt und ein großes Spektrum an sozialen Erfahrungsmöglichkeiten. Ob dies Gruppen mit eher kompetenzzentrierter Methodik sind, wie etwa eine Holz- oder Tongruppe, oder ein Entspannungsangebot – immer beinhalten sie alle Aspekte der menschlichen Grundfunktionen unterschiedlichen Ausmaßes und Schwerpunkts. Die Auswahl einer bestimmten Gruppenstruktur wird von der Ergotherapeutin über die *Sozialform* festgelegt. Am wenigsten Gruppendynamik entsteht bei der *Einzelarbeit in der Gruppe*. Jeder Patient bleibt bei seiner eigens gewählten Tätigkeit und dem Medium. So entstehen Berührungspunkte nur über den Austausch von Materialien, wenn jemand um Hilfe bittet oder sich mit anderen vergleicht. Meist beziehen sich die Patienten aber in erster Linie auf die Therapeutin, die eine Leitungsrolle ausfüllt. In diesen Gruppenangeboten können jedoch auch gezielt *Partnerarbeiten* vorgegeben werden, um einen Austausch anzuregen. Zu einer *Gruppenarbeit* im Sinne einer Gemeinschaftsarbeit wird die Gruppe am ehesten finden, wenn sich die Ergotherapeutin abstinent verhält. Formen dieser Gruppenarbeit sind interaktionelle Projektgruppen und einzelne Therapieeinheiten innerhalb einer aus-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

druckszentrierten Gruppe. Diese Sozialform setzt jedoch „das Schließen“ der Gruppe voraus (alle Teilnehmer fangen gemeinsam an und bleiben bis zum Abschluss der Gruppe zusammen, z. B. über vier Wochen). Nur so kann sich ein gewisses Maß an Vertrauen aufbauen. Unter solchen Bedingungen können Rollenübernahmen (Schindler 1957/1958) geschehen und es entwickelt sich eine eigene Gruppendynamik.

Die Leitung von Vor- und Nachbesprechungen bildet sowohl innerhalb der eher offenen Gruppenangebote als auch in themenzentrierten Gruppen ein Aufgabenfeld für die Ergotherapeutin. Eine zielgerichtete und klientenzentrierte Gesprächsführung bietet sich an. Eventuell hilft es den Patienten bei ihrer Orientierung, bestimmte Regeln der Gesprächsführung für die gesamte Gruppe einzuführen. Ein Beispiel ist die themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn (2004). Das Gespräch mit dem Patienten während der Tätigkeitsphase, ebenso wie eine Gesprächsrunde mit allen Teilnehmern am Ende einer Einheit, schafft einen Rahmen und bildet einen Bezug zu den gemachten Erfahrungen. Über die Sprache werden diese bewusst und ordnen sich. Wiederholungen von Verhaltensmustern oder kleinste Veränderungen können erkannt werden.

Aus der Zusammensetzung der Klientel in einer Klinik oder einer Praxis kann eine Idee für ein spezifisches Gruppenangebot entstehen. Bei einer Häufung von depressiven Patienten bietet sich die Durchführung einer „Genussgruppe“ an. Oder es entsteht aus der Erfahrung mit unterschiedlichen Störungsbildern ein gemeinsames, übergreifendes Thema, wie etwa eine ausdruckszentrierte Gruppe für Frauen mit Schwierigkeiten in engen Beziehungen. Oft liegt es an der Kreativität und der Einsatzfreude einzelner Ergotherapeuten, welche Angebote entstehen und auch von Patienten genutzt werden. In den folgenden Abschnitten wird es um eine Überblicksdarstellung dieser Form der Ergotherapie gehen. Sie kann nur einen Ausschnitt zeigen, bemüht sich jedoch um eine detaillierte Darstellung.

Klinische Gruppenangebote

Gruppenangebote bilden den Schwerpunkt der klinischen Ergotherapie für psychosomatisch erkrankte Patienten. Sie eignen sich in besonderer Weise für Patienten mit sozialen und interaktionellen Problemen. Bezogen auf Größe und Bettenanzahl einer Klinik gibt es je nach Kostenträger festgelegte Planstellen und Abrechnungspositionen für ergotherapeutische Gruppen- und Einzeltherapien (laut KTLM). Die Zuordnung zu den Gruppenangeboten kann im interdisziplinären Setting durch Ärzte und Psychologen bzw. Bezugstherapeuten und auch Ergotherapeuten getroffen werden. Um die ergotherapeutische Arbeit interdisziplinär transparent zu halten, bieten sich interne Fortbildungsangebote wie auch interne Hospitationen unter Kollegen an. In einer morgendlichen Gesamtübergabe oder bei den regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Patientenbesprechungen werden freie Plätze von den Ergotherapeuten bekannt gegeben. Indikationen für die Gruppenteilnahme werden gemeinsam diskutiert, die Ergotherapeutin teilt ihre Verhaltensbeobachtungen mit und gibt weiterführende Anregungen zu den Patienten. Ergotherapeuten arbeiten meist in einem Team von Spezialtherapeuten, die ihrerseits einen Austausch pflegen und eventuell gemeinsam an einer Supervision teilnehmen. Dieses rehabilitationstherapeutische Team kann sich aus den Berufsgruppen der Ergo-, Kunst- und Gestaltungstherapeuten, Therapeuten der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT), Tanz- und Sporttherapeuten sowie Sozialpädagogen zusammensetzen.

Behandlungsansätze und Indikationen

Das ergotherapeutische Gruppenangebot stellt sich als ausgesprochen vielfältig, aber auch abhängig von den einzelnen Ergotherapeuten dar. Bedingt durch spezifische Zusatzqualifikationen der Mitarbeiter kann es variieren.

Offene Werkangebote

In vielen Kliniken bietet die Ergotherapie ein *offenes Werkangebot* an, um den Patienten den Einstieg ins Tätigwerden zu erleichtern und Motivation zu schaffen. Die Teilnahme soll ein freies Schauen, Auswählen und Experimentieren mit verschiedenen Medien ermöglichen. Dieses Übungsfeld kann zur Auseinandersetzung mit Leistungsproblemen, zu neuem Umgang mit Genuss und Freizeit sowie für den bewussten Wechsel zwischen Aktivität und Ruhe genutzt werden (Vesenbeckh 1994). Die Medien können Tontechniken, Holz- oder Specksteinarbeiten, Malen mit diversen Farbarten etc. umfassen. Wichtig dabei ist die Selbstaktivierung des Patienten. In diesem Zusammenhang existiert meist eine *Freizeitplanungsgruppe, die von der Ergotherapeutin vor dem Wochenende moderiert wird und Patienten ermöglicht, gemeinsame Interessen zu finden und Aktivitäten zu planen.*

Indikationen

Das offene Werkangebot kann abhängig von der individuellen Zielsetzung der Patienten bei allen psychosomatischen Erkrankungen eingesetzt werden.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Materialgruppen

Unter Materialgruppen verstehen Ergotherapeuten meist halboffene (z. B. Hinzukommen neuer Teilnehmer nur alle zwei Wochen) Gruppenangebote, die das Tätigwerden mit einem bestimmten Medium umfassen. Sie gehören zu der kompetenzzentrierten Methode, beinhalten in geringem Umfang auch ausdruckszentrierte und interaktionelle Anteile. Die Patienten erfahren unter Anleitung verschiedene Techniken und können sich mit grundlegenden instrumentellen Fertigkeiten auseinandersetzen. Die Sozialform ist meist die Einzelarbeit in der Gruppe, bei Bedarf können von der Ergotherapeutin Partnerarbeiten oder Gruppenarbeiten initiiert werden. Jedes Material erfordert eine unterschiedlich große Anpassungsleistung, Ton beispielsweise wird bei zu langer Bearbeitung hart und reißt, Speckstein bricht bei zu starker Kraftausübung, Papier erfordert genaues Arbeiten, Lederarbeiten machen vorausschauendes Planen nötig. Zum Kennenlernen des Materials bieten sich Sinnesübungen an, wie beim Ton das Fertigen eines Daumenschälchens. „Während der Gruppenstunden werden aktuell auftretende Probleme des konkreten Arbeitsverhaltens, der Selbst- und Fremdbewertung, der emotionalen Einstellung zur Tätigkeit sowie soziale Vorbehalte und Ängste aufgegriffen und thematisiert. Dabei helfen Übungen zur Sinneswahrnehmung, vertiefte Körperwahrnehmung während der Tätigkeit, Entspannungsanweisungen, Vergleiche mit anderen Patienten usw.“ (Vesenbeckh 1994, S. 446). Die Patienten machen neue Erfahrungen, erobern sich den Umgang mit dem Material, entwickeln zunehmend ihre Kreativität und bekommen wieder einen Zugang zu ihren schöpferischen Kräften. So können Erinnerungen wiederbelebt werden, eine emotionale Bindung zu den eigenen Werkstücken gilt auch als Beziehungsaufnahme mit sich selbst.

An Materialgruppen nehmen die Patienten in der Regel etwa achtmal teil. Sie finden ein- bis zweimal wöchentlich statt und gelten als Vorerfahrung für weiterführende Gruppen. Beispiele für Materialgruppen:

- Tongruppe
- Specksteingruppe
- Holzgruppe
- Papiergruppe
- Textilgruppe
- Ytong-Gruppe
- Mosaikgruppe.

Jedes Material hat einen anderen Auf- und Anforderungscharakter. Die Kenntnisse darüber werden für den indikativen Einsatz vorausgesetzt.

Indikationen

Die Indikation für eine Materialgruppe ist gegeben bei:

- allen neurotischen Störungen, bei denen vermeidendes, ängstliches, perfektionistisches und zwanghaftes Verhalten eine Rolle spielt
- Persönlichkeitsstörungen (schrittweise Förderung von Anpassungsverhalten)
- funktionellen Störungen (Erfahren von neuen Handlungsspielräumen und Selbstkontrolle)
- allen Psychosomatosen und neurologischen Erkrankungen.

Kontraindikationen gibt es nur vereinzelt, wie beispielsweise Sehschwäche und Tremor in der Papiergruppe.

Meditatives Malen

Das meditative Malen ist ein Entspannungsangebot, das sich aus einer Atemübung und dem anschließenden Malen mit Aquarellfarben in der Nass-in-Nass-Technik zusammensetzt. Es kann neben den bekannten Entspannungstechniken der progressiven Muskelentspannung und dem autogenen Training als drittes Verfahren in einer Klinik angeboten werden.

Schon während der instruierten Atemübung (Entspannungsinstruktion s. u.) läuft im Hintergrund leise Meditationsmusik. Die Zweiteilung der Übung in den eher ruhigen Teil der Atemübung im Sitzen und den aktiveren Teil des Malens wird von vielen Patienten als angenehme Mischung erlebt. Manche Teilnehmer haben große Schwierigkeiten mit der Atemübung, dem Aushalten der Ruhe und der Konzentration auf sich selbst. Sie erleben das Malen dann als große Entlastung von innerer Spannung. Viele Patienten nehmen während der Ruhephase plötzlich ihre Stimmung intensiver wahr, was im anschließenden Gespräch zum Thema gemacht werden kann.

Das Malen in der Nass-in-Nass-Technik mit flüssigen Aquarellfarben soll die Patienten zu einem „Spiel mit Farbe“ im Sinne eines „Geschehenlassens“ anregen. Die Farben können gekleckst, getropft, gepunktet, gestrichen werden und verlaufen doch auf dem nassen Papier ganz so, wie sie wollen. Dies soll zum Loslassen von festen Bildern und Abgeben von Kontrolle einladen.

Die Teilnehmer werden zu Beginn der Stunde über Ablauf und Sinn des meditativen Malens informiert. Bei der ersten Teilnahme sollen sie bewusst nur eine Farbe benutzen, um das Endergebnis ihres Bildes nicht als Produkt, sondern nur als Mittel zur Entspannung zu betrachten. Bei jeder weiteren Teilnahme können Farben hinzugenommen werden.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bei einer gemeinsamen Nachbesprechung werden die Patienten zu ihrem Befinden während der Atemübung befragt. Das Erleben des freien Malens soll von ihnen beschrieben werden. Die Teilnehmer können ihre persönlichen Erfahrungen austauschen, sich mit anderen vergleichen, identifizieren und eigene Unterschiede der Entspannungsfähigkeit einschätzen lernen.

Indikationen

Mediatives Malen ist indiziert bei:

- Persönlichkeitsstörungen mit perfektionistischen, zwanghaften, hyperaktiven Strukturen
- Essstörungen, Schmerzsyndromen, allen psychosomatischen Störungen, funktionellen Störungen, Konversion, Verhaltensstörungen
- Depressionen, Ängsten.

Kontraindikationen

Bei Patienten in psychosenahen Zuständen ist mediatives Malen kontraindiziert.

Meditatives Malen: Entspannungsinstruktion

Bitte nehmen Sie jetzt eine bequeme Sitzhaltung auf Ihrem Stuhl ein und rücken Sie mit dem Gesäß zurück bis an die Lehne. Der Rücken sollte angelehnt sein.

Sitzen Sie möglichst aufrecht, halten Sie den Kopf in Mittelstellung über der Wirbelsäule. Ziehen Sie sich ein wenig hoch und versuchen Sie, Ihre Wirbelsäule gerade zu halten. Die Füße stehen hüftbreit nebeneinander auf dem Boden. Die Arme können Sie locker auf die Oberschenkel legen.

Kommen Sie jetzt langsam hier im Raum an. Stellen Sie sich auf die Atmosphäre ein.

Nehmen Sie die Geräusche wahr, die zu hören sind.

Und versuchen Sie, die Geräusche mit in Ihre Entspannung einzubeziehen. Lassen Sie sich nicht stören. Der Stuhl, auf dem Sie sitzen, trägt Sie.

Konzentrieren Sie sich jetzt auf Ihren Atem.

Nehmen Sie ihn zuerst einmal nur so wahr, wie er im Moment in Ihren Körper *hereinströmt* und auch *hinausströmt*.

Verändern Sie nichts an der Schnelligkeit oder Tiefe Ihres Atems, einfach nur wahrnehmen, wie er gerade strömt.

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit nun in Ihre *Gesichtsmuskulatur* hinein.

Nehmen Sie wahr, wie sich Ihre Stirn anfühlt, ob sie gerunzelt oder glatt ist. Versuchen Sie, die Stirn *locker* zu lassen.

Achten Sie genauso auf Ihre *Wangenmuskulatur*, lassen Sie sie locker nach unten hängen. Der *Mund* sollte leicht geöffnet sein. Sie können die *Augen* schließen.

Lassen Sie jetzt Ihren Atem durch *Nase* oder *Mund* erst einmal bis in den *Brustraum* hineinströmen. Spüren Sie beim *Einatmen*, wie sich der Brustraum *erweitert* und wie er sich beim *Ausatmen* wieder *verkleinert*. Der Atem fließt nun langsam weiter im Körper hinunter und strömt auch in den *Bauch*raum hinein. Sie spüren auch hier beim *Ein*atmen, wie sich die Bauchdecke *hebt* und beim *Aus*atmen *senkt*.

Sie lassen den Atem nun weiterströmen bis in den *Hüftbereich* (Beckenraum) hinein. Sie stellen sich vor, dass mit jedem *Ein*atmen frischer Sauerstoff in den Körper gelangt, neue Energie, und dass Sie mit jedem *Aus*atmen die verbrauchten Stoffe nach außen abgeben. Lenken Sie den Atem jetzt in Ihren rechten Hüftbereich (Beckenraum) hinein und lassen Sie ihn von hier aus in den rechten Oberschenkel weiterströmen. Für den nun immer länger werdenden Weg können Sie sich den Atem auch als Energie oder Wärme vorstellen, die mit mehreren Atemzügen in die Gliedmaßen des Körpers gelangt.

Der Atem wandert nun den rechten Oberschenkel *hinunter*, strömt dann langsam durch das *rechte Knie* hindurch, fließt weiter den rechten *Unterschenkel* hinunter und strömt dann ganz allmählich auch bis in den *rechten Fuß* hinein.

Spüren Sie jetzt noch einmal dem Weg des Atems nach, wie er durch *Mund* oder *Nase*, den *Rachenraum* hinunter in den *Brustkorb* hineinströmt, langsam weiterfließt in den *Bauchraum* hinein und dann auch in den *Beckenbereich* gelangt.

Lenken Sie den Atem nun in den *linken Hüftraum* hinein und lassen Sie ihn von hier aus langsam in den *linken Oberschenkel* weiterströmen, der Atem fließt den Oberschenkel hinunter, strömt dann durch das *linke Knie* hindurch, fließt langsam im *linken Unterschenkel* hinunter und strömt dann auch in den *linken Fuß* hinein.

Spüren Sie nun noch einmal Ihre beiden *Beine* hinunter bis in die *Füße*. Spüren Sie, ob die Füße warm oder kalt sind. Es kann auch sein, dass die Beine kribbeln.

Während der nächsten Atemzüge konzentrieren Sie sich noch einmal auf die *Brustkorbatmung*. Spüren Sie noch einmal das *Heben* und *Senken* des Brustkorbes beim *Ein*- und beim *Aus*atmen.

Lenken Sie nun den Atem vom Brustkorb aus in den *rechten Schulterbereich* hinein und lassen Sie ihn langsam in den rechten *Oberarm* hineinströmen. Er wandert nun auch durch den rechten *Ellenbogen* hindurch, fließt weiter den rechten *Unterarm* hinunter – und strömt schließlich auch in die rechte *Hand* hinein.

Mit den nächsten Atemzügen lenken Sie nun den Atem in den *linken Schulterbereich* hinein, von hier aus lassen Sie ihn langsam in den linken *Oberarm* weiterströmen.

Der Atem strömt nun auch durch den *linken Ellenbogen* hindurch, fließt weiter den linken *Unterarm* hinunter – und strömt allmählich bis in die *linke Hand* hinein.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Spüren Sie jetzt noch einmal Ihre beiden Arme hinunter – bis in die Hände hinein, ob Sie eine Veränderung wahrnehmen.
Jetzt können Sie sich noch einmal auf *den* Körperteil konzentrieren, der vielleicht im Moment besonders verspannt ist oder schmerzt. Indem Sie direkt in dieses Gebiet *hineinatmen*, können Sie mit jedem *Aus*atmen einen Teil der Spannung oder des Schmerzes nach *außen abgeben*.
Ich möchte Sie nun bitten, jede und jeden für sich, erst dann mit dem Malen zu beginnen, wenn Sie sich bereit fühlen.
Versuchen Sie, bei sich zu bleiben, sich von nichts ablenken zu lassen.
Sie können sich auch zwischendurch immer wieder zurücksetzen und noch einmal Ihren Atem spüren.
Sie haben Zeit.

Arbeitsdiagnostik und Arbeitstraining

Der Bereich der Arbeitsdiagnostik spielt eine besondere Rolle in Fachkliniken für Psychosomatik, die von Rentenkostenträgern belegt werden. Grundsätzlich können die hier im Kapitel beschriebenen psychosomatischen Störungen bei einem Großteil der Patienten unter bestimmten Bedingungen zu einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit führen. Diesem Bedarf entsprechend setzt sich die Ergotherapie in den psychosomatischen Kliniken mit speziellen arbeitstherapeutischen Konzepten auseinander, um damit neben anderen Zielen die berufliche Rehabilitation und Reintegration der Patienten zu berücksichtigen.

Indikationen

Arbeitsdiagnostik und -training sind indiziert bei:
- Patienten mit schweren Leistungsbeeinträchtigungen
- Langzeitarbeitsunfähigkeit
- allen Patienten mit längerer Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit
- Rentenantragsstellern.

Ausgangspunkt der therapeutischen Maßnahmen sollte eine zu Beginn des stationären Aufenthaltes durchgeführte möglichst intensive Arbeits- und Berufsdiagnostik sein. Dazu können als erste Informationen die innerhalb der Ergotherapie im Rahmen der kompetenzzentrierten Methode getroffenen Erkenntnisse genutzt werden. Dies betrifft vor allem Aussagen zu den Grundarbeitsfähigkeiten (z. B. Ausdauer, Konzentration, Ordnung), die aus den Arbeitsprozessen und den Reflexionen der Materialgruppen deutlich werden.

Geht es um den gezielten Einstieg für den Patienten, wird eine speziellere Arbeits- und Berufsdiagnostik notwendig sein.

Arbeitstherapeutische Bereiche können sich in Kliniken z. B. aus den Bereichen *Bürotraining* sowie *internen und externen Arbeitserprobungen* zusammensetzen. Das Bürotraining bietet Computer- und Schreibmaschinentätigkeiten, die individuell der Belastbarkeit des Patienten angepasst werden können. Hier wird ein höheres Maß an Selbstständigkeit vorausgesetzt. Innerhalb der Klinik werden Arbeitsplätze für die interne Belastungserprobung bereitgestellt. Die Arbeitsanforderungen bekommen ein zunehmend realistisches Niveau. Die externe Arbeitserprobung setzt den Kontakt der Klinikmitarbeiter zu diversen Berufsgruppen und deren Arbeitsplätzen außerhalb der Klinik voraus. Eine kurzzeitige Mitarbeit von Patienten wird wie ein Arbeitspraktikum angesehen und kann von Patienten mit eher geringen Leistungsproblemen genutzt werden. Diese drei Möglichkeiten der Arbeitserprobung können von Ergotherapeuten oder Sozialpädagogen betreut werden.

Voraussetzung sind an den Arbeitsrealitäten orientierte Trainingsbereiche, die durch unterschiedlichen Anforderungscharakter den individuellen Trainingszielen der Patienten gerecht werden können. Entscheidend ist die Betrachtung des Rehabilitationszieles „Arbeitsfähigkeit“ unter prozesshaften Gesichtspunkten (Weber et al. 2007, S. 550). Die arbeitstherapeutische Ergebnisorientierung ist nicht isoliert, sondern immer vor einem prozess- und kontextbezogenen Hintergrund zu sehen. Dabei spielen als Kontextbedingungen die aktuellen Familienbeziehungen, die Familiengeschichte, die Umwelt und die Erkrankung ebenso eine Rolle wie die Arbeits- und Berufserfahrungen in Vergangenheit und Gegenwart (Weber et al. 2007).

Entsprechend steht für das konkrete arbeitstherapeutische Vorgehen folgender Themenkatalog (Seyfried et al. 1993) im Vordergrund:
- Reflexion der erzielten Fortschritte und des aktuellen Standes
- Sinn und Funktion von Arbeit trotz Erkrankung
- Einfluss der Arbeit auf das psychische Wohlbefinden
- die strukturierende und stabilisierende Bedeutung von Arbeit.

Das Zusammenspiel von Arbeit, Reflexion und therapeutischer Praxis (dialogischer Prozess, Haerlin 1987) bestimmt das therapeutische Handeln. Arbeitstherapeutische Konzepte sollten deshalb in der Psychosomatik unterschiedliche Verfahren und In-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

strumente einbeziehen, die sich an der aktuellen Motivation, der individuellen Arbeitsgeschichte und an den aktuellen und berufsspezifischen Fähigkeiten orientieren:

- Arbeits- und Familiengeschichte: Arbeits- und Berufsanamnesebögen, Sozialanamnesebögen, Beruf-Familien-Genogramm (Weber et al. 2007), WRI (Braveman et al. 2007) (das WRI unterstützt die Ergotherapeutin und den Klienten, die Faktoren zu erkennen, die die (Wieder-)Eingliederung des Klienten in das Arbeitsleben erleichtern oder behindern).
- Arbeitssituation: WEIS (Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber; Moore-Corner et al. 1995, 2009).
- Umwelt: Systemanalyse (Weber et al. 2007, S. 556 ff.).
- Arbeitsleistung (aktuell): Einschätzbögen (OSA, Baron et al. 2008), Profilverfahren (z. B. MELBA, Kleffmann et al. 1997).
- Arbeitstraining: Belastungserprobung (interne und externe), reflexive Arbeitstherapie, ausgelagerte Arbeitstherapie.

Nähere Informationen und Inhalte zum arbeitsdiagnostischen Vorgehen können der Fachliteratur zu den arbeitstherapeutischen Verfahren entnommen werden.

Fallbeispiel: Herr A.

Herr A., ein 51-jähriger Bankangestellter, kommt mit den Diagnosen „Angststörung und Panikattacken“ in eine psychosomatische Fachklinik. Er ist seit einem halben Jahr krankgeschrieben, da er nach einem bewaffneten Banküberfall, bei dem er Zeuge wird, plötzlich mit schweren sozialen Ängsten und Rückzugstendenzen reagiert. Bei einem zwischenzeitlichen beruflichen Wiedereingliederungsversuch reagiert er mit einer schweren Angstsymptomatik. Als Hintergrund wird eine Tendenz zu überzogenem Leistungsverhalten und Überkorrektheit deutlich. Er neigt auch zu ausgeprägter Selbstbeobachtung körperlicher Auffälligkeiten und kann seine altersgemäßen Leistungsgrenzen nicht akzeptieren. Da Herr A. in seiner Freizeit Modellflugzeuge baut, möchte er an der Holzgruppe teilnehmen. Hier werden sein Perfektionsanspruch und ein übertriebener Arbeitseifer deutlich. Er wird zunehmend damit konfrontiert und es werden Vereinbarungen über Pausen mit Körperwahrnehmungsübungen getroffen. Parallel dazu nimmt er am meditativen Malen teil, was für ihn zuerst schwer auszuhalten ist. Er malt anfangs sehr geordnet, kann nur ganz allmählich sein Kontrollbedürfnis loslassen. Die Arbeitsdiagnostik bietet ihm im weiteren Behandlungsverlauf einen Erprobungsbereich, der seinen Fähigkeiten sehr entgegenkommt. So versucht er, seine Leistungsgrenzen wahrzunehmen und einzuhalten. Weitere Angstsymptome treten nicht auf. Der Arbeitsversuch in einer Bankfiliale vor Ort verläuft positiv. So kann Herr A. nach 12 Wochen stationärer Behandlung arbeitsfähig entlassen werden. Eine weiterführende ambulante Psychotherapie wird empfohlen.

Ausdruckszentrierte Gruppe

Die „ausdruckszentrierte Gruppe“ oder „Gestaltungsgruppe“ eröffnet den Patienten neue Wege der Selbstwahrnehmung und ermöglicht einen Zugang zum eigenen Gefühlserleben. Die Ebene des Gestaltens mit Farben aller Art (Wasserfarben, Aquarellfarben, Dispersionsfarben, Fingerfarben, Ölkreiden, Pastellkreiden, Wachskreiden, Buntstiften usw.) oder das Plastizieren mit Ton etc. geben den Patienten eine Ausdrucksmöglichkeit für innere Bilder. Der Patient entdeckt seine Beziehung zu Farben und damit verbundenen Gefühlen, zu Formen und deren Aussagekraft. Die Gestaltungen sind Momentaufnahmen, die Beziehungsaufnahme mit ihnen ermöglicht eine Erweiterung des Selbstbildes. In Abgrenzung zu den kompetenzzentrierten Gruppen geht es hier nicht um schöne Endprodukte oder das Erlernen von Techniken. Eine theoretische Grundlage bildet die Objektbeziehungstheorie (Kayser 2002), die in ihrer Objekttypologie den Beziehungsaspekt zu unbelebten Objekten beschreibt. Die Differenzierung des Erlebensprozesses erklärt innerpsychische Aspekte des Beziehungsaufbaus (s. Kap. 2.4.1).

Die Gruppe sollte möglichst geschlossen stattfinden; dies fördert die Bereitschaft der Patienten, sich intensiver einzulassen. Eine günstige Gruppengröße sind sieben bis acht Teilnehmer. Vor Beginn empfiehlt es sich, Vorgespräche zu führen, um Inhalte und Ziele der Gruppe zu klären und eventuelle Befürchtungen zu erfragen. Erfahrungsgemäß fühlen sich die Patienten umso wohler, je mehr Informationen und Orientierung sie erhalten. Bei der ersten Sitzung kann die Ergotherapeutin Gruppenregeln bekannt geben, wie: „Über Problembereiche anderer Teilnehmer aus der Gruppe darf nicht außerhalb der Gruppe mit anderen Mitpatienten gesprochen werden.“ Dies dient dem Schutz des Einzelnen.

- Zeitlicher Rahmen: 90 Minuten
- Einstiegsphase: ca. 15 Minuten
- Gestaltungsphase: ca. 30 Minuten
- Nachbesprechungsphase: ca. 45 Minuten.

Die Ergotherapeutin leitet die Einstiegsphase zu Beginn jeder Gruppensitzung. Sie gibt räumliche und organisatorische Informationen und bittet eventuell

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

um eine „Blitzlicht"-Runde. Themenstellungen, Materialien und Sozialform werden meist von ihr vorgegeben.

Themenbeispiele der ausdruckszentrierten Gruppe:

- mein Bild der Ruhe
- Ort zum Wohlfühlen
- Gegensätze
- Begegnung auf einem Blatt (Partnergestaltung)
- Zukunftsvision
- schöne Erinnerungen (z. B. als Collage).

Während der Gestaltungsphase beobachtet sie die Patienten aus einer gewissen Distanz und zeigt den zeitlichen Rahmen an. Zur Durchführung der sich anschließenden Nachbesprechung wählt sie eine der folgenden Möglichkeiten aus:

- Sitzkreis: Jeder legt seine Gestaltung vor sich auf den Boden.
- Sitzhalbkreis: Gestaltungen hängen/stehen an einer gegenüberliegenden Wand, bilden ein „Gegenüber". Bei dieser Form vergleichen sich die Patienten und bewerten einander eher, sodass eventuell interveniert werden muss.
- Es liegt immer nur eine Gestaltung in der Mitte des Tisches/auf dem Boden, dann wird gewechselt.

In der Nachbesprechung lenkt die Ergotherapeutin das Gespräch auf eine Ebene der Gefühlswahrnehmung. Dabei sollte der Ablauf so gestaltet sein, dass der Gestalter selbst zuerst zu Wort kommen kann. Er soll den Entstehungsprozess beschreiben und dabei wahrgenommene Gefühle benennen (Scheiber 1995). Die Ergotherapeutin kann die Wahrnehmung der Patienten durch gezieltes Nachfragen vertiefen. Beispiele:

- Welche Empfindung verbinden Sie mit der Farbe Orange?
- Welcher Bereich des Bildes zieht Sie an?
- Welche Gesamtwirkung hat das Bild/die Gestaltung auf Sie?
- Können Sie eine Verbindung zu Ihrer momentanen Stimmung erkennen?
- Möchten Sie jetzt noch etwas verändern?

Erst im Anschluss an die eigene Bildbeschreibung können die anderen Teilnehmer eigene Assoziationen oder Empfindungen äußern. Diese sollten aber von der Ergotherapeutin als persönliche, zum Sprecher gehörende Interpretationen benannt werden. Negative oder unangemessene Bewertungen werden durch sie zurückgewiesen. Der Gestalter selbst bestimmt, wie viel er von dem Gesagten annehmen möchte. Die Therapeutin hält auch hier den Zeitrahmen und kündigt z. B. zur Orientierung das Ende der Einheit zehn Minuten vorher an.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Teilnahme an der ausdruckszentrierten Gruppe sind:

- Gruppenfähigkeit
- ausreichende Affekttoleranz
- gewisse Introspektionsfähigkeit.

Indikationen

Die ausdruckszentrierte Gruppe ist indiziert bei:

- Essstörungen, Problemen in engen Beziehungen
- neurotischen Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (Gruppenfähigkeit beachten!)
- funktionellen Syndromen
- psychosomatischen Störungen
- neuropsychologischen Störungen
- Verhaltensstörungen.

Gestaltungstherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Gestaltungstherapie gilt als therapeutisches Verfahren mit bildnerischen Mitteln auf tiefenpsychologischer Grundlage. Einen theoretischen Bezug bildet das psychodynamische Krankheitsverständnis der Psychoanalyse und der analytischen Psychologie nach C. G. Jung. Die Gestaltungstherapie verzichtet auf ästhetisch-künstlerische und handwerklich-arbeitstherapeutische Intentionen. Es wird ebenso wie in der ausdruckszentrierten Methode bildhaft und plastisch gestaltet. Die Objektbeziehungsebene ermöglicht eine Stärkung der Ich-Strukturen durch die Auseinandersetzung mit dem Selbstbild. Dies geschieht durch eine Reintegration abgespaltener oder verdrängter psychischer Inhalte, die sich in der Gestaltung zeigen können und somit der Wahrnehmung zugänglich werden. Im Unterschied zur Ergotherapie beinhaltet diese Methode die Einbeziehung des Unbewussten in den therapeutischen Prozess. Der Umgang mit dem Material wird auf die Stufen der Triebentwicklung bezogen, in denen der Mensch oral-kaptative (etwas nehmen), anal-retentive (etwas behalten), epidermale (über die Haut spürend), urethrale (sich entleeren) und manuale (die Hände einsetzend) Bedürfnisse zeigt (Schrode 1995). Der Prozess des Gestaltens geht mit regressiven und progressiven Entwicklungsschritten des Gestalters einher, die in einen persönlichen Zusammenhang gebracht werden.

Die Weiterbildung zur Kunst- und Gestaltungstherapeutin bietet Auseinandersetzungsmöglichkeiten mit psychotherapeutischen Inhalten. Themen wie Bildbetrachtung, Symbolbildung und Symbolbedeu-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

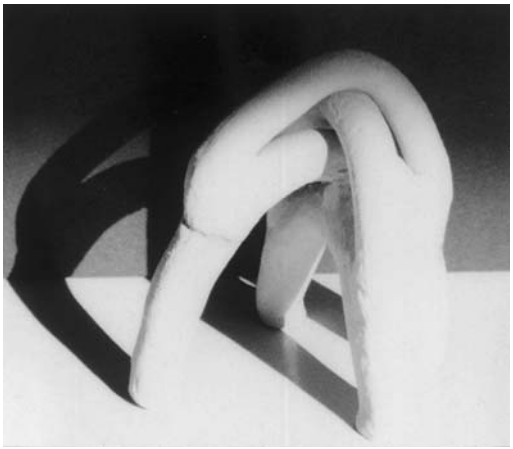

Abb. 5.16 Weißer Ton: „Partnerschaftskonflikt, Verkettung, ich (Patientin) bin der untere Teil" (Farbtafel VII).

tung, Regression und Progression in der Therapie oder Gruppendynamik werden sowohl theoretisch als auch praktisch vermittelt. Ein Schwerpunkt liegt auf den Bereichen der Selbsterfahrung und Supervision.

Obwohl die Kunst- und Gestaltungstherapie tiefenpsychologisch orientiert ist, wird sie auch in Kliniken mit anderen theoretischen Therapieausrichtungen angeboten.

Aus diesem Grund können sich in Kliniken mit Behandlungsschwerpunkten spezielle Gruppen der Gestaltungstherapie bilden (z. B. stations- und indikationsgebunden):

- Gestaltungstherapie für essgestörte Frauen (Anorexia und Bulimia nervosa)
- Gestaltungstherapie bei Adipositas
- Gestaltungstherapie für Frauen mit Beziehungsstörungen.

Indikationen

Gestaltungstherapie ist indiziert bei:

- strukturellen Ich-Störungen
- narzisstischen Persönlichkeitsstörungen
- psychosomatischen Leiden
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- Süchten
- Essstörungen
- funktionellen Syndromen
- Verhaltensstörungen.

Schrode (1995) bezeichnet Patienten mit Sprechstörungen und der mangelnden Fähigkeit, sich sprachlich auszudrücken, sowie Patienten, die sich um eine Loslösung aus einer ursprünglich symbiotischen Beziehung bemühen, als besonders geeignet.

Fallbeispiel: Frau S.

Frau S., 53 Jahre, ist Grundschullehrerin und kommt mit anhaltender Erschöpfung, mittelgradiger depressiver Episode und akutem Partnerschaftskonflikt in die Klinik. Sie habe nur wenig Sozialkontakte. Dies sei ihre dritte Ehe, die sie auf jeden Fall aufrechterhalten wolle. Sie wolle ihr Leben so einrichten, dass sie mit ihrem Mann zusammenbleiben könne. Für die Gruppe wünscht sie sich einfach eine Schülerrolle, in der sie keine Verantwortung zu übernehmen brauche.

Die Gestaltungsgruppe besteht aus sechs Teilnehmern, zwei Männern und vier Frauen. Schon in den Vorgesprächen wird deutlich, dass sich alle Patienten mit ihren momentanen Lebenssituationen auseinandersetzen wollen.

Frau S. gestaltet zu einer Fantasiereise mit dem Thema „Selbstbild/Statue" eine Tonskulptur, die ihr Partnerschaftsproblem zeigt. Sie sagt: „Das ist eine Verkettung und ich bin der untere Teil" **(Abb. 5.16)**. In einer der folgenden Sitzungen berichtet Frau S. über starke Kopf- und Gallenschmerzen, sie würde sich am liebsten ins Bett legen. Die Therapeutin bittet sie, für sich noch in der Einstiegsphase eine Entscheidung zu treffen. Ein Mitpatient bringt seine geballte Wut auf die Bezugstherapeutin mit in die Gruppe. Sie erlaube ihm nicht, zu seiner eigenen silbernen Hochzeit nach Hause zu fahren. Er kocht vor Wut und Ohnmachtsgefühl. Die Gruppe solidarisiert sich stark mit ihm, die Spannung schaukelt sich hoch. Die Therapeutin interveniert und bittet jeden, sich eine Farbe und ein Blatt Papier zu nehmen und nur eine Bewegung zu malen, die das eigene Empfinden ausdrückt. Frau S. malt einen Strich direkt auf sich zu, sie weint **(Abb. 5.17)**. Sie spüre, dass sie ihre Aggressionen gegen sich selbst richte. Auch sie fühle sich ohnmächtig und in ihrer Einzeltherapie nicht angenommen. In einem darauffolgenden Gemeinschaftsbild malt Frau S. viele bunte Kreuze, das seien ihre Gefühle, die müsse sie alle begraben **(Abb. 5.18)**. Gefühle hätten einfach keinen Sinn. Sie täten nur weh. Sie bekäme immer nur Ratschläge, aber kein Mitgefühl. In der darauffolgenden Sitzung berichtet Frau S., dass es ihr nun besser gehe. Sie habe sich letztes Mal sehr mit der Ohnmacht des Mitpatienten identifiziert, was sie noch lange gespürt habe. Nun sei ihr klar geworden, dass sie nicht alle Gefühle begraben, sondern Verstand und Gefühl zulassen wolle. Sie malt in dieser Sitzung einen Traum, der einerseits bedrohlich war, ihr aber auch einen Weg aufgezeigt habe **(Abb. 5.19)**. In der Nachbesprechungsrunde interveniert die Therapeutin mit der Bitte an Frau S., sie möge sich doch ruhig etwas mehr Zeit für ihre Besprechung nehmen. Sie wehrt dies schamhaft ab, berichtet aber

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

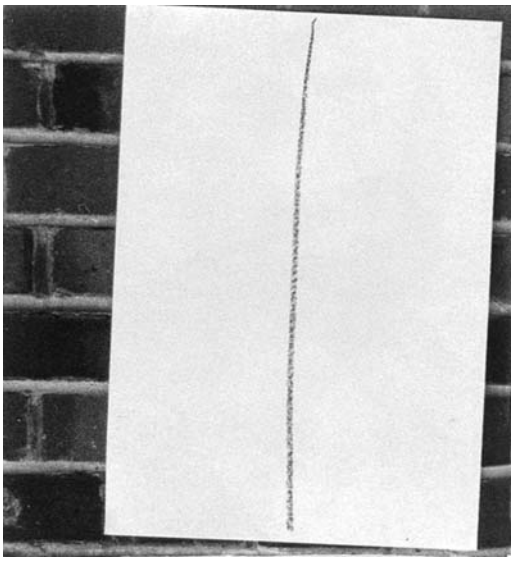

Abb. 5.17 „Aggression gegen mich (Patientin) selbst gerichtet“ (Farbtafel VIII).

über ihr Bild. Sie selbst könne durch den engen Gang vor dem Bedrohlichen zum Licht hin flüchten. Das gebe ihr die Gewissheit, dass sie nun auf dem richtigen Weg sei.

Frau S. setzt sich im Verlauf dieser Gruppe mit intensiven Gefühlen der Aggression, der Verzweiflung, Einsamkeit und Bedrohung auseinander. Sie sorgt nicht für sich selbst, sondern stützt geduldig ihren Partner, um die Beziehung zu erhalten. Trotz körperlicher Schmerzen bleibt sie in der Gruppe, spürt aber ihre Verzweiflung. Innerhalb der Gruppe darf dieses Leid gezeigt werden und wird gemeinsam getragen. In ihrem Traum scheint sie dann doch einen Weg zum Licht zu finden.

Projektgruppen

Die Projektgruppe gehört zur interaktionellen Methode (Scheiber 1995) und bietet den Teilnehmern ein vielseitiges Übungsfeld für Verhaltensänderungen. Innerhalb der klinischen Arbeit können sich die Patienten individuell und zielgerichtet einbringen. Der Umgang mit sozialen Kompetenzen steht im Vordergrund, das Projekt dient nur als Mittel zum Zweck.

Beispiele für Projektarbeiten:

- Pappmascheefigur bauen
- Mosaikbild
- Patientenzeitung
- jahreszeitliche Dekoration
- „Spiel ohne Grenzen“ für die Klinik organisieren
- „Verrückte Modenschau“ (Männer als Frauen bzw. Frauen als Männer).

Abb. 5.18 Fingerfarben: „Ich (Patientin) möchte alle Gefühle begraben“ (Farbtafel VIII).

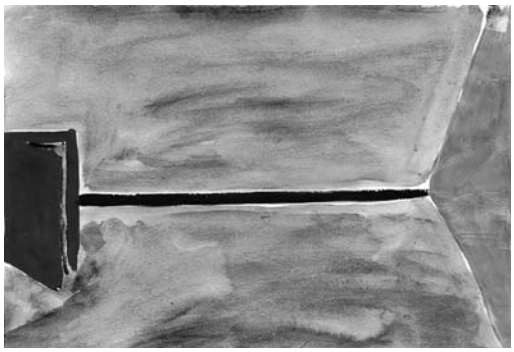

Abb. 5.19 Volltonfarben: „Bedrohung und Weg zum Licht“ (Farbtafel VIII).

Die Teilnahme soll über die Bezugstherapeutin vorbereitet werden, die mit dem Patienten zwei bis drei Verhaltensziele erarbeitet. Die Ziele bilden das Zentrum der Gruppentherapie, sie sollen im Verlauf geübt werden. Es ist von großem Vorteil, wenn die Ergotherapeutin je ein Vorgespräch anbietet, um den Pa-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tienten kennenzulernen, Methodik der Projektgruppe zu erklären und erste Befürchtungen abzubauen.

Mögliche Verhaltensziele der Patienten:

- Ich möchte lernen, „Nein" zu sagen und mich abzugrenzen.
- Ich möchte es ansprechen, wenn mich etwas stört.
- Ich möchte meinen Ideen vertrauen und sie in die Gruppe einbringen.
- Ich möchte versuchen, meine Grenzen zu spüren und zu beachten.

Rahmenbedingungen

Folgende Bedingungen sollten gegeben sein:

- geschlossene Gruppe, 6–8 Teilnehmer
- zweimal wöchentlich, je 1,5 Stunden, insgesamt 8 Termine
- eventuell Zuschuss von etwa 25 Euro pro Projekt von der Verwaltungsleitung der Klinik, den die Gruppe verwaltet.

Inhalte der Projektgruppe

- Verhaltensziele der Patienten werden zu Beginn der Gruppe von jedem auf ein Plakat geschrieben. Das Plakat wird bei jeder Therapieeinheit gut sichtbar an die Wand gehängt.
- Die Projektarbeit wird von den Teilnehmern selbst bestimmt und erarbeitet, die Ergotherapeutin gibt nur minimale Hilfe. Sie erzählt z. B. zu Beginn von vorherigen Projektideen. Dieses Vorgehen fördert die Gruppendynamik.
- Videoaufnahmen von kurzen Sequenzen jeder Gruppeneinheit können von der Ergotherapeutin gemacht werden (pro Sitzung etwa 10 Minuten). Sie werden am Ende jeder Einheit gemeinsam angeschaut und reflektiert, sie unterstützen die Selbst- und Fremdeinschätzung.

Therapeutenverhalten

Die Ergotherapeutin berücksichtigt folgende Verhaltensweisen:

- Sie verdeutlicht zu Beginn der Gruppe ihre abstinente Rolle. (Die abstinente Rolle ermöglicht der Gruppe, eine komplette Rollendifferenzierung zu entwickeln, in der auch die Alpha- und Beta-Rollen (Alpha-Position = Führer der Gruppe, Beta-Position = Fachmann) von Teilnehmern besetzt werden können (s. Kap. 2.4.1).
- Sie gibt nur Hilfestellung bei Bedarf.
- Sie interveniert bei Störungen oder Konflikten in der Gruppe durch Spiegelung, Feedback, Metakommunikation unter Einbeziehung der Betroffenen.

Gruppenverlauf (Beispiel)

1.–2. Therapieeinheit

- Die Ergotherapeutin leitet den Einstieg in die Projektarbeit, indem sie jeden Patienten in der ersten Sitzung bittet, seine Ziele auf ein Plakat zu schreiben und den anderen zu nennen.
- Die Ergotherapeutin gibt eventuelle Gruppenregeln bekannt und erklärt den organisatorischen Ablauf der Gruppe. Sie kann zur Anregung einige Beispiele für Gruppenprojekte geben.
- Sie bietet der Gruppe an, Videoaufnahmen in Sequenzen zu machen. Sie schildert die Vorteile und bittet um Gruppenentscheidung.
- Sie gibt Gelegenheit für Fragen.
- Innerhalb der ersten beiden Sitzungen sollte die Gruppe eine Entscheidung für ein Projekt finden.

3.–7. Therapieeinheit

- Die Gruppe strukturiert sich möglichst eigenständig.
- Die Patienten arbeiten an ihrem Projekt und an ihren Verhaltenszielen, eventuell bringen sie auch vereinzelt Zeiten außerhalb der Therapie auf, um Dinge zu organisieren.
- Die Ergotherapeutin weist in jeder Einheit auf die Verhaltensziele hin, fragt, ob die Ziele noch stimmen. Sie nimmt weiterhin jeweils Szenen der Projektgruppe auf Video auf. Sie strukturiert den Ablauf nur zeitlich. Die letzte halbe Stunde dient jeweils der Nachbesprechung, die von der Ergotherapeutin geleitet wird.
- Sie beobachtet das Geschehen und interveniert nur bei Bedarf.
- In der Nachbesprechung lenkt die Ergotherapeutin das Gespräch in Richtung der Verhaltensziele, fragt jeden Teilnehmer nach seiner Einschätzung und regt die Reflexion des Einzelnen durch ihr Nachfragen an. Sie fördert das Feedback innerhalb der Gruppe und gibt selbst Rückmeldungen. Dabei werden die Videoaufnahmen genutzt, einzelne Szenen können genauer betrachtet werden.
- Sie beendet jede Einheit, durch frühzeitigen Verweis auf die Zeit oder Überleitung zur nächsten Sitzung.

Letzte Therapieeinheit

- Die Ergotherapeutin leitet das Auswertungsgespräch der Projektgruppe.
- Dabei kann ein Selbst- und Fremdeinschätzungsbogen eingesetzt werden, den die Patienten für sich ausfüllen. Er dient dann als Gesprächsgrundlage und erfasst den Patienten mit seinen Zielen, wie auch die Wahrnehmung des Einzelnen in der Gesamtgruppe (Arbeitsblatt 2, S. 387).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Arbeitsblatt 2: Auswertungsbogen Projektgruppe

Die folgenden Aussagen sollen von Ihnen mit einer Punkteskala von 0–5 eingeschätzt werden!

0 = gar nicht zutreffend
1 = ein wenig zutreffend
2 = insgesamt gesehen weniger zutreffend
3 = insgesamt gesehen mehr zutreffend
4 = überwiegend zutreffend
5 = voll zutreffend

Bitte ausfüllen!

In der Gruppe beobachtete ich Folgendes:

1. Die Gruppenteilnehmer haben zusammengearbeitet. ( )
2. Es gab Wärme und Freundlichkeit. ( )
3. Die Gruppenatmosphäre war angespannt. ( )
4. Konflikte konnten in der Gruppe geklärt werden. ( )
5. Die Gruppe war aufgabenorientiert. ( )
6. Mit unserem Projekt hatten wir Erfolg. ( )
7. Die Gruppenmitglieder haben sich mit sich beschäftigt. ( )

Bei mir selbst beobachtete ich Folgendes:

1. Ich habe mich auf die Arbeit konzentriert. ( )
2. Ich konnte Spannungen
   a) aushalten. ( )
   b) ansprechen. ( )
3. Ich habe mich angenommen gefühlt. ( )
4. Ich habe meine Vorstellungen in die Gruppe eingebracht. ( )
5. Ich habe eine spezielle Rolle in der Gruppe gehabt. ( )
6. Ich konnte die Vorschläge der Gruppe akzeptieren. ( )
7. Ich habe meine Ziele verwirklicht. ( )
8. Ich bin mit mir und meinem Verhalten in der Gruppe zufrieden. ( )

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Patienten, um an Projektgruppen teilzunehmen:

- Gruppenfähigkeit
- gewisse psychische Stabilität.

Indikationen

Projektgruppen sind indiziert bei Patienten mit:

- sozial interaktionellen Defiziten (Kontakt- und Kommunikationsstörungen)
- Arbeitsplatzkonflikten
- Defiziten in der Selbst- und Fremdeinschätzung.

Ambulante Gruppenangebote

Ambulante Gruppenangebote können sich in einer ergotherapeutischen Praxis aus der Zusammensetzung der Klientel ergeben. Es gibt inzwischen einige Praxen, die ihren Schwerpunkt auf die Behandlung psychiatrisch-psychosomatischer Patienten ausgerichtet haben. Sie arbeiten eng mit größeren psychiatrischen Einrichtungen oder Praxen zusammen. Auf den Rezepten kann das Feld Gruppentherapie angekreuzt werden, „wenn die individuelle Problematik des Patienten die Nutzung von gruppendynamischen Prozessen und stützenden Funktionen der Gruppe erfordert“ (Ferber u. Gans 2004, S. 123). Eine Gruppe sollte aus etwa drei bis fünf Patienten bestehen, bei denen die Gruppenfähigkeit festgestellt wurde. Der zeitliche Richtwert für eine Gruppenbe-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

handlung liegt bei 90–120 Minuten. Im Falle eines Hirnleistungstrainings als Gruppentherapie liegt der Richtwert bei 45–60 Minuten.

Theoretisch könnten alle unter dem Abschnitt „Klinische Gruppenangebote“ (s. S. 378) beschriebenen Therapien auch als ambulante Gruppen angeboten werden. Dies ist jedoch selten der Fall. Innerhalb der Praxis gestaltet es sich als wesentlich aufwendiger, eine Gruppe zu organisieren. Der Verlauf einer Gruppe hängt von der Zuverlässigkeit der Teilnehmer ab, die sich auf eine Teilnahme festlegen müssen. Die Fähigkeit der Ergotherapeutin, den Patienten eine angemessene Struktur zu geben und jeden in die Gruppe zu integrieren bzw. gemeinsam Lösungswege zu erarbeiten, ist von besonderer Bedeutung. Erfahrungsgemäß nehmen die Patienten unter erfahrener Leitung regelmäßig an den Gruppen teil.

KBT-Gruppe

Ein mögliches Gruppenangebot kann eine KBT-Gruppe (Konzentrative Bewegungstherapie) darstellen, die von einer Ergotherapeutin mit Zusatzqualifikation zur Konzentrativen Bewegungstherapeutin geleitet wird. Inhalte der Gruppe sind vor allem Wahrnehmungsübungen aus dem Bereich der sensorischen Integration, Partnerübungen und Entspannung.

Der Verlauf der Gruppe kann sich nach den Wünschen der Teilnehmer richten, die in einer Vorbesprechung ermittelt werden. Es folgen Übungsphasen mit anschließendem Gespräch zur Reflexion der Erfahrungen.

Indikationen

Die KBT-Gruppe ist indiziert bei Patienten mit:

- Schmerzen
- Essstörungen
- neurotischen Entwicklungen
- posttraumatischen Belastungsstörungen und Verhaltensstörungen
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline)
- Kontaktstörungen und sozialer Isolation.

Projektgruppe

Es können Projektgruppen zu speziellen Themen angeboten werden, in denen die Patienten an Verhaltenszielen arbeiten können und die Gruppendynamik genutzt werden kann. Sie gehören zu der interaktionellen Methode. Der Verlauf gestaltet sich ähnlich wie bei klinischen Projektgruppen. Es sollte jedoch sehr darauf geachtet werden, dass die Stabilität der Teilnehmer eventuell auftretenden Konflikten gewachsen ist. Ein Beispiel für ein Projekt ist das Gestalten von Figuren (z. B. Frauenskulpturen, orientiert an den Statuen der Künstlerin „Niki de Saint Phalle“, die unter dem Namen „Nanas“ bekannt sind) mit Pappmaschee auf Grundlage eines Holz- und Drahtgerüstes.

Indikationen

Die Projektgruppe ist indiziert bei Patienten mit:

- sozial interaktionellen Defiziten (Kontakt- und Kommunikationsstörungen)
- Arbeitsplatzkonflikten
- Defiziten in der Selbst- und Fremdeinschätzung.

Frauengruppe

Anhand von kreativen Medien, über das Gespräch und bei Außenaktivitäten können Frauen sich und andere in einer Gruppe besser kennenlernen. Dieses Angebot stellt eine Methodenmischung aus ausdruckszentrierter, interaktioneller und kompetenzzentrierter Methode dar. Eigene Ressourcen sollen entdeckt und weiterentwickelt, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen aufgebaut werden. Gemeinsam können angemessene Lösungen für Alltagsprobleme gefunden werden.

Rahmenbedingungen

einmal pro Woche 1,5 Stunden
maximal fünf Patientinnen
Vorgespräch und gültiges Rezept
halboffene Gruppe (z. B. alle vier Wochen ist der Einstieg neuer Teilnehmerinnen möglich).

Indikationen

Eine Frauengruppe ist indiziert bei Patienten mit:

- psychosomatischen Störungen
- besonderen Belastungssituationen
- vorübergehenden Lebenskrisen.

Fallbeispiel: Frau X.

Die 56-jährige Frau X. kommt mit Verdacht auf Panikstörung und Erschöpfungszustand in eine psychosomatische Klinik. Sie ist die Geschäftsführerin eines Kurhotels und verbringt ihr Leben fast ausschließlich dort. In jüngster Zeit werden ihr Führungsschwächen und körperliche Grenzen vorgeworfen. Schon seit einem Jahr bestehe eine Angstsymptomatik, die zu einer Tranquilizerabhängigkeit geführt habe. Sie beschreibt einen ständigen Leistungsdruck, unter dem sie stehe. Sie fühle sich privat völlig isoliert, bei der Arbeit werde sie ausgenutzt und vermeide Konflikte.

Nach einer Phase des Einlebens, einer ersten Stabilisierung in der Klinik und der Teilnahme an einer Gesprächsgruppe sowie dem meditativen Malen vereinbart sie mit ihrer Bezugstherapeutin Verhaltensziele, die sie in der Projektgruppe üben möchte:

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- eigene Kompetenzen einbringen, dabei Grenzen erspüren und benennen
- Spannungen wahrnehmen und ansprechen.

Die Gruppe entscheidet sich für die Organisation und Ausarbeitung einer „Schnitzeljagd“ in der umliegenden Umgebung der Klinik, die an einem Wochenende stattfinden soll. Frau X. zeigt von Anfang an ihr Organisationstalent und übernimmt zeitweilig die Führungsrolle. Auch emotional scheint sie sich sehr mit der Aufgabe zu identifizieren. Sie kommt an eine persönliche Grenze, als es zu einer Konkurrenzsituation mit einem Mitpatienten kommt. Beide wollen eine Aufgabe übernehmen. Es fällt ihr sehr schwer, ihre Spannungen wahrzunehmen, sie reagiert mit Rückzugsverhalten. Die Ergotherapeutin interveniert, indem sie beide Betroffenen um eine Darstellung der Situation im Beisein der Gruppe bittet. Bei Frau X. wird eine Kränkung deutlich; sie glaubt, dass der Mitpatient ihr die Aufgabe nicht zutraue. Dieser äußert seine persönlichen Wünsche. Die anderen Gruppenmitglieder bemühen sich, einen Kompromiss zu finden, der für beide eine annehmbare Lösung darstellt. Frau X. erlebt dieses Bemühen der Gruppe dankbar und empfindet einen Rückhalt. Ihr wird rückgemeldet, dass man sie für kompetent hält und sie für die Durchführung brauche, genauso auch den Mitpatienten. Sie schafft es, bis zum Ende erfolgreich teilzunehmen und das Projekt zu einem gelungenen Ereignis werden zu lassen. Ihre Angstsymptomatik ist in den Hintergrund getreten. Nun wird es darum gehen, die neuen Erfahrungen in den Lebensalltag zu übertragen.

5.4 Sucht

Regine Wilms

5.4.1 Einleitung

Die Behandlung Abhängigkeitserkrankter ist für die Ergotherapeutin ein Fachgebiet, bei dem sie sich auf sehr spezifische Anforderungen einstellen muss. Darüber hinaus ist sie in hohem Maße an die Struktur der behandelnden Einrichtung gebunden und arbeitet oft soziotherapeutisch. Eine weitere Besonderheit ist, dass Entwöhnungstherapie nur in einem multiprofessionellen Team gelingen kann. Die Ergotherapeutin wird, wenn es angezeigt ist, auch berufsübergreifend arbeiten und die eigenen therapeutischen Wege immer mit den psychotherapeutischen Kollegen abstimmen. Ihr Befund trägt zur Vervollständigung der Diagnose bei. Das setzt Kompetenz und eine stabile therapeutische Haltung voraus.

Die unterschiedlichen Konzepte der behandelnden Einrichtungen bedingen unterschiedliche ergotherapeutische Ansätze. Die auftretenden Fragen sind jedoch überall dieselben:

- Wie kann die Ergotherapie in den Behandlungsplan eines Abhängigkeitserkrankten zielführend eingeflochten werden?
- Welche therapeutische Haltung ist bei der Arbeit mit Suchtkranken einzunehmen?
- Welche Mittel, Medien, Modelle und Methoden haben sich bewährt?
- Welche ergotherapeutischen Methoden kann man anwenden, um die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen?
- Was ist aufgrund der besonderen Psychodynamik von Suchtmittelabhängigen zu berücksichtigen?

Deutlich werden schon hier die vielfältigen Anforderungen an die ergotherapeutische Behandlung Suchtmittelabhängiger. Es gibt eine Fülle verschiedener Entwöhnungskonzepte. Diese differieren hinsichtlich Verweildauer, Tagesstruktur, Konsummustern und therapeutischer Schwerpunkte. Es gibt keine ergotherapeutische Standardbehandlung. Die Ergotherapeutin, die in diesem Bereich arbeiten will, muss sich mit dieser Erkrankung gründlich vertraut machen. Darüber hinaus ist es an ihr, ein für ihre Einrichtung passendes Konzept zu entwickeln, das sowohl den Forderungen der Kostenträger als auch dem Bedarf der Klienten gerecht wird. Grundsätzliche Überlegungen zu all diesen Punkten werden in diesem Kapitel dargestellt.

5.4.2 Systematik der Suchtstoffe und Suchterkrankungen

Unter dem Stichwort „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ führt die ICD-10 zehn Suchtmittel auf:

F10: Störungen durch Alkohol
F11: Störungen durch Opiate
F12: Störungen durch Cannabinoide
F13: Störungen durch Sedativa und Hypnotika
F14: Störungen durch Kokain
F15: Störungen durch sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein
F16: Störungen durch Halluzinogene
F17: Störungen durch Tabak
F18: Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- eigene Kompetenzen einbringen, dabei Grenzen erspüren und benennen
- Spannungen wahrnehmen und ansprechen.

Die Gruppe entscheidet sich für die Organisation und Ausarbeitung einer „Schnitzeljagd“ in der umliegenden Umgebung der Klinik, die an einem Wochenende stattfinden soll. Frau X. zeigt von Anfang an ihr Organisationstalent und übernimmt zeitweilig die Führungsrolle. Auch emotional scheint sie sich sehr mit der Aufgabe zu identifizieren. Sie kommt an eine persönliche Grenze, als es zu einer Konkurrenzsituation mit einem Mitpatienten kommt. Beide wollen eine Aufgabe übernehmen. Es fällt ihr sehr schwer, ihre Spannungen wahrzunehmen, sie reagiert mit Rückzugsverhalten. Die Ergotherapeutin interveniert, indem sie beide Betroffenen um eine Darstellung der Situation im Beisein der Gruppe bittet. Bei Frau X. wird eine Kränkung deutlich; sie glaubt, dass der Mitpatient ihr die Aufgabe nicht zutraue. Dieser äußert seine persönlichen Wünsche. Die anderen Gruppenmitglieder bemühen sich, einen Kompromiss zu finden, der für beide eine annehmbare Lösung darstellt. Frau X. erlebt dieses Bemühen der Gruppe dankbar und empfindet einen Rückhalt. Ihr wird rückgemeldet, dass man sie für kompetent hält und sie für die Durchführung brauche, genauso auch den Mitpatienten. Sie schafft es, bis zum Ende erfolgreich teilzunehmen und das Projekt zu einem gelungenen Ereignis werden zu lassen. Ihre Angstsymptomatik ist in den Hintergrund getreten. Nun wird es darum gehen, die neuen Erfahrungen in den Lebensalltag zu übertragen.

5.4 Sucht

Regine Wilms

5.4.1 Einleitung

Die Behandlung Abhängigkeitserkrankter ist für die Ergotherapeutin ein Fachgebiet, bei dem sie sich auf sehr spezifische Anforderungen einstellen muss. Darüber hinaus ist sie in hohem Maße an die Struktur der behandelnden Einrichtung gebunden und arbeitet oft soziotherapeutisch. Eine weitere Besonderheit ist, dass Entwöhnungstherapie nur in einem multiprofessionellen Team gelingen kann. Die Ergotherapeutin wird, wenn es angezeigt ist, auch berufsübergreifend arbeiten und die eigenen therapeutischen Wege immer mit den psychotherapeutischen Kollegen abstimmen. Ihr Befund trägt zur Vervollständigung der Diagnose bei. Das setzt Kompetenz und eine stabile therapeutische Haltung voraus.

Die unterschiedlichen Konzepte der behandelnden Einrichtungen bedingen unterschiedliche ergotherapeutische Ansätze. Die auftretenden Fragen sind jedoch überall dieselben:

- Wie kann die Ergotherapie in den Behandlungsplan eines Abhängigkeitserkrankten zielführend eingeflochten werden?
- Welche therapeutische Haltung ist bei der Arbeit mit Suchtkranken einzunehmen?
- Welche Mittel, Medien, Modelle und Methoden haben sich bewährt?
- Welche ergotherapeutischen Methoden kann man anwenden, um die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen?
- Was ist aufgrund der besonderen Psychodynamik von Suchtmittelabhängigen zu berücksichtigen?

Deutlich werden schon hier die vielfältigen Anforderungen an die ergotherapeutische Behandlung Suchtmittelabhängiger. Es gibt eine Fülle verschiedener Entwöhnungskonzepte. Diese differieren hinsichtlich Verweildauer, Tagesstruktur, Konsummustern und therapeutischer Schwerpunkte. Es gibt keine ergotherapeutische Standardbehandlung. Die Ergotherapeutin, die in diesem Bereich arbeiten will, muss sich mit dieser Erkrankung gründlich vertraut machen. Darüber hinaus ist es an ihr, ein für ihre Einrichtung passendes Konzept zu entwickeln, das sowohl den Forderungen der Kostenträger als auch dem Bedarf der Klienten gerecht wird. Grundsätzliche Überlegungen zu all diesen Punkten werden in diesem Kapitel dargestellt.

5.4.2 Systematik der Suchtstoffe und Suchterkrankungen

Unter dem Stichwort „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ führt die ICD-10 zehn Suchtmittel auf:

F10: Störungen durch Alkohol
F11: Störungen durch Opiate
F12: Störungen durch Cannabinoide
F13: Störungen durch Sedativa und Hypnotika
F14: Störungen durch Kokain
F15: Störungen durch sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein
F16: Störungen durch Halluzinogene
F17: Störungen durch Tabak
F18: Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Der Missbrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen ist unter F55. kategorisiert. Die vierte und fünfte Stelle der Klassifizierung nach der ICD-10 dient der Beschreibung des klinischen Erscheinungsbildes, z. B.:

F1 x.0: akute Intoxikation
.00 ohne Komplikationen
.03 mit Delir
F1 x.1: schädlicher Gebrauch
F1 x.2: Abhängigkeitssyndrom
.00 gegenwärtig abstinent
.24 gegenwärtiger Substanzgebrauch
F1 x.3: Entzugssyndrom
.30 ohne Komplikationen
.31 mit Krampfanfällen
F1 x.5: psychotische Störung
.50 psychotische Störung schizophreniform.

Im „Handbuch der Rauschdrogen" von Schmidtbauer (1997) sind über 100 Substanzen angeführt, die mit Suchterkrankungen in Zusammenhang stehen. Hier werden drei Formen des Konsums unterschieden:

Sucht: ist eine behandlungsbedürftige Krankheit. Der Süchtige greift zwanghaft zum Suchtmittel und nimmt gravierende gesundheitliche, soziale und psychische Folgen in Kauf. Sucht ist von Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und Dosissteigerung geprägt. Bei Abstinenz kommt es zu starken Entzugserscheinungen.
Abhängigkeit: liegt vor, wenn der Konsum zur Gewohnheit geworden ist und sich bei Entzug Unbehagen oder leichte Beschwerden einstellen, die mit erneuter Einnahme abklingen. Auch hier kommt es zu Toleranzentwicklung.
Missbrauch: liegt vor, wenn eine psychoaktive Substanz nicht ihrem Zweck entsprechend eingenommen, sondern genutzt wird, um einen unliebsamen Gefühlszustand zu verdrängen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass jedes Verhalten in süchtiges Verhalten übergehen kann. Zunächst scheint die Sucht wirklich Erleichterung zu bringen. Irgendwann hat das Suchtmittel den Menschen jedoch unter Kontrolle.

Der Konsum bestimmter Stoffe verändert auf spezifische Weise psychische Zustände und Prozesse; jedes Suchtmittel hat eine andere Wirkung. Zunächst lassen sich stoffgebundene und nichtstoffgebundene Süchte unterscheiden.

Stoffgebundene Suchterkrankungen

Man kann hier, stark vereinfachend, drei Hauptgruppen unterscheiden:

Psychostimulanzien

Stoffe, die psychische Abläufe beschleunigen, werden als Psychostimulanzien bezeichnet. Kokain steigert das Selbstkompetenzerleben und führt im Entzug zu depressivem Erleben. Ecstasy steigert das Ich-Erleben, die Umwelt wird intensiver gespürt. Koffein und Nikotin wirken anregend und steigern die Reagibilität. In diese Gruppe gehören auch alle anderen Amphetamine.

Psychosedativa

Alkohol, Benzodiazepine, Barbiturate, Opiate und Morphine wirken dämpfend, entspannend und sedierend. Am Beispiel Alkohol wird deutlich, dass alle diese Mittel auch enthemmende Wirkung haben und daher auch aktivierend und affektforcierend wirken können. Je nach Dosierung baut Alkohol zunächst die inneren Spannungen ab, wirkt in höheren Dosen bei manchen Menschen stark antriebssteigernd, macht oft auch aggressiv. Bei weiterer Dosissteigerung wirkt er wiederum narkotisierend. Darüber hinaus werden viele dieser Mittel als Gegenmittel zu stark aktivierenden Stoffen wie Kokain oder Amphetamine verwandt, um beispielsweise wieder schlafen zu können.

Psychotomimetika

Hierzu gehören alle Halluzinogene, die psychoseähnliche Zustände hervorrufen: LSD, Pilze, Marihuana, auch Schnüffelstoffe und Psilocybine sowie psychotrope Pflanzen weiten das psychische und sinnliche Erleben aus und lösen mitunter eine Plussymptomatik aus. Bei Jugendlichen sind diese Suchtstoffe verbreitet, da sie billig sind und, wenn es sich um „natürliche" Stoffe handelt, diese ungefährlich erscheinen.

Nichtstoffgebundene Suchterkrankungen

Nichtstoffgebundene Süchte fallen im Alltag oft nicht auf. Dennoch können sie für die Gesundheit der Betroffenen, für deren Familien und ihre finanzielle Situation verheerende Folgen haben. Klinisch sind bisher nur die Glücksspielsucht und die Esssucht von Bedeutung. Es gibt aber weit mehr inzwischen diskutierte Süchte: Arbeitssucht, Internetsucht, Fernsehsucht u. a. Die Suchterkrankung äußert sich aber auch hier mit Kontrollverlust, Toleranzentwick-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

lung, Entzugserscheinungen, Wiederholungszwang und Abstinenzunfähigkeit. Im Vordergrund stehen hierbei die psychische Abhängigkeit und die zunehmende Beeinträchtigung der Lebensführung. Einige dieser Suchterkrankungen seien hier genannt.

Die Essstörungen (Esssucht, Bulimie, Magersucht) werden heute eher zu den Zwangserkrankungen gezählt und haben neben allen anderen Konsequenzen einer Suchterkrankung gravierende körperliche Folgen. Sie werden in psychosomatischen Kliniken behandelt, weisen aber auch heute noch eine erschreckend hohe Mortalität auf (s. Kap. 5.3, S. 370).

Bezeichnend für die Kaufsucht ist, dass gar kein Bedarf für das Gekaufte besteht, oft nicht einmal ausgepackt wird. Es ist die Kaufsituation, die für einen Moment die innere Leere füllt und euphorisierend wirkt. Diesem ähnlich ist das Verhaltensmuster der Messies, die nichts wegwerfen können und alles zwanghaft sammeln. Die Wohnungen dieser Menschen werden mit der Zeit, unentdeckt von der Außenwelt, zu Müllhalden („Vermüllungssyndrom"). Die Presse berichtet immer mehr von erschreckenden Fällen. Es bilden sich zunehmend Selbsthilfegruppen, die ein Indiz für den Bedarf an Hilfe sind.

Die Arbeitssucht ist eine sozial hoch akzeptierte Verhaltensweise und ist, wenigstens unter diesem Aspekt, dem Alkoholmissbrauch vergleichbar. Sie äußert sich beispielsweise in exzessivem Weiterarbeiten trotz gesundheitsschädlicher Konsequenzen, heimlichem Arbeiten und Unruhezuständen bei nicht verfügbarer Arbeit. In Kauf genommen werden massive familiäre und körperliche Probleme. Diese treten auf, weil durch Medikamente, Koffein, Alkohol u. a. die Arbeitskraft zwanghaft aufrechterhalten wird.

Für die Glücksspielsucht gibt es inzwischen gute Behandlungsangebote, da diese zu extremen Belastungen der Familien und deren Finanzen führt. Diese Erkrankung ist in den ICD-10 als behandlungsbedürftige Suchterkrankung aufgenommen (F63.0 pathologisches Glücksspiel).

Diskutiert wird darüber hinaus die Sexsucht, die bislang den Zwangsstörungen zugeordnet wird. Exzessive Gedanken oder Aktivitäten aus einer sexuellen Getriebenheit heraus können ein derart zerstörerisches Potenzial entfalten, dass der Betroffene alle Merkmale einer behandlungsbedürftigen Suchterkrankung aufweist. Dies ist gehäuft bei Kokainabhängigen zu beobachten, da diese Droge u. a. eine starke Erhöhung der sexuellen Aktivität auslöst. Die Betroffenen leiden unter der Zwanghaftigkeit.

Ebenfalls kontrovers diskutiert wird die Sportsucht, hier vor allem der Ausdauer- und Extremsport. Der „Runners high" ist zu einem geläufigen Begriff geworden, der das rauschartige Gefühl der Schwerelosigkeit beschreibt. Suchtcharakter bekommt die Sportbegeisterung, wenn Verletzungen und andere gesundheitliche Gefahren missachtet werden und bei Einstellung der sportlichen Aktivitäten starke Entzugssymptome auftreten.

Bei der Internetsucht wird die Internetkommunikation wichtiger als die Alltagskommunikation und versetzt den Süchtigen in die permanente Spannung, etwas zu verpassen. Bestimmte Bereiche des Internets (Chatrooms) ermöglichen neue gefühlsintensive Erfahrungen in aller Unverbindlichkeit. Der Alltag tritt in den Hintergrund. Als virtuelle Identität kommuniziert der Nutzer in einem ganz neuen Erfahrungsbereich und erfährt dort Anerkennung und Bestätigung. Diese narzisstische Zufuhr hebt den Selbstwert deutlich. Erste Auffälligkeiten sind oft massiver Schlafmangel und eine deutliche Veränderung der sozialen Beziehungen. Die Psychologin K. S. Young schätzt, dass etwa 7% aller Internetnutzer abhängig sind, das sind 11 Millionen Menschen (Young 1999). Die Chatrooms werden zum Lebensmittelpunkt, die Rollen- und Fantasiespiele bieten einen Ausweg aus der Realität. Die Informationsbeschaffung birgt nach den Untersuchungen von Kimberley Young keine Suchtgefahr. Dass die Internetnutzung vor allem durch Spiele die Wahrnehmung, die Kommunikation, die Werte und die Sprache verändert, zeichnet sich inzwischen deutlich ab. Der folgende Text versucht das Erleben darzustellen (Bolz in Schuller u. Kleber 1993):

Computer und Internetsucht

Folge dieser Sucht ist die Veränderung der Umweltwahrnehmung durch die virtuelle Welt (Video, Internet, Computer).

Jeder kann sich seine eigene Welt schaffen, die sich nicht den realen Gegebenheiten unterwerfen muss. Simulation ist deren Grundprinzip. Erst die Medienwelt befähigt die Wirklichkeit, unserer Aufmerksamkeit würdig befunden zu werden: Was nicht im Fernsehen, im Internet repräsentierbar ist, ist unwichtig.

Reize für den Nutzer:

- Mit dem Joystick können Kriege entschieden werden.
- Hacker spüren Systemlücken und Systemgrenzen auf, um es zu manipulieren.
- Sehnsucht nach absoluter Kontrolle.
- Ungefährlich, da virtuelles Spiel mit der Gefahr.
- Risiken bei der Kontaktaufnahme scheinen gering.
- Verschmelzung von Mensch und Maschine („Nabelschnur"), angeschlossen sein heißt im Zentrum der Ereignisse stehen; der Computer bestimmt das Verhalten.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Die abendliche Versammlung der Zuschauer vor dem Bildschirm, der Hacker vor dem Laptop: Aufhebung der Grenzen des Individuums durch Zerstreuung, Gemeinschaftsgefühl.
- Möglichkeit grenzenloser Perfektion: Man ist nie fertig, alles ist beliebig oft manipulierbar und revidierbar, alle Statik, alle Grenzen scheinen aufgehoben. Dies fördert den Willen zur Optimierung, stimuliert den Perfektionismus und facht den Narzissmus an.
- Beziehungen in der realen Welt werden überflüssig, da sie sich im Netz reibungslos und risikoarm gestalten lassen.

In den Diagnosesystemen werden solche Störungen jedoch nicht zu den Süchten im engeren Sinne gezählt, sondern unter der Kategorie „Impulskontrollstörung" zusammengefasst. Einige Fachkliniken für Suchterkrankungen nehmen inzwischen auch Patienten zur Behandlung der Internetsucht auf, ohne ihr mit abgeschlossenen Konzepten begegnen zu können. Tatsache ist, dass sich die Anfragen um Hilfe von Betroffenen und Angehörigen häufen und die Fachleute beginnen, das Problem zu erkennen. Ähnlich verhielt es sich vor 20 Jahren mit den pathologischen Spielern: Der steigende Bedarf an Hilfe initiierte die Entwicklung von Konzepten.

Unabhängig vom Suchtmittel gibt es eine zugrunde liegende stoffunabhängige Suchterkrankung, die sich auf unterschiedliche Weise manifestiert. Hat ein Suchtkranker die Abhängigkeit von einem Suchtstoff überwunden, erlebt man oft die sogenannte Suchtverlagerung. Der Alkoholiker läuft exzessiv, der Kokainkonsument beginnt zu rauchen, Medikamentenabhängige entwickeln eine Essstörung.

Daher braucht sich die Ergotherapeutin gar nicht explizit in den unterschiedlichen Suchtstoffgruppen auszukennen. Viel wichtiger ist es, sich mit den Symptomen der Suchterkrankung vertraut zu machen, die allen ihren Ausprägungen zugrunde liegen und anhand derer der Behandlungsauftrag abzuleiten ist. Sie seien hier in Kürze genannt:

- Identitätsstörungen
- Kontaktstörungen
- Affektstörungen
- mangelnde Stressbewältigungsstrategien
- ausgefeilte Vermeidungsstrategien
- reduzierter Realitätsbezug
- Amotivationssyndrom
- reduzierte Belastbarkeit
- kognitive Dysfunktionen.

Es stellt sich die Frage, ob es möglich ist, beispielsweise einen Kokainkonsumenten mit einem Alkoholiker zusammen zu behandeln: Zeigen sich hier nicht Unterschiede, die es zu berücksichtigen gilt? Die verschiedenen Fachkliniken spezialisieren sich meistens auf illegale Drogen oder Alkoholabhängigkeit. Diese Trennung scheint sinnvoll zu sein, da es sich in der Tat gezeigt hat, dass die Therapieziele dieser beiden Gruppen von Suchtkranken sehr unterschiedlich sind. Während beim Alkoholiker Aktivierung, Motivation und Stabilisierung aller Fertigkeiten im Vordergrund stehen, geht es bei Drogenabhängigen eher um Begrenzung und Zentrierung der inneren und äußeren Welt und um die therapeutische Bearbeitung traumatischer Erlebnisse. Das schlägt sich auch in den unterschiedlichen Therapiekonzepten nieder.

5.4.3 Suchthilfesystem

Die Behandlung Abhängigkeitserkrankter erfordert ein komplexes Hilfesystem. Inzwischen steht ein breitgefächertes Angebot als Hilfe zum Ausstieg bereit. Der Suchtbericht der Bundesregierung 2001 (Bundesministerium für Gesundheit 2001) gab an, dass derzeit etwa jeder zweite Abhängige in irgendeiner Form erreicht wird. Die Ergotherapie ist im Suchthilfesystem eine noch randständige Therapieform. Dies wird sich in den kommenden Jahren sicherlich ändern, da die Kostenträger zunehmend die Bewältigung des Alltags als Maßstab dafür nehmen, ob eine Therapie erfolgreich war:

- Kann der Mensch wieder arbeiten?
- Kann er sich allein versorgen?
- Kann er selbst zu seiner sozialen Sicherung beitragen?

Die Ergotherapeutin begegnet dem Patienten im „Realitätsraum", während die Beziehung zum Psychotherapeuten im „therapeutischen Raum" stattfindet. Der Transfer der in der Psychotherapie erarbeiteten Ergebnisse in den Realitätsraum ist die Aufgabe der Ergotherapeutin. „Wie kann ich neu erworbene Einsichten, neues Verhalten in den Alltag umsetzen?" In der Entwöhnungsbehandlung Alkoholkranker ist die Ergotherapie Standard, meistens mit dem Schwerpunkt Arbeitstherapie.

Im Suchthilfesystem werden die Patienten oft Klienten genannt. Der Begriff Patient impliziert die Krankenrolle. Diese ist geprägt von Passivität, anderen die Verantwortung für die Genesung überlassen, Abhängigkeit. Ein Klient erwartet eine bestimmte Leistung, um sich selbst helfen zu können. Dafür wird auch eine Gegenleistung erwartet. Die Abhängigkeit in der Krankenrolle ist für den Abhängigkeits-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

erkrankten kontraindiziert, da genau diese überwunden werden soll.

Jede Suchterkrankung bildet sich individualspezifisch aus und erfordert daher auch individuelle Behandlungskonzepte. Das wiederum erfordert ein System, in dem verschiedenste Berufsgruppen vorkommen, unterschiedliche Einrichtungen differenzierte Rahmenbedingungen anbieten und spezifische Hilfsangebote einander ergänzen. Dabei kommt es häufig zu Schwierigkeiten bei der Koordination und Kooperation der begleitenden Hilfen, um dem Anspruch gerecht zu werden, für jede Suchterkrankung und deren verschiedene Stadien ein geeignetes Behandlungsangebot bereitzuhalten.

Die Einrichtungen werden mit sich ständig verändernden Konsummustern und Drogen konfrontiert. In den 90er-Jahren tauchte Ecstasy auf, jetzt stehen erste Konzepte zur Behandlung zur Verfügung, aber schon ist die nächste Veränderung da: Kokain und Crack sind auf dem Vormarsch, damit auch ein ganz anderes soziales Gefüge der Klienten. Die Suchthilfe kann nur mit zeitlicher Verzögerung darauf reagieren.

Nicht nur die Konsummuster verändern sich, auch die Struktur der Drogenszene. Die Vertreibung der offenen Drogenszene von einigen Hauptbahnhöfen hat etwa die dort angesiedelten niederschwelligen Angebote gefährdet. Die Drogenszene weicht auf kleine Vorortbahnhöfe aus, wo in der Kürze der Zeit keine neuen Anlaufstellen und Kontaktangebote geschaffen werden können. Die Verelendung von Alkoholikern oder Medikamentenabhängigen findet zunehmend im privaten Raum statt. Sie müssen hier vom Suchthilfesystem erreicht werden. Von den Hilfsangeboten fordert die permanente Veränderung der Szenen eine hohe Bereitschaft zu Flexibilität, permanenter Überprüfung des Konzepts und fortdauernder Qualitätssicherung.

Schwoon und Wienberg haben eine Hierarchie der Interventionsstrategien bei Suchtkranken aufgestellt (2003):

- Sicherung des Überlebens
- Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
- Sicherung der sozialen Umgebung
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Ermöglichung längerer Abstinenzphasen
- Einsicht in die Grunderkrankung
- Akzeptanz des eigenen Behandlungsbedarfs
- Akzeptanz des Abstinenzzieles
- konstruktive Aufarbeitung von Rückfällen
- individuelle therapeutische Grenzziehung
- Selbsthilfe.

Niederschwellige Angebote, aufsuchende Arbeit

Zunächst seien niederschwellige Angebote genannt, die aufsuchende und akzeptierende Arbeit leisten. Neben der Schadensminimierung und der gesundheitlichen Stabilisierung ist hier der stabile therapeutische Kontakt das Ziel. Nur unter dieser Voraussetzung kann eine weiterführende Behandlung angestrebt werden. Zu den praktischen Angeboten der akzeptierenden Drogenarbeit gehören Kontaktläden, die soziale Basishilfe wie Waschmöglichkeiten, Spritzentausch, medizinische Wundversorgung u. a. anbieten. Darüber hinaus gibt es Konsumräume und Übernachtungsstätten für wohnungslose Suchtkranke. Es gibt medizinische Teams, die mit Sozialarbeitern nachts Treffpunkte aufsuchen und vor Ort akute Hilfe anbieten. Die Sicherung des Überlebens ist das Ziel dieser Angebote.

Seit kurzer Zeit sind auch die Internetangebote als besonderes niederschwelliges Angebot vorhanden, die ein Höchstmaß an Anonymität sicherstellen und angstfrei genutzt werden. Dieses Angebot wird vorrangig von Abhängigkeitserkrankten genutzt, die noch über ein soziales Netzwerk verfügen und sich nicht offenbaren wollen. So konnten wieder ganz andere Zielgruppen erreicht werden, nämlich alle die, deren Zugehörige aus verschiedenen Gründen nie eine Beratungsstelle aufsuchen würden. Hier finden sie Onlineberatung, Informationen und Kontaktangebote.

Ambulante ärztliche Hilfe

Niedergelassene Ärzte sind häufig die erste Anlaufstelle für Suchtkranke, oft im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen. Fällt hier eine Suchterkrankung auf, hat der Arzt wesentlichen Einfluss auf das gesundheitliche Verhalten. Er sollte die Suchterkrankung zur Sprache bringen und den Kontakt zu weiterführenden Hilfen herstellen. Da der Arzt nicht die Möglichkeiten einer interdisziplinären Behandlung und der psychosozialen Betreuung hat, kann er in den meisten Fällen keine ambulante Heilbehandlung durchführen.

Zu einem späteren Zeitpunkt kann er zur Stabilisierung die Substitutionsbehandlung übernehmen. Dabei verabreicht der Arzt Ersatzstoffe, um bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit den Suchtdruck zu vermeiden. Drogenabhängige bekommen einen Opiatblocker, der das Heroin unwirksam werden lässt. Bei Alkoholikern folgt dem Entzug immer häufiger eine

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

medikamentöse Behandlung, um das Craving (Suchtdruck, Trinkdrang) zu mindern.

Nachdem Mitte der 80er-Jahre die Zahl der HIV-Infizierten sprunghaft anstieg, wurden die Richtlinien für die Substitution von der Bundesärztekammer festgelegt. Ziel ist in erster Linie die Überlebenssicherung, dann die gesundheitliche Stabilisierung und die Entlastung des Abhängigen von der illegalen Beschaffung. Hat dieser es geschafft, sich aus dem bisherigen Lebensumfeld zu lösen, können im Rahmen der Substitution die Begleiterkrankungen besser behandelt und die soziale und berufliche Wiedereingliederung vorangetrieben werden. 2001 unterzogen sich in der Bundesrepublik etwa 50000 Suchtkranke einer Substitutionsbehandlung (Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren 2002). Die Substitution ist umstritten, da nur wenige Klienten es schaffen, auf diesem Weg dauerhaft abstinent zu bleiben. Es hat sich herausgestellt, dass die Substitution nur in Verbindung mit einer konsequenten psychosozialen Betreuung erfolgreich sein kann. Der oft verheerende Beikonsum, also der Konsum anderer Suchtstoffe zusätzlich zur Ersatzsubstanz, hat durch Mischintoxikation zu vielen Todesfällen geführt. Schwierig erscheint darüber hinaus der Übergang von der substitutionsgestützten zur drogenfreien Behandlung. Tatsache ist aber auch, dass viele Abhängigkeitserkrankte sich mit dieser Form der Unterstützung über einen langen Zeitraum stabilisieren konnten.

Beratungsstellen

In einem nächsten Schritt müssen frühzeitig fachgerechte Beratungen angeboten werden. Dieses ausstiegsorientierte Angebot soll zu einer Verhaltensänderung oder Therapie motivieren. Inzwischen gibt es ein verzweigtes Netz an Suchtberatungsstellen. Hier gibt es Gesprächsangebote, Informationen zu den unterschiedlichen Behandlungen und Hilfe bei behördlichen Angelegenheiten. Der Abhängigkeitserkrankte findet hier Hilfen für seine soziale und finanzielle Lage, wie z. B. Arbeitsplatzsicherung. Aufgrund der Instabilität der Erkrankten ist es wichtig, ein nahtloses Ineinandergreifen der weiteren Hilfsangebote sicherzustellen und den Kontakt zu halten. Ein koordiniertes Vorgehen aller Leistungsträger muss gesichert sein. Die Auswahl des Behandlungsangebotes orientiert sich am individuellen Bedarf, an der Art und dem Schweregrad der Erkrankung. Ähnliche Angebote machen die sozialpsychiatrischen Dienste, die gemeindenah und bedarfsorientiert arbeiten. Für Ergotherapeuten kann sich hier im interdisziplinären Team ein wichtiges Wirkungsfeld auftun. Sie sind qualifiziert, Handlungsziele zu verfolgen und Handlungskompetenzen auszubauen. Es gibt Ergotherapiepraxen, die sich auf die Behandlung psychisch Kranker spezialisiert haben und mit dem sozialpsychiatrischen Dienst zusammenarbeiten. Sie bieten Alltagstraining und arbeitstherapeutische Maßnahmen an. Sie unterstützen bei der Reorganisation des sozialen Umfeldes und entwickeln mit dem Patienten Ideen zur sinnvollen Freizeitgestaltung.

Beratende und weiterführende Hilfen leisten darüber hinaus die sozialen Dienste in Krankenhäusern und die betriebliche Suchtkrankenhilfe.

Stationäre Hilfen

Dank der Vielfalt und der Spezialisierung der Behandlungsangebote kann in den meisten Fällen ein individuelles Behandlungsangebot für den Abhängigkeitserkrankten realisiert werden. Vor jeder Entwöhnungsbehandlung muss eine Entgiftung erfolgt sein. Neben den stationären Angeboten gibt es teilstationäre oder kombinierte Offerten. Die meisten Entgiftungen werden in Akutkrankenhäusern durchgeführt, oft im Rahmen einer Notfallbehandlung, somatischer Erkrankung oder nach Unfällen. Das Suchtmittel wird abgesetzt, die eintretenden Entzugserscheinungen werden nicht nur ärztlich und pflegerisch überwacht, sondern mitunter auch durch die Gabe von Medikamenten gemildert. Man nennt dieses Vorgehen den „warmen Entzug“, wohingegen der kalte Entzug keinerlei Zufuhr anderer Medikamente vorsieht. Dieser kann durch Akupunktur gestützt werden, um den Entgiftungsprozess zu beschleunigen und die Entzugssymptomatik wie psychovegetative Beschwerden, Schmerzen und Krämpfe zu behandeln. Ist in die Entzugsbehandlung die Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen integriert, spricht man vom qualifizierten Entzug, für den die Kostenträger eine längere Behandlungszeit bewilligen und bezahlen.

Ergotherapie in der Entgiftung kann aktivieren und den Motivationsprozess unterstützen. Es ist wichtig, mit dem Klienten Ideen zu entwickeln, wie er sich in den neu entstandenen Leerlaufzeiten sinnvoll beschäftigen kann, denn die Suchterkrankung bestimmte zuvor große Teile des Tages. Für viele Kranke stellt diese neu verfügbare Zeit ein Rückfallrisiko dar. Langeweile setzt selbstwertreduzierende Grübeleien frei und ist für die instabilen Klienten eine schwere Belastung.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Rehabilitation

Nach der Entgiftung besteht das Angebot der stationären Rehabilitation, deren Dauer am individuellen Bedarf orientiert ist. Bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen werden in der Regel kurz- und mittelfristige Entwöhnungsbehandlungen angestrebt, während Drogensüchtige längerfristig behandelt werden müssen. Variable, individualisierte Rehabilitationspläne haben die Standardbehandlung abgelöst. Heute gibt es auch spezielle Angebote für Patientengruppen wie z. B. psychisch kranke Süchtige sowie ganz spezielle Problemkonstellationen wie Migranten, Frauen mit Kindern u. Ä. Auch für Klienten mit ungünstiger Prognose nach einer langen Suchterkrankung gibt es Angebote von entsprechend langer Dauer. Bei allen Behandlungen geht es um die Wiederherstellung des aktiven täglichen Lebens, der Lebensqualität sowie der Erwerbstätigkeit. Der Ergotherapie kommt hier in den letzten Jahren deutlich mehr Bedeutung zu. Sie kann im stationären Bereich maßgeblich zur Vorbereitung der Reintegration beitragen. Hinzu kommt hier die Verzahnung mit dem psychotherapeutischen Konzept. Mithilfe ausdruckszentrierter Methoden kann Ergotherapie psychisches Erleben aufdecken, die Introspektionsfähigkeit und den affektiven Ausdruck verbessern und so den psychotherapeutischen Prozess unterstützen.

Nachsorge

Um die Therapieergebnisse zu sichern und zu stabilisieren, kann der Klient eine Nachsorge in Anspruch nehmen. Auch diese Angebote gibt es stationär oder ambulant. Außenorientierung und die schrittweise soziale Reintegration, Krisenintervention oder Rückfallprophylaxe stehen gegenüber therapeutischen Angeboten deutlich im Vordergrund. Wohnungssuche, Arbeitssuche und Aufbau eines sinnvollen Alltags werden unterstützt. Eigenverantwortung und Selbstkontrolle werden gestärkt. Die Sensibilität für Rückfallsituationen wird durch Rückfallprophylaxe in Rollenspielen und adäquater Aufarbeitung von Rückfällen verbessert.

Die Klienten erhalten mitunter im Anschluss an eine stationäre Therapie weitere Hilfen durch Betreutes Wohnen. Flankierend werden schulische oder berufliche Nachqualifizierung oder Projekte zur beruflichen Reintegration in geschütztem Rahmen, z. B. Arbeitstrainingsprojekte, angeboten. Die Klienten sollen lernen, sich den Erfordernissen des Alltags zu stellen, und bekommen Unterstützung beim Aufbau eines sozialen Netzes.

Für eine kleine Gruppe Suchtkranker, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung oder psychischer Begleiterkrankungen eine schlechte Prognose haben, gibt es komplementäre Einrichtungen in Form von therapeutischen Wohngemeinschaften, Übergangswohnheimen oder betreuten Wohnheimen. Im alltagsähnlichen Wohnmilieu gibt es u. a. tagesstrukturierende und aktivierende Maßnahmen mit dem Ziel der größtmöglichen Selbstständigkeit. Auch hier finden sich Betätigungsfelder für Ergotherapeuten, ähnlich denen in der psychosozialen Betreuung. Gemäß dem personenzentrierten Ansatz steht der Klient im Mittelpunkt (s. Kap. 1.1). Von der Ergotherapeutin erfordert das personenzentrierte Vorgehen viel Flexibilität und umfangreiche Kenntnisse über das Versorgungs- und Rehabilitationssystem, um dem Klienten Wege aufzeigen zu können. Dies gilt vor allem für die Arbeitsförderung und die berufliche Reintegration.

Ambulante Angebote

Neben dem ambulanten Beratungsangebot werden im Suchthilfesystem ambulante Therapie, ambulante Rehabilitation und ambulante Nachsorge angeboten.

Die ambulante Therapie ist vorrangig für Klienten mit stabilem sozialem Bezugsrahmen gedacht. Viele Kokainkonsumenten, die eine feste Anstellung und gesunde soziale Beziehungen haben, nehmen dieses Angebot gerne in Anspruch. Ambulante Angebote können aber auch eine stützende Maßnahme nach erfolgter stationärer Therapie sein. Auch bei schwer zu motivierenden Klienten, die sich einen stationären Aufenthalt (noch) nicht vorstellen können, greift dieses Angebot.

Es kann sinnvoll sein, eine Rehamaßnahme ambulant durchzuführen. Dafür muss jedoch ein stabiles Umfeld gegeben sein. Ambulante Nachsorge ist das letzte Glied in der Therapiekette und beinhaltet Gruppensitzungen und Selbsthilfeangebote. Einzelgespräche werden nur noch in Form von Krisenintervention und in deutlich größeren Abständen angeboten.

Oft schließt sich die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe an. Hier gibt es die unterschiedlichsten Konzepte, wobei allen gemein ist, dass die Gruppen von abstinent lebenden Betroffenen geleitet werden.

Die Selbsthilfegruppen sind Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige. Die Barriere zur Kontaktaufnahme erscheint für viele Suchtkranke nicht so hoch, weil hier abstinente Suchtkranke als Gleiche unter Gleichen nichtprofessionelle Hilfe anbieten. Hier findet der Kranke Unterstützung für den Übergang in die Alltagswelt und kann seine Rehabilitationserfolge

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

stabilisieren. Zurzeit gibt es fast 8.000 Selbsthilfegruppen für Suchtkranke in Deutschland.

Arbeitsrehabilitative Angebote

Die Kostenträger bezahlen bei gegebenen Voraussetzungen Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung. Dies sind unter Berücksichtigung der Neigung und der bisherigen Tätigkeit:

- Hilfen zum Erhalt oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes (ist z. B. ein Führerschein erforderlich, den der Klient vor Jahren abgeben musste?)
- Berufsfindung, Berufsvorbereitung und Arbeitserprobung
- berufliche Erstausbildung
- berufliche Fortbildung, insbesondere Umschulung und Anpassung.

Das Suchthilfesystem hat darauf mit der Bereitstellung entsprechender Arbeitsplätze reagiert:

- Im Rahmen des § 19 BSHG „Arbeit statt Sozialhilfe" erhalten die Klienten für ein Jahr einen Arbeitsplatz und erhalten ihren Arbeitslohn vom Sozialamt.
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, die zeitlich befristet von der Arbeitsagentur finanziert werden.
- Integrationsfirmen bieten nach §§ 132–134 SGB IX Menschen mit einer Schwerbehinderung einen individuell angepassten Dauerarbeitsplatz. Die Integrationsfirma kann für den behinderten Mitarbeiter über das Integrationsamt finanzielle Hilfen bekommen, z. B. Investitionshilfen, Beratung und den sogenannten Minderleistungsausgleich. In diesen Integrationsbetrieben können auch Suchtkranke einen Arbeitsplatz finden.
- Tagelöhnerprojekte: Hier können Abhängigkeitskranke für jeweils einen Tag arbeiten.

Es wird deutlich, dass die Ergotherapie innerhalb dieses Systems eine Fülle von Arbeitsaufträgen finden kann:

- arbeitstherapeutische Aufgaben
- Behandlung sozioemotionaler Schwierigkeiten durch ergotherapeutische Methoden
- Behandlung von reduzierter Sozialkompetenz
- Erwerb von Alltagskompetenzen/Training der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Hirnleistungstraining
- kompetenzzentrierte Angebote
- Hausbesuche im Zuge des personenzentrierten und bedarfsorientierten Ansatzes
- Freizeitpädagogik
- Verbesserung kognitiver Dysfunktionen
- Aktivierung.

5.4.4 Suchterkrankung

Nach dem Suchtbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2006 wird die Zahl der Abhängigen von illegalen Suchtstoffen (ohne Cannabis) mit etwa 175.000 angegeben (Bundesministerium für Gesundheit 2007). Obwohl die Zahl der Drogentoten 2006 auf den tiefsten Stand seit 1989 gesunken ist, nimmt das Einstiegsalter immer weiter ab.

Beim Konsum illegaler Drogen spielt mittlerweile Cannabis eine Hauptrolle. Rund 2 Millionen vor allem junge Menschen konsumieren regelmäßig Cannabis, von ihnen weisen etwa 400.000 einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum auf.

Trotz verschiedener Maßnahmen zur Eingrenzung ist das Rauchen eines der größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschlang. 33% der Erwachsenen rauchen und das Einstiegsalter liegt derzeit bei 13 Jahren.

Die Einstellung zu Alkohol ist in der deutschen Gesellschaft vielfach unkritisch positiv gefärbt. Mehr als 10 Millionen Menschen in Deutschland trinken regelmäßig mehr Alkohol, als gesundheitlich empfehlenswert ist. Etwa 1,6 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig. 20% der Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren trinken in Deutschland regelmäßig Alkohol.

Die Abhängigkeit von Medikamenten betrifft in Deutschland vor allem Frauen. Von den 1,4 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen sind 70% weiblich. Die meisten Medikamente mit einem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial sind rezeptpflichtig. Obwohl es einen Rückgang z. B. bei der Verschreibung von Benzodiazepinen in den letzten Jahren gab, scheinen insbesondere Frauen und ältere Menschen besonders häufig Medikamente verordnet zu bekommen, die abhängig machen können. Auch die Behandlung von Schlafstörungen und Schmerzerkrankungen scheint teilweise Abhängigkeiten zu begünstigen.

Das Suchthilfesystem versucht, die kranken Menschen hinter diesen Zahlen zu erreichen, denn erst im Kontakt zu ihnen kann eine Krankheitseinsicht wachsen und zur Therapie motiviert werden. Bei der Suchterkrankung steht dem individuellen Leidensdruck jedoch ein Krankheitsgewinn gegenüber.

Die schlechte Erreichbarkeit der Erkrankten, ihre Vermeidungs- und Abwehrtendenzen sowie mangelnde Krankheitseinsicht wirken der Suchthilfe entgegen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Erklärungsversuche

Der multifaktorielle Erklärungsansatz geht von der Interaktion psychischer, sozialer und biologischer Faktoren aus. Einige Faktoren sollen hier aufgeführt werden, die zu einer späteren Suchterkrankung führen können. Sie sind alle durch Studien belegt, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden sollen:

- Hyperaktivität im Sinne einer frühkindlichen Hirnfunktionsstörung
- negatives Selbstwertgefühl schon im jugendlichen Alter
- keine erlernten Strategien zur Konfliktbewältigung
- reduzierte Stress- und Frustrationstoleranz
- reduzierte Selbstkontrolle
- mangelnde Zukunftsorientierung
- Abhängigkeit eines Elternteils
- leichte Verfügbarkeit von Suchtstoffen im Lebensumfeld
- Grundannahme: „Mit Suchtstoffen ist man locker drauf".

Je mehr diese Faktoren zusammenkommen, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer Abhängigkeit. Der Abhängigkeitserkrankte schwankt in der Regel zwischen der Suche nach Beziehung und der Angst davor, dass diese wieder bedrohlich werden könnte. Therapie mit Suchtkranken verlangt immer gelungene Begegnung und nie Manipulation durch therapeutische Techniken. Das hört sich schlicht an, erfordert aber ein Höchstmaß an Selbstreflexion und Wachheit. Im Folgenden ist die Suchterkrankung unabhängig von speziellen Erklärungsmodellen so dargestellt, dass die für die Arbeit der Ergotherapeutin maßgeblichen Aspekte deutlich werden.

Suchterkrankung und Realitätsverlust

Der Suchtstoff wird alles bestimmend und ersetzt fast alle Grundbedürfnisse. Das führt dazu, dass die Handlungskompetenz mit der Zeit verloren geht. Folge dieser reduzierten Auseinandersetzung mit der Realität ist die Schwächung der Ich-Kompetenz mit Störungen der Selbstwertregulation. Wer sich seiner Fähigkeiten nicht mehr sicher ist, der ist sich auch seines Wertes nicht mehr sicher. Das ist ein sehr unangenehmes Gefühl, das mit viel Druck nach Entlastung strebt. Die schnellste Lösung ist es, sich einzureden, dass doch eigentlich alles in Ordnung sei, die anderen die Situation nur falsch beurteilen würden. Als Folge von Vermeidung stellen sich aber Schuldgefühle ein, die wiederum Druck und Stress verursachen. Dieses Verhalten führt geradewegs in die Handlungsunfähigkeit. Damit ist z. B. die Grundlage für eine befriedigende Berufsarbeit, aber auch jede Beziehung, schwer gestört.

Suchterkrankung und Selbstbild

Für Ergotherapeuten mag die Erklärung von H. G. Petzold, einem Gestalttherapeuten, besonders interessant sein, der unter der Abhängigkeitserkrankung eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung versteht, die den gesamten Menschen betrifft und Auswirkungen auf alle Lebensbereiche hat (Petzold 1996).

Als „Säulen der Identität" nennt Petzold Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit sowie Werte und Sinn. Diese Säulen machen den Lebenszusammenhang des Menschen aus. Jede dieser Säulen kann im Rahmen der Suchterkrankung ihre Tragfähigkeit einbüßen und führt zur Destabilisierung der Identität. Dieser Zustand ist für den Menschen beängstigend und drängt nach Aufhebung. Je weniger diese Säulen beschädigt sind, desto leichter kann an Ressourcen angeknüpft und Stabilität rekonstruiert werden. Die Ergotherapeutin kann daraus mit dem Klienten sehr anschaulich Handlungsziele entwickeln: Wie sehen bei mir diese Säulen aus, welche will ich stabilisieren, welche neu aufbauen und was brauche ich dazu?

Für die Ergotherapeutin ist es sinnvoll, einzelne Elemente der verschiedenen therapeutischen Schulen in ihre Arbeit zu integrieren. Verhaltenstherapeutische Elemente wie Exposition oder Rollenspiele können modifiziert angewandt werden. Bilder aus dem psychoanalytisch orientierten katathymen Bilderleben tauchen abgewandelt in der ausdruckszentrierten Methode auf. Elemente der Gestalttherapie tragen zu einer tragfähigen therapeutischen Zusammenarbeit bei. Die Ergotherapie selbst bietet dem Klienten Handlungsziele, Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit der Realität und ist daher als Bindeglied zum Alltag des Klienten unverzichtbar.

Suchterkrankung und Beziehungen

Die sozialen Beziehungen verändern sich im Laufe der Suchterkrankung zunehmend. Man trifft sich mit „Gleichgesinnten", um Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen und sich angenommen zu fühlen. Eine andere Form dieses Rückzugs findet man bei Medikamentenabhängigen und bei weiblichen Alkoholikern. Diese brechen häufig alle Kontakte ab

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

und ziehen sich ins häusliche Umfeld zurück. Dadurch gehen soziale Fertigkeiten verloren. Die erlebte Isolation ist wiederum selbstwertmindernd, Schuldgefühle machen sich breit und das Gefühl der Sinnlosigkeit lähmt bis hin zur völligen Passivität.

In der Beziehungsarbeit haben sich verhaltenstherapeutische Ansätze bewährt. Daraus ergibt sich im Sinne des Modelllernens die zwingende Notwendigkeit der Gruppentherapie bei allen Behandlungsformen. „Spielregeln" einer gelungenen Beziehung wie Konfliktbereitschaft, Ehrlichkeit, Offenheit und Vertrauen müssen wieder geübt und positiv erfahren werden. Das Training sozialer Kompetenz innerhalb einer Gruppe ist eines von vielen Lernprogrammen, die die Verhaltenstherapie anbietet.

Ein wesentlicher Stabilisierungsfaktor besteht darin, alle Szenekontakte abzubrechen und Beziehungen zu Nichtabhängigkeitskranken aufzubauen, was für viele Suchterkrankte eine Herausforderung darstellt.

Suchterkrankung und Tod

Jeder, der in diesem Fachgebiet arbeitet, muss sich mit der Mortalität der Erkrankung auseinander setzen. Suchtstoffabhängigkeit ist eine tödliche Krankheit mit jährlich steigenden Zahlen von Opfern, trotz eines weitverzweigten Suchthilfesystems. Jeder Tote ist die Anfrage an dessen Effektivität. Das führt zu immer neuen Konzepten im Großen und im Kleinen. Besonders konkret wird die Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit, wenn ehemalige drogensüchtige Klienten, manchmal leider schon beim ersten Rückfall, aufgrund der falschen Dosierungseinschätzung sterben. Alkoholiker, Nikotin- und Medikamentenabhängige sind meistens im Zuge somatischer Folgeerkrankungen gefährdet. Für diese Suchtkranken ist die Auseinandersetzung mit dem Tod scheinbar in weite Ferne gerückt und wird verdrängt. Tragisch ist, dass genau diese Erkrankungen die meisten Todesfälle zur Folge haben.

Doppeldiagnosen

Suchterkrankung tritt oft im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung auf, die entweder im Vorfeld bestand und die Sucht als Folge einer Selbstmedikation erscheinen lässt oder Folge der Sucht ist, wie z. B. die Alkoholpsychosen. Rounsaville untersuchte 1991 etwa 300 stationäre Kokainabhängige: 55,7% wiesen akut eine psychiatrische Zusatzdiagnose auf. 73,5% gaben eine psychische Störung in der Vorgeschichte an (Depression, bipolare Störung, Angststörungen); 7,75% wiesen aktuell das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) auf, früher Hyperaktivitätsstörung genannt. 34,9% der Kokainabhängigen gaben an, schon als Kind einschlägig diagnostiziert worden zu sein. Hier sei am Rande vermerkt, dass sowohl Ritalin, das zur Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms eingesetzt wird, als auch Kokain Weckamine sind. Beide wirken bei diesen Klienten paradox. Benzodiazepine wirken dagegen belebend. Offensichtlich erhöht eine psychische Störung das Risiko für Missbrauchsverhalten.

In den letzten Jahren setzt sich im Hinblick auf die Ätiologie der Doppeldiagnose ein Interaktionsmodell durch. Dieses beschreibt, wie sich die beiden Erkrankungen zunehmend gegenseitig beeinflussen und die Wechselwirkung zwischen beiden zu einem sehr individuellen Krankheitsbild führt, das schwer zu diagnostizieren ist. Die Psychiatrie wird diesen Patienten genauso schwer gerecht wie Therapieeinrichtungen, die sich auf Suchtprobleme spezialisiert haben. Therapieempfehlungen zu psychischen Störungen sind oft kontraproduktiv zur Suchtproblematik und umgekehrt (z. B. medikamentöse Behandlung, konfrontative Methode in der Suchtbehandlung). Behandelt man nur die eine Erkrankung, wird die andere dadurch oft sogar verstärkt. So sind psychische Erkrankungen in den meisten Suchtkliniken ein Ausschlusskriterium. Neuere Behandlungskonzepte beschreiben eine Kombination aus pharmakologischer, medizinischer und psychosozialer Therapie und die Integration des sozialen Umfeldes der Erkrankten in die Behandlung (Basdekis-Jozka u. Krausz 2002).

Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörungen

Jede Form von Persönlichkeitsstörung erhöht die Disposition für eine Suchtentwicklung. Nach neueren epidemiologischen Studien, beispielsweise Krausz und Dittmann (1997), erreicht die Komorbidität zwischen Persönlichkeitsstörung und Sucht 69–100%.

Der ICD-10 versteht unter Persönlichkeitsstörungen tief verwurzelte, anhaltende, starre Muster des Verhaltens, Reagierens, Denkens und Fühlens auf unterschiedliche Lebensbedingungen und Situationen. Damit eine pathologische Störung diagnostiziert werden kann, müssen diese Merkmale sowohl unflexibel und unangepasst sein als auch zu subjektivem Leiden oder Funktionseinbußen führen (Dilling et al. 2001). Im DSM-IV werden die Persönlichkeitsstörungen nach ihrer Ähnlichkeit in drei Cluster eingeteilt:

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- **Cluster A:** paranoide, schizoide, schizotypische Persönlichkeitsstörungen: Personen mit dieser Störung erscheinen oft als seltsam, sonderbar und exzentrisch.
- **Cluster B:** antisoziale, Borderline-, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen: Diese Klienten wirken dramatisch, emotional, launisch.
- **Cluster C:** vermeidend selbstunsichere, dependente, zwanghafte Persönlichkeitsstörungen: Diese Klienten erscheinen vorrangig ängstlich und furchtsam.

Persönlichkeitsstörungen in Zusammenhang mit Suchterkrankungen werden heute in der psychotherapeutischen Diskussion stark thematisiert, denn es hat sich gezeigt, dass Therapien oft stagnieren, wenn man ausschließlich die Suchterkrankung behandelt. Viele Therapieabbrüche sind dadurch zu erklären, dass sich Klienten aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung bedroht fühlen. Am häufigsten findet man die antisoziale, die Borderline- und die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Da es sich um ein sehr heterogenes Krankheitsbild handelt, können hier nur sehr individuell zugeschnittene therapeutische Vorgehensweisen erfolgversprechend sein. Es müssen überschaubare, streng an den individuellen Bedürfnissen des Patienten orientierte Therapieziele erreicht werden. Oft können nur die Stabilisierung des psychischen Zustandes und die Schadensbegrenzung erreicht werden. Es gibt nur sehr wenige Fachkliniken, die sich auf die Behandlung dieser Patienten spezialisiert haben. Van den Brink (1995) diskutierte vier Modelle und kam zu dem Schluss, dass sich Sucht und Persönlichkeitsstörung nach dem Modell eines verstärkenden Regelkreises mutuell vorantreiben.

Das bedeutet für die Ergotherapie, sich ebenfalls mit den oben beschriebenen Doppeldiagnosen eingehend vertraut zu machen, um Behandlungsfehler zu vermeiden oder überraschende Reaktionen der Klienten zu verstehen. Als Beispiel sei hier die ergotherapeutische Behandlung eines suchtkranken Klienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und sexuellen Missbrauchserfahrungen angeführt:

Fallbeispiel: Herr O.

Herr O., Dritter von sechs Brüdern, kommt aus einem streng religiösen Elternhaus. Zum Zeitpunkt der Aufnahme zeigt er sich freundlich und zugewandt, ein „artiger Junge". Nach drei Wochen kommt er das erste Mal in die Ergotherapie und bekommt eine Aufgabe im Rahmen der ausdruckszentrierten Methode. Es kommt zu einem heftigen Wortgefecht mit der Ergotherapeutin über den Sinn und Zweck. Er wird aggressiv und sagt, er lasse sich nicht wie in der Schule behandeln, macht letztlich aber doch mit, zumal es sich um eine Gruppenarbeit handelt. Beim nächsten Mal kommt er schon mit einer sehr hohen Abwehrspannung. Dieses Mal geht es um eine Einzelarbeit in der Gruppe. Er kann den Prozess kaum aushalten, sieht zu, so schnell wie möglich fertig zu werden, und sitzt dann beobachtend da, geplagt von Gefühlsstürmen, die er mühsam im Zaum halten kann. Er habe seinem Bezugstherapeuten versprochen, diese auszuhalten und darauf zu achten, was in der Ergotherapie für ihn so bedrohlich sei. Er könne es vage als Angst vor Nähe beschreiben. In der nächsten Einheit sollen Masken hergestellt werden. Mit dem Bezugstherapeuten ist zuvor abgesprochen worden, es solle herausgefunden werden, wo seine Belastungsgrenze läge. Und sie ist genau hier. Herr O. weint bitterlich, er wolle nicht mitmachen, wolle aber auch nicht gehen. Er schäme sich, dass er damit nicht umgehen könne, die anderen würden nun denken, er sei „nicht richtig im Kopf". Er wolle kein Versager sein. Die Ergotherapeutin versucht nun herauszubekommen, was er denn aushalten könne. Über viele Umwege stellt sich heraus, er könne sich allemal vorstellen, den Fuß einzugipsen. Das aber nur, wenn er sich darauf eingestellt habe, nicht „überfallmäßig" wie in dieser Sitzung und schon gar nicht, wenn die Gruppe dabei sei. Zwei Wochen nach dieser Abmachung kommt er allein auf die Ergotherapeutin zu und bittet diese, auf der Stelle von seinem frisch gewaschenen Fuß einen Gipsabdruck anzufertigen.

Symptome der Suchterkrankung

Nach der Beschreibung der Symptome der Suchterkrankung sollen nun im Folgenden die oft beeinträchtigten Bereiche noch einmal aufgeführt werden:

- **Sozioemotionaler Bereich:** Kontaktfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Wahrnehmung, Kritikfähigkeit, Verantwortungsbereitschaft, Nähe und Distanz, Vertrauen, Konfliktbewältigungsstrategien
- **Selbstorganisation**: Eigenwahrnehmung, eigener Leistungsanspruch, eigene Bewertung, Arbeitspensum, strukturiertes Arbeiten
- **Kognitiver Bereich:** Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration, Kulturtechniken, abstraktes Denken, planvolles Handeln
- **Psychischer Bereich:** Belastbarkeit, Affektlabilität, Frustrationstoleranz, Selbstwert, Verwertung von Erfolg, Stressbewältigungsstrategien, depressive Verstimmungen, Angstzustände, autoaggressives Verhalten

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- **Psychosomatischer Bereich:** Essstörungen, Schlafstörungen, motorische Unruhe
- **Motorisch-funktioneller Bereich:** Durchblutungsstörungen, Kreislaufbeschwerden, Tremor, Kraftlosigkeit, schnelle Erschöpfung, Lähmungserscheinungen, Teilamputationen, Sensibilitätsstörungen
- **Typische Begleitsymptome:** reduzierter Allgemeinzustand, Parasitosen, kardiovaskuläre Störungen, gastrointestinale Störungen, Infektionen (Hepatitis C, HIV etc.), hirnorganisches Psychosyndrom, Thrombosen, Ulzera, Mykosen.

An der Tragweite und Vielfalt der Symptome wird für die Ergotherapeutin dreierlei sichtbar:

- Sie muss einen sehr genauen Befund erstellen und diesen im Laufe des Therapieprozesses immer wieder aktualisieren.
- Sie muss sehr gründlich mit dem interdisziplinären Team zusammenarbeiten, um zu einem erfolgreichen Gesamtverlauf beizutragen. Hier ist vor allem die Abgleichung der Therapieziele wichtig. Das gilt für den einzelnen Patienten wie für die gesamte Gruppensituation.
- Es kann nur sehr individuelle Therapiepläne geben, Standards können kaum entwickelt werden.

Die Ergotherapeutin verfügt über eine Vielzahl von Methoden und Medien, um auf ihre Weise zum Gelingen der Therapie beizutragen.

5.4.5 Therapeutische Haltung

Die Ergotherapeutin bietet dem Klienten eine stabile und vertrauenswürdige Beziehung an. Der Klient kann mit ihr gewissermaßen eine angstfreie und vor Entwertung oder Abbruch sichere Beziehung einüben. Damit diese gelingt, ist die Ergotherapeutin auf fortwährende Selbst- und Fremdreflexion angewiesen. Die vertrauensvolle Beziehung zum Klienten darf nicht zur Einbuße der Distanz, der zielstrebigen Haltung und der realistischen Perspektive führen. Es ist wichtig, in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten die eigenen Grenzen zu kennen. Jede Ergotherapeutin hat ein unterschiedliches Bedürfnis nach Distanz.

Gefühle Klienten gegenüber sind alltäglich, sie dürfen jedoch keine Auswirkungen auf eine realistische und professionelle Grundhaltung haben. Auch der „Lieblingsklient“ muss Ahndungen von Regelverstößen erleben und mit ihnen konfrontiert werden können. Dem „roten Tuch“ muss man ebenso stützend und empathisch gegenübertreten.

Dieses interdependente Geschehen braucht ein Team, das diese Prozesse offen anspricht, Kollegen auf Probleme aufmerksam macht und Hilfe bietet. Ohne Supervision ist auch ein noch so eingespieltes Team früher oder später in diese Prozesse verstrickt. Gefühle wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Verachtung oder starkes Mitleid im Team sind Indikatoren, dass die eigene Position und vor allem die Unabhängigkeit in der Interaktion mit dem Klienten oder der ganzen Gruppe aufgegeben wurden.

Einige Aspekte der therapeutischen Haltung:

- **Illusionslose Empathie:** Der Klient soll sich gesehen und angenommen fühlen. Er braucht konstruktive Unterstützung. Süchtige sind grenzenlos in ihrer Anspruchshaltung. Sie wollen versorgt werden, ohne selbst aktiv zu werden. Für die Ergotherapeutin stellen sich darum zu Beginn jeder Begegnung die Fragen, was dieser Mensch braucht, um das von ihm genannte Ziel zu erreichen, was er dazu tun kann und was sie dafür bereitstellen muss.
- **Vertrauen:** Es muss eine vertrauensvolle Beziehung wachsen. Hierfür sind Kongruenz, Ehrlichkeit und Toleranz notwendig. Die Ergotherapeutin geht in Vorleistung: Sie bringt dem Klienten als Erste Vertrauen entgegen. Erst wenn der Klient erlebt, wie gut ihm das tut, ist er bereit, Vertrauen zu fassen. Zum Aufbau von Vertrauen gehören Zuverlässigkeit und Kontaktbereitschaft. Der Klient muss sicher sein, dass Vertraulichkeit gewahrt bleibt. Informationen über den Klienten bleiben im Team. Viele Klienten haben Schwierigkeiten damit, dass die Ergotherapeutin in Teamsitzungen über ihn spricht. Er muss also informiert werden, wer Mitwisser ist und wo er sich der Schweigepflicht sicher sein kann.
- **Wertfreiheit:** Gerade gegenüber Süchtigen sollte jede Wertung des Handelns, der Haltung oder der Normen vermieden werden. Das heißt aber nicht, dass die Ergotherapeutin dem Süchtigen nicht eigene Einstellungen als Orientierung anbieten kann. Eigene Werte und eigene Normen fließen im Zuge der Kongruenz selbstverständlich in die therapeutische Haltung ein. Dennoch ist Vorsicht geboten, diese auf den Klienten gerichtet einzubringen. Das gebieten die Grenzziehung und das Recht des Klienten, seine eigenen Normen und Werte zu leben.

Selbst wenn es zu Konfrontationen oder Machtkämpfen zwischen Ergotherapeutin und Klient kommt, muss die Auseinandersetzung immer von *Respekt und Annahme* geprägt sein. Dasselbe wird vom Klienten erwartet.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bei der Therapie Suchtkranker gibt es Grundregeln im Umgang miteinander, an die sich die Ergotherapeutin genauso zu halten hat wie die Klienten. Man kann diese Regeln unter den Begriffen Struktur und Offenheit zusammenfassen. *Strukturierung* wirkt der ambivalenten Grundhaltung des Klienten entgegen und schützt vor Grenzverletzungen. Regeln strukturieren das Zusammenleben. Regeln zu beachten bedeutet, Grenzen zu respektieren. Die Klientel entwickelt eine unglaubliche Energie, Regeln subtil zu manipulieren und zu unterlaufen. In der Therapie sollen sie den „aufrechten Gang" lernen. Die Ergotherapeutin übernimmt hier Vorbildfunktion und muss auch in der Ergotherapie die Einhaltung von Regeln sicherstellen.

Gewaltfreiheit: In den Therapiegruppen kommt es im Zuge von Auseinandersetzungen selten zur manifesten Androhung oder Ausübung verbaler bzw. nonverbaler Gewalt. Sie äußert sich eher diffus im Miteinander.

Dies verunsichert und gefährdet die Gruppe und den Einzelnen. Hier frühzeitig zu intervenieren ist Aufgabe der Ergotherapeutin. Sie muss eigene Eindrücke offen ansprechen, wenn sie unterschwellige Machtausübung oder „Knaststrukturen" in der Gruppe wahrnimmt.

Die Klienten verwenden oft Knast- oder Szenejargon. Viele abwertende Äußerungen, drastische Artikulierungen und deutlich gehäufte Meckereien sind ein Indiz dafür, dass in der Gruppe etwas nicht stimmt. Es zeugt von reduziertem Kontaktverhalten, wie es die Klienten von der Szene her kennen. Die Ergotherapeutin muss eingreifen, ohne „oberlehrerinnenhaft" zu erscheinen und damit Abwehr zu erzeugen. Sie kann aber diese Zusammenhänge deutlich machen und mit den Klienten ggf. erarbeiten, welche Konsequenzen dieses Sprachverhalten hat.

Eine weitere Verabredung ist *Offenheit*. In der Suchttherapie ist es nicht denkbar, dass sich jemand „raushält". Jeder soll von sich sprechen und sich zum anderen äußern. Jeder soll die Befindlichkeit des anderen kennen. Nur so ist auch gegenseitige Hilfe möglich. Persönlicher Rückzug ist eine Sackgasse.

Pünktlichkeit und Verlässlichkeit gelten selbstverständlich auch für die Ergotherapeutin. Ihre Aufgabe ist es aber auch, diese bei den Klienten einzufordern und bei Fehlhaltungen zu ahnden. Wie alle disziplinierenden Maßnahmen ist die Thematisierung von Regelverletzungen keine leichte Aufgabe, weil man aus der Rolle des „edlen Helfers" tritt. Gegenüber eigenen Ressentiments mag es hilfreich erscheinen, sich immer wieder klarzumachen, wie notwendig geradlinige Strukturen für die Stabilisierung des Klienten sind.

Nicht zuletzt ist die *Geschlossenheit des Teams* den Klienten gegenüber wichtig. Im Kontakt mit Klienten sind Kommentare zur Arbeit oder zu den Entscheidungen des Kollegen tabu. Klienten wollen spalten, um Verwirrung zu stiften. Der Kollege hat grundsätzlich recht. Diesbezügliche Unstimmigkeiten müssen im Therapeutenteam diskutiert werden.

Eine tragfähige ergotherapeutische Haltung zu entwickeln braucht Zeit und benötigt einige Erfahrungen.

Gesprächsstil

Die Sprache als Medium der Gruppenkommunikation muss sich dem Anspruch unterwerfen, dass der Klient in der Therapie neue Erfahrungen entdecken und sich „selbst auf die Spur kommen" soll. Er soll eigenständig Möglichkeiten entwickeln, sich in eigener Person zu helfen und Eigenverantwortung zu übernehmen. Dies kann durch eine abwartende Gesprächsführung unterstützt werden, und zwar im Sinne von aufmerksamem Zuhören und in der Förderung dieser Prozesse beim Klienten durch helfendes Fragen oder durch Bemerkungen, die ihn stützen und auf den nächsten Gedanken bringen. Diese begleitende Gesprächsführung erfordert seitens der Ergotherapeutin sehr viel Aufmerksamkeit und Sensibilität. Wichtig ist es, ganz beim Klienten zu bleiben, ihm seine Gefühle widerzuspiegeln, nachzufragen, ob etwas richtig verstanden wurde, zusammenzufassen, wenn der Klient nicht auf den Punkt kommt. Diese vorsichtig tastende und unterstützende Art der Gesprächsführung ist vorrangig bei den Nachbesprechungen anzuwenden, die hinsichtlich der Psychodynamik ein sehr instabiles und fragiles Element der ausdruckszentrierten Methode sind.

Umgang mit Abwehr

Es gibt in der Therapie Abhängigkeitserkrankter ein wichtiges Thema, mit dem sich sowohl die Therapeuten als auch besonders die Klienten vorrangig beschäftigen: Abwehr.

Unter diesem Begriff werden alle Vorgänge verstanden, die zum Ziel haben, unannehmbare oder schmerzhafte Erinnerungen aus dem Bewusstsein zu verstoßen. Um sich zu schützen, bedient sich die Psyche unterschiedlichster Abwehrmechanismen. Deren Überwindung ist in der Suchttherapie ein immer wiederkehrendes Thema und erfordert eine andere Art der Gesprächsführung: nicht die annehmend-stützende, sondern die konfrontativ-fordernde, aber auch hier wieder unter der Prämisse einer für den Klienten erlebbaren Wertschätzung und einer stabilen therapeutischen Beziehung. Sicherlich muss man berücksichtigen, dass jede Abwehr zum

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Schutz des Individuums geschieht. Vorsicht und Sensibilität sind also auch bei der konfrontativen Methode Voraussetzung.

Beispiel: Jemand fängt an zu weinen, weil er die Anspannung nicht mehr ertragen kann. Angesprochen, was er jetzt am liebsten täte, antwortet er: „Weggehen". „Was wäre dann?" „Ich würde mich allein irgendwo hinsetzen und warten, dass es vorbei geht." „Was wäre noch möglich?" „Hier bleiben. Aber den anderen gehe ich damit sicherlich auf die Nerven." Frage an die Gruppe: „Ist das so?"
Daraus entwickelt sich ein Gruppengespräch, in dem der weinende Klient viel Anteilnahme und Mitgefühl erfährt und ermutigt wird, sich auszuhalten. In dieser vertraulichen Atmosphäre wird er dann auch den Grund für seine Traurigkeit erzählen. Hätte man gleich zu Beginn danach gefragt, hätte er diesen noch nicht artikulieren können. Man hätte dann außerdem seinen Schutzmechanismus zerstört und ihn verletzlich gemacht, ohne dass er sich vorher des Vertrauens der Gruppe hätte vergewissern können.

Diese Haltung ist ein Kennzeichen der konfrontativen Methode. Diese wirkt zunächst nicht so stark intervenierend, aber ebenso direktiv; sie lässt nicht locker und verhindert, dass der Klient innerlich die Gruppe verlässt. Es wird dabei sehr deutlich, welches nonverbale Signal die konfrontative Methode aussendet: „Du bist mir nicht egal, ich lasse dich nicht allein, ich biete dir Hilfe an." Dieses an das Unbewusste des Klienten gerichtete Signal ist oft wesentlich stärker als etwa der Ärger, dass die Ergotherapeutin „einfach nicht abzuschütteln ist". Diese Art der Gesprächsführung ist auch für Klienten mit noch unterentwickelter Eigeninitiative und geringem Antrieb eine Hilfe.

Beispiel: Mit vielen Nachfragen versucht man den Klienten zu ermutigen, genauer hinzusehen: „Ich weiß ja nicht, ob es etwas zu bedeuten hat, aber du hast deinen Vater als Hai gemalt. Ein Hai ist für mich sehr bedrohlich. Was bedeutet für dich ein Hai? Was erinnert dich dabei an deinen Vater?" Oder man macht die Äußerungen des Klienten zum Gegenstand des Gruppengesprächs: „Was fällt euch zu dem schwarzen Rand um die Sonne ein?"
Es gibt dann verschiedene Gesprächsbeiträge und der Klient kann sich damit auseinandersetzen, um die eigene Sicht zu finden.

Es soll aber auch nicht unerwähnt bleiben, dass es Klienten gibt, die von der Ergotherapie im Gruppensetting nicht profitieren. Ihre Angst vor Schutzlosigkeit ist so lebensbedrohlich, dass sie ihre Abwehrmechanismen nicht aufgeben können. Diese Klienten, bei denen häufig schwere traumatisierende Erlebnisse wie Missbrauch vorliegen, durchleben gerade während der gestalterischen Arbeit heftigste Affektschwankungen. Sie sind motorisch unruhig und versuchen, so schnell wie möglich fertig zu sein. Sie geben ihre Arbeit so schnell wie möglich ab oder werfen sie weg. Die Objekte sind meistens sehr aussagekräftig. Eine Reflexion darüber können diese Klienten aber nur mit größter Anstrengung ertragen. Die Ergotherapeutin sollte diese Klienten allein oder in einer Kleinstgruppe behandeln. Nur so kann geklärt werden, in welchem Maß der Klient Nähe zulassen kann. Die Ergotherapie ist nur wirksam, wenn diese individuellen Grenzen nicht überschritten werden. Nur in dieser Sicherheit kann sich der Klient öffnen.

5.4.6 Ergotherapeutische Methoden

Die Ergotherapie ist eine handlungsorientierte Therapie. Das Therapiemedium ist Handlung aus der Grundannahme heraus, dass der Mensch seine Welt über Handlung und Tätigsein wahrnimmt, versteht und seinen eigenen Platz darin findet. Je nach Behandlungsstadium können in der Ergotherapie verschiedene Aspekte einer Beeinträchtigung im Vordergrund stehen.

Beispiel: Ein Klient hat nach tiefer Bewusstlosigkeit im Drogenrausch eine persistierende Radialislähmung entwickelt. Arbeitet die Ergotherapeutin im Akutkrankenhaus, wird sie diesen Klienten motorisch-funktionell behandeln. Im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung hat diese Funktionseinbuße einen anderen Stellenwert. In einer Fachklinik für Suchtkranke wird auch der Klient eine andere Einstellung zu dieser Funktionseinbuße haben. Das „Wie gehe ich damit um, was löst die Einschränkung bei mir aus?" wird im Vordergrund stehen, nicht die Frage „Wie stellt man am schnellsten die Funktion wieder her?". Ein und dieselbe Beeinträchtigung kann also im Kontext verschiedener therapeutischer Bezugsrahmen betrachtet werden: kognitiv-verhaltenstherapeutisch, klientenzentriert etc. Das Konzept der behandelnden Einrichtung beeinflusst die ergotherapeutische Behandlung.

In der Suchtkrankenbehandlung kommen vor allem psychosoziale Verfahren zum Einsatz. Ergotherapie soll an dem Punkt wirken, wo psychische Faktoren die Handlungsfähigkeit des Klienten hemmen. Die Therapie hat das Ziel, soziale, berufspraktische und alltagsorientierte Fähigkeiten zu fördern. In der Ergo-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

therapie soll der Klient die Möglichkeit haben, psychosoziale Erfahrungen zu sammeln und sich dabei zu erleben. Er soll sein Verhalten überprüfen und es ggf. ändern. Im Zentrum steht die Wiederherstellung oder Stärkung der Fähigkeit, sich emotional wahrzunehmen (sensorisch, Fremd- und Selbstwahrnehmung) und auszudrücken und auf dieser Basis Interaktionen zu gestalten. Darüber hinaus werden arbeitsrehabilitative Verfahren eingesetzt, die in ihrer Vielfalt weiter unten dargestellt werden. Neurophysiologische Verfahren gewinnen zunehmend an Bedeutung. Lange Zeit ging man davon aus, dass durch Suchtmittelmissbrauch zerstörte kognitive Hirnfunktionen, wie z. B. Gedächtnisleistungen, kaum therapiert werden können. Inzwischen zeigt sich, dass beispielsweise konsequentes Hirnleistungstraining durchaus zur Verbesserung dieser Dysfunktionen und damit wesentlich zur allgemeinen Leistungsfähigkeit beiträgt.

In der Behandlung Abhängigkeitserkrankter werden folgende Methoden eingesetzt:

Methoden in der Ergotherapie

Kompetenzzentrierte Methode

Der Verlust lebenspraktischer Fähigkeiten beeinträchtigt den Menschen in seinem Alltag. Dies können kognitive Einbußen (Konzentration, Merkfähigkeit, Ausdauer, Kulturtechniken) sein, es kann verlerntes Wissen (Kochen, Umgang mit Geld, berufsspezifisches Wissen), es können sozioemotionale Fähigkeiten wie Kontaktfähigkeit, Konfliktfähigkeit oder Frustrationstoleranz sein. Bei der Behandlung Abhängigkeitskranker ist der Verlust von Alltagsfertigkeiten oft durch Verwahrlosung, Obdachlosigkeit oder Antriebsminderung entstanden. Eine Kochgruppe beispielsweise ist eine kompetenzzentrierte Aufgabe, die mehrere Funktionseinbußen erfasst und folgende Ziele haben kann:

Es wird eine für die Gestaltung des Alltags wichtige Fertigkeit vermittelt; gefördert werden aber auch Kompetenzen im sozioemotionalen Bereich und der Abbau kognitiver Defizite. Gerade bei allen Haushaltsaufgaben wird ein breites Spektrum an Therapiezielen erfasst. Für einen 50-jährigen Alkoholiker, dessen Ehe gescheitert ist und der sich zum ersten Mal in seinem Leben allein versorgen muss, bedeutet die Teilnahme an der Kochgruppe eine deutliche Kompetenzerweiterung, um seinen Alltag bestreiten zu können. Aufgrund des bei Abhängigkeitserkrankten gewöhnlich reduzierten Selbstwertes hat diese Methode einen wichtigen Stellenwert zur Vermittlung von Erfolgserlebnissen und deren intrinsischer Verwertung. In nahezu allen Lebensbereichen ist der Klient sich seiner Kompetenzen nicht mehr sicher. Ziele dieser Methode sind die Verbesserung der Handlungskompetenzen in Alltag und Beruf, Steigerung des Zutrauens in die eigenen Ressourcen und Selbstwertsteigerung. Die Ergotherapeutin hat sich mit der Wahl dieser Methode für den klientenzentrierten und handlungsorientierten Bezugsrahmen entschieden.

Interaktionelle Methode

Hier liegen die Behandlungsschwerpunkte auf der Interaktion und der Fremd- und Selbstwahrnehmung. Wie entstehen diese Störungen bei der Suchterkrankung? Die Verhaltenstherapeuten sprechen von manifestierten negativen Kognitionen, die sich auf die Fremd- und Selbstwahrnehmung störend auswirken. Gemeint sind damit selbstentworfene oder übernommene Gedanken, die für wahr erachtet werden, beispielsweise „Ich kann nichts, keiner mag mich“. Sich selbst überschätzende Annahmen kommen ebenfalls vor und gehören selbstverständlich auch zum Bild gestörter Selbstwahrnehmung. Diese Wahrnehmungsstörungen sind bei fast allen Abhängigkeitserkrankten zu finden und können bizarre Formen annehmen, da diese im Verlauf der fortschreitenden sozialen Isolation wenig Korrektur und Rückmeldung erhalten haben, wie sie auf andere Menschen wirken und ob ihre Einschätzung von Situationen, Interaktionen und anderen Menschen zutreffend ist. Steht der Umgang mit dem anderen, also die Interaktion, im Vordergrund, muss der Klient wiedererlernen, sich innerhalb der Gruppe Auseinandersetzungen zu stellen, eigene Bedürfnisse zu vertreten, Rücksicht auf Schwächere zu nehmen und das eigene Selbstverständnis zu überprüfen. Verbessern können sich die Kritikfähigkeit, die Art und Weise der Konfliktbewältigung und die Entscheidungsfähigkeit. Hier steht die Gruppendynamik im Vordergrund. Die Ergotherapeutin setzt durch die Aufgabe einen Impuls mit einer bestimmten Zielrichtung und hält sich beobachtend im Hintergrund. Mit der Themenvorgabe nimmt die Ergotherapeutin Einfluss auf den Gruppenprozess. Eine Anforderungssteigerung könnte die freie Themenwahl der Gruppe sein. Geht es um die Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, ist die Besprechung jedes hergestellten Objektes von großer Wichtigkeit, allein mit dem Klienten oder innerhalb der Gruppe, wobei die Rückmeldungen dann wesentlich reichhaltiger ausfallen. Als verifizierbares Medium, mit dem sich Selbst- und Fremdwahrnehmung messen lässt, eignen sich z. B. Zeitungsausschnitte. Lässt man eine Gruppe zum Thema „Zufriedenheit“ eine Collage

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

aus Illustrierten erstellen, kann man sehr deutlich sehen, wie sich die unterschiedlichen Zuordnungen ausprägen. Noch deutlicher werden Selbst- und Fremdwahrnehmungsstörungen, wenn die Klienten Gesichtsausdrücke oder Körperhaltungen aus Zeitschriften ausschneiden und diese dem Gegenüber zuordnen sollen. Ziel dieser Methode ist also die Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, um in allen Interaktionen sicherer auftreten zu können und dadurch die soziale Kompetenz zu verbessern.

Ausdruckszentrierte Methode

Ein wesentliches Merkmal der Suchterkrankung ist die Verdrängung von Gefühlen, unangenehmen Erinnerungen und Konflikten, mit denen sich der Kranke auseinander setzen müsste, um sich weiterzuentwickeln. Gefühle äußern sich daher oft nur noch als drängendes, indifferentes Spannungsgefühl, das nach schneller Auflösung verlangt. Es ist mitunter für einen Gesunden kaum vorstellbar, ein Gefühl nicht benennen zu können. Vorstellbar ist aber, wie bedrohlich und verunsichernd dieses Erleben sein muss. Wichtig ist daher in der Behandlung Suchtkranker, diesem Erleben zusätzlich zur Psychotherapie mit ergotherapeutischen Mitteln zu begegnen. Die ausdruckszentrierte Methode bietet dem Klienten hier eine Hilfestellung. Hierbei ist die kreative gestalterische Fähigkeit des Klienten als Mittel gefragt, intrapsychisches Erleben darzustellen. Dabei geht es überhaupt nicht um die Qualität der Darstellung, sondern lediglich um den Ausdruck desselben. Der Klient kann sich besser kennenlernen und seine Introspektionsfähigkeit verbessern, was auch für die Psychotherapie von wesentlicher Bedeutung ist. Nur wer in der Lage ist, sich selbst zu reflektieren, kann sich verändern. Damit sind auch die Ziele dieser Methode benannt. Die Themen werden so gestellt, dass sie Gefühle abrufen, innere Bilder mobilisieren und Personennähe sicherstellen. Da diese Methode in der Behandlung Abhängigkeitskranker eine wichtige Stellung einnimmt und von Ergotherapeuten umfassende therapeutische Begleitung erfordert, wird im nächsten Abschnitt genauer darauf eingegangen.

Aufgabenstellung und Themenauswahl

Die Art der Aufgabenstellung und die Auswahl der Themen sind eine Möglichkeit, indikationsorientiert ergotherapeutisch zu arbeiten und Einfluss auf den Therapieverlauf zu nehmen. Auch hierbei ist entscheidend, welche Ziele verfolgt werden und wie die Ergotherapeutin die Belastbarkeit sowohl der Gruppe als auch des Klienten einschätzt. Täuscht man sich in diesen Punkten, kommt es sowohl für die Ergotherapeutin als auch für die Klienten zu einem Misserfolg, der innerhalb eines psychodynamischen Bezugsrahmens gravierende Folgen haben kann. Auch die Therapeutin wird nachhaltig verunsichert, wenn es ihr nicht gelingt, noch in der Therapiesituation eine konstruktive Lösung zu finden. Die Ergotherapeutin muss jedoch der Verunsicherung der Klienten mit einer sicheren Strategie entgegenwirken. Dieser Gefahr kann durch sorgfältige Planung begegnet werden. Folgende Fragen sind im Vorfeld zu klären:

- Welche Klienten kommen?
- Was ist momentan Thema in der Gruppe?
- Welche Gefühle haben in der Gruppe die Oberhand?
- Gibt es ein Thema, an dem mehrere Klienten zurzeit arbeiten?
- Was ist das Ziel:
  - Konfrontation und Herausforderung?
  - Unterstützung und „Nahrung“?
  - Entspannung?
  - Klärung eines Gruppenprozesses?
  - Eine vertrauensvollere therapeutische Beziehung?
  - Vorbereitung auf ein Ereignis oder Thema?
  - Personennähe oder viel Gruppenschutz?
- Welche Haltung will die Therapeutin einnehmen?
- Welche Empfindungen hat die Therapeutin der Gruppe gegenüber?
- Was kann sich die Therapeutin in ihrer gegenwärtigen Verfassung zutrauen, welche Kräfte kann sie aufbringen?
- Gibt es einen Auftrag aus dem Team?
- Welche Therapieform wird gewählt?
- Welche Rahmenbedingungen muss die Therapeutin dafür schaffen?

Die Wichtigkeit dieser Vorarbeit kann nicht genug betont werden. Es ist besser, zeitig zu investieren als später mit viel Energie Schadensbegrenzung betreiben zu müssen. Bei heiklen Themen kann es sogar ratsam sein, sich für eventuell auftretende Krisen Interventionsstrategien zu überlegen. Trotz gründlichster Vorbereitungen bleiben im Gruppenprozess immer noch genug Eventualitäten, auf die die Ergotherapeutin aufgrund ihrer Einschätzung, ihrer Erfahrung und ihrer persönlichen Stärke spontan reagieren können muss.

Der nun folgende Gestaltungsprozess ist wesentlich vorgeprägt durch die Aufgabenstellung. Diese kann fordernd, ermunternd, fantasieanregend, konfrontativ, Neugier weckend, lustlos, gelangweilt, emotionslos vorgenommen werden. Diese Initial-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

zündung ist gerade auf der nonverbalen Ebene von Bedeutung.

Die Klienten erfassen schnell die Haltung der Ergotherapeutin: Ist sie motiviert, überanstrengt, unkonzentriert, neugierig, emotional präsent? Hat sie die Gruppendynamik erfasst? Ist sie sich ihrer Sache sicher?

Gerade bei Suchtklienten kann es passieren, dass sie die Stimmung der Ergotherapeutin sehr genau erfassen und sie darauf ansprechen. Das hängt mit der intensiven Beziehungsarbeit in diesem Bereich zusammen. Die Reaktion darauf kann nur Offenheit und Ehrlichkeit sein. „Ja, ich habe mich vorhin sehr geärgert, aber jetzt will ich mich auf die Gruppe konzentrieren. Ich hoffe, meine schlechte Laune ist gleich verflogen." Die Klienten reagieren darauf und können die Situation einschätzen. Vor allem wissen sie dann, dass es nichts mit ihnen zu tun hat.

Die Therapeutin muss genauso blitzschnell die Reaktion der Gruppe erfassen, um intervenieren zu können. Ist die Gruppe erschrocken, motiviert, neugierig gespannt, abwehrend, belustigt, bereit zur Konfrontation?

Die Ergotherapeutin sollte die Erläuterungen zu der Aufgabe erst dann abschließen, wenn der angestrebte Prozess zu erwarten ist.

Ein Beispiel soll verdeutlichen, welche Prozesse sich während einer ausdruckszentrierten Aufgabe entwickeln können und wie dieses mit der Themenwahl zusammenhängt.

Beispiel: Eine Gruppe besteht aus 7 Teilnehmern; alle sind etwa fünf Wochen in der Therapie. Die Gesamtgruppe hat sich noch nicht richtig gefunden, es gibt noch nicht das „Wir-Gefühl", bei dem sich jeder aufgehoben und gesehen fühlt. Die Ergotherapeutin nimmt an, dass dies an unzureichender gegenseitiger Wahrnehmung liegt, und stellt die Aufgabe, dass jeder einen anderen als Haus darstellen soll. In einem zweiten Teil sollen die Häuser in einer Gruppenstadt angeordnet werden: wessen Haus steht im Zentrum, wer steht am Rand? etc.

Es herrscht relativ viel Unruhe, was auf Unsicherheit und Abwehrspannung schließen lässt. Nachdem die Objekte fertiggestellt sind, kommt aus der Gruppe die Anregung, jeder solle doch von den anderen raten lassen, wen er gemalt habe. Normalerweise ist bei einem solchen Vorgehen die Treffsicherheit verblüffend. Hier aber wird lediglich ein Bild richtig zugeordnet. Die Ergotherapeutin fühlt sich also in ihrer Hypothese bestätigt. Von den Klienten kommt jedoch ein ganz anderer Impuls: „Das sieht eher aus, als ob du dich selbst gemalt hast." Als dieser Impuls auch bei einem anderen Bild auftaucht, weicht die Ergotherapeutin von ihrer Linie ab und lässt die Bilder alle daraufhin überprüfen, ob diese eher Selbstbildnisse sind. Und es trifft zu.

Unter diesem Eindruck verläuft die Besprechung anders als zu Beginn erwartet. Dennoch taucht wieder die Frage auf, was es denn so schwermacht, den anderen darzustellen. Die Einordnung in die Gruppenstadt ist unverändert möglich. Was ist geschehen? Die Gruppe hat durch den interaktionellen Reflexionsprozess die Hypothese der Ergotherapeutin korrigiert. Die Gruppe hatte sich noch nicht gefunden, weil jeder zu Beginn seiner Therapie viel zu sehr mit sich selbst beschäftigt war.

An diesem Beispiel wird deutlich, welche Flexibilität und wie viel Aufmerksamkeit die ausdruckszentrierte Methode von der Ergotherapeutin erfordert.

Therapieformen

Einzeltherapie

Einzeltherapie ist indiziert bei angstbesetzten oder sehr persönlichen Themen. Sie ist immer dann anzuwenden, wenn dem Klienten die Hemmschwelle, sich in der Gruppe zu äußern, zu hoch erscheint. Einzelbehandlung ist in der Entwöhnungstherapie immer eine Ausnahme, da Suchtkranke aufgrund ihres Krankheitsbildes zu Manipulation neigen und starke Bindungen suchen. Es kann daher ratsam sein, stattdessen Kleinstgruppen zusammenzustellen. Darüber hinaus ist die Einzeltherapie indiziert, wenn die Bezugstherapeutin zu einem ganz bestimmten Thema keinen Zugang auf der verbalen Ebene bekommt. Mitunter bittet sie dann um einen Versuch, auf der nonverbalen Ebene den Zugang zu suchen. Darüber hinaus wählt die Ergotherapeutin die Einzeltherapie, wenn bei der Fallbesprechung deutlich geworden ist, dass der Klient viel persönliche Zuwendung und Nähe braucht. Das kann der Fall sein, wenn es ihm nicht gelingt, sich seine eigene Bedürftigkeit nach Zuwendung einzugestehen, da er sie als Kind nicht erlebt hat. Indem er Zuwendung sehr deutlich erlebt, entdeckt er die Notwendigkeit, für sich und sein Wohlergehen zu sorgen. Die ergotherapeutische Einzelbehandlung bekommt dann für einen sehr begrenzten Zeitraum den Charakter von: „Wir beide machen jetzt mal etwas richtig Schönes." Hier ist bei der Ergotherapeutin vor allem die Fähigkeit zur Selbstreflexion gefragt, um sich nicht in die Rolle der „guten Therapeutin" drängen zu lassen. Einzeltherapeutische Interventionen sind immer eng mit der psychotherapeutischen Behandlung verknüpft. Hirnleistungstraining wird auch meistens in Einzeltherapie durchgeführt, um gute Rahmenbe-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

dingungen zu schaffen. Um oben genannte Gefahren zu vermeiden, bieten sich tägliche Kurzkontakte von etwa 15 Minuten an.

Gruppentherapie

In der Arbeit mit Suchtkranken wird vorrangig in Gruppen gearbeitet. Abhängigkeitskranke haben das Bestreben, zu verschleiern, zu verheimlichen, zu manipulieren, um die Realität auszugrenzen. Öffentlichkeit ist daher die oberste Maxime in deren Behandlung. Alle Heimlichkeiten führen in Abhängigkeiten. Auch die Ergotherapeutin steht in der Gefahr, zur Komplizin gemacht zu werden (s. Therapeutische Haltung). Die Gruppe hält dem Einzelnen darüber hinaus einen Spiegel vor; er bekommt Rückmeldung über sich und seine Konflikte. Die soziale Verantwortung wird gefordert und Interaktionen können geübt werden.

Einzelarbeit in der Gruppe

Diese Form wird gerne in der Entwöhnungsbehandlung gewählt, denn besonders bei der ausdruckszentrierten Methode bietet diese Form dem Einzelnen zugleich Schutz und ausreichend Gelegenheit zu Reflexion und Rückmeldung. Der Klient kann selbst entscheiden, wie sehr er sich in seine Arbeit vertieft und äußere Einflüsse abschottet. Er hat aber auch die Möglichkeit, Abwehrmechanismen im Sinne des Selbstschutzes aufrechtzuerhalten. Das kann das Geplauder mit dem anderen sein, das Beobachten der anderen bis hin zu aufmerksamkeitfordernden Aktionen. Es unterliegt der Einschätzung der Ergotherapeutin, zu intervenieren oder diesen Selbstschutz zuzulassen. Manchmal kann es auch sinnvoll sein, eine Regel aus der themenzentrierten Interaktion (TZI) anzuwenden: Störungen haben Vorrang (Cohn 1987). Das hieße in diesem Fall, das Verhalten in der Gruppe offen anzusprechen und mit allen zu entscheiden, wie damit verfahren werden soll. Während zunächst jeder für sich arbeitet, entsteht in der Nachbesprechung wieder ein Gruppenprozess, der dem Einzelnen bei der Klärung des Erlebten zugutekommt.

Gruppenarbeit

Diese kann für alle Methoden angewandt werden. Das Ziel gilt hier für die gesamte Gruppe, also nicht nur für den Einzelnen. Entscheidend ist die Themenstellung. Diese Form bietet sich an, wenn die Gruppe starke Veränderungen erlebt hat und wenn viele Klienten mit Kontakt- und Kommunikationsstörungen daran teilnehmen. Sie eignet sich auch gut für Klienten, die das erste Mal in der Ergotherapie sind. Zusammen mit einem stützenden Thema ist Gruppenarbeit eine für sie angsthemmende Erfahrung. Sie entlastet den Einzelnen von dem eigenen Leistungsanspruch, eine besonders kreative Leistung bringen zu müssen, und ermöglicht eine Vielzahl von Kommunikationsformen. Die Gruppe erarbeitet sich eine eigene Form des Umgangs miteinander, reflektiert die verschiedenen Gruppenrollen oder ermittelt den Status quo der Zusammenarbeit. Als Beispiel hierfür sei das „Inselbild“ genannt, bei dem die Gruppe gemeinsam eine Insel darstellt, wohin jeder drei Dinge mitnehmen darf und auf der sich alle wohlfühlen.

Offene Werkgruppe

Diese Form der Therapie ist nicht gut für Suchtkranke geeignet, da sie auf Freiwilligkeit basiert. Sie bietet jedem Klienten die individuelle Wahl von Technik und Zielen. Es kann zwanglos Kontakt aufgenommen werden oder auch nicht. Auf der einen Seite fordert man damit die Entscheidungsfähigkeit und Eigeninitiative des Klienten. Auf der anderen Seite zeigt die Erfahrung, dass sowieso nur die kommen, die damit keine Schwierigkeit haben. Jede Form von Beliebigkeit oder Freiwilligkeit ist für Abhängigkeitskranke eine Falle. Sie verstärkt ihre Ambivalenzen und ermutigt dazu, ihr Verhalten vom Lustprinzip bestimmen zu lassen. Bei ohnehin geringer Motivation ist Freiwilligkeit geradezu kontraindiziert. Die Werkgruppe als Angebot kann aber auch der Entspannung und Abwechslung dienen. In diesem Sinne bietet sie sich für Entzugsabteilungen an, wo Klienten noch sehr reduziert belastbar sind und geringer therapeutischer Anspruch besteht. Reflexion und Einzelzuwendung sind dabei kaum möglich. In diesem Fall kann die Teilnahme an einer offenen Werkgruppe die Möglichkeit sinnvoller Freizeitgestaltung und Abhilfe gegen Langeweile bieten.

5.4.7 Ergotherapeutische Medien

Ergotherapie hat in den Köpfen der meisten Klienten etwas mit „Basteln“ zu tun. Ergotherapie bedient sich sicherlich vieler kreativer Medien, es kommen darüber hinaus aber weit mehr Mittel und Maßnahmen zum Tragen. Die Ergotherapeutin muss sich mit den verschiedenen Techniken, Werkstoffen und Maßnahmen auseinandersetzen, um sie indikationsorientiert einsetzen zu können. Es gibt ergotherapeutische Abteilungen, die eine Fülle von Material vorhalten, um den Patienten eine große Auswahl für den kreativen Ausdruck anbieten zu können. Dies ist vor allem dort angezeigt, wo die Ergotherapie vorrangig aktivierend arbeitet. In den Entzugsabteilungen ist es

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

beispielsweise wichtig, für die täglich stattfindenden Gruppenzusammenkünfte abwechslungsreiche Angebote machen zu können, um immer neue Anreize zu schaffen und die Bandbreite der Beschäftigungsmöglichkeiten in der Freizeit darzustellen. Die Attraktivität des Angebotes wirkt motivierend.

In der Kurzzeittherapie ist das Angebot bewusst reduziert und damit komprimiert. Die Gründe dafür liegen in den Symptomen der Suchterkrankung. Grenzen erlebbar machen ist ein wichtiger Grundpfeiler der Therapie: mit Vorhandenem auskommen, sich beschränken, Dinge als gegeben hinnehmen. Klienten haben zahllose Wünsche, was alles angeschafft werden könnte. Es muss ihnen bewusst sein, dass allein die Ergotherapeutin über das Angebot entscheidet. Ausnahmen sind besondere individuelle Ressourcen, die reaktiviert werden sollen.

Beispiel: Frau K. aus der Werbebranche zeigt auffallende zeichnerische Talente. Die letzten Jahre hat sie im Bordell gearbeitet, war vorher freischaffende Kommunikationsdesignerin. Früher hat sie viel gemalt. Dieser Klientin wird die Ausrüstung für verschiedenste Maltechniken zur Verfügung gestellt mit dem Ziel, ihr Zutrauen in die eigenen Ressourcen zu stärken. Dieses Angebot nutzt sie in sehr hohem Maße.

Werkstoffe

Als Standardangebot für die suchtkranken Klienten haben sich folgende Werkstoffe bewährt:

Ton

Ein formloser Tonklumpen hat einen hohen Aufforderungscharakter an den Gestaltungstrieb. Jeder Mensch hat den Drang, auf gestalterische Weise Spannungen abzubauen. Hier sei auf die Theorie von Prinzhorn (1921) verwiesen, die besagt, dass jeder Mensch über einen „Gestaltungstrieb“ verfüge. Zu erkennen sei dieser Drang an Telefonblockkritzeleien, den uferlosen Kritzeleien von Kleinkindern an Wänden und Büchern, dem verträumten Herumspielen und Kneten mit Teig, dem Herumspielen mit Sand. Man lege einem beliebigen Menschen ein Stück Knetmasse vor: Er wird sofort danach greifen. Im weiteren Verlauf der Bearbeitung erfolgt dann die erstaunte Feststellung, dass das Material doch sehr eigenwillig ist. Der Klient muss sich sehr aufmerksam mit dem Objekt auseinandersetzen und einsehen, dass sich die Form nicht erzwingen lässt. Er muss „mit dem Ton zusammenarbeiten“. Das Ergebnis entspricht meistens nicht den Vorstellungen, die er eigentlich umsetzen wollte. Er sieht sich mit seinem Perfektionismus und der Angst vor dem Kontrollverlust konfrontiert. Er kämpft mit seiner Frustration. Ist die Formung des Objekts abgeschlossen, ist es noch lange nicht fertig. Der Klient muss lange warten, bis es trocken und gebrannt ist. Suchtklienten können diese Spanne von einer Woche kaum aushalten. Das Objekt anschließend noch weiter zu bearbeiten ist den meisten unmöglich. Sie haben den Bezug dazu verloren. 80% der Klienten vergessen ihr Objekt. Die Hälfte der Klienten wirft ihr Werkstück, nachdem sie es erhalten hat, gleich weg. Suchtklienten haben eine extrem verkürzte Spanne der Wirksamkeitserwartung. Dinge, Erlebnisse, Kontakte, die nicht zeitnah beieinander liegen, verlieren ihren Bezug zueinander. Dem liegt die durch die Sucht gewohnte sofortige Bedürfnisbefriedigung zugrunde.

Der gestalterische Prozess ist per se selbstwertsteigernd. Die Arbeit mit den Händen stellt auch unter sensomotorischen Gesichtspunkten einen starken Ich-Bezug her: „Meiner Hände Werk.“ Die taktilen Arbeiten fördern die Sensibilität, das Einfühlungsvermögen und die taktile Wahrnehmungsfähigkeit. Fantasie und Kreativität werden gefordert und gefördert. Aufgaben mit dem Werkstoff Ton können sehr vielfältig gestellt werden. Sie bieten sich für alle Therapieformen an, vom Gruppenprojekt bis hin zur meditativen Einzelarbeit.

Speckstein

Hier steht die Auseinandersetzung mit dem Widerstand des Steins im Vordergrund. Kraft und taktile Feinwahrnehmung sind nötig. Spannungen können abgebaut werden. Man muss etwas wegnehmen, um etwas Neues zu schaffen. Man muss sich auf die Form des Steins einlassen, um die eigene Vorstellung umsetzen zu können. Man muss sich auf „die Gegebenheiten“, die Begrenztheit, einlassen. Der Umgang mit Werkzeug lässt den Klienten an Handwerk denken. Vor allem Männer können sich daher eher auf dieses Medium einlassen, da es bei ihnen nicht den Anschein des „Bastelns“ erweckt. Klienten sind nach der Bearbeitung des Steins oft erschöpft. Während des Gestaltungsprozesses erleben sie viele Phasen, in denen sie aufgeben wollen. Meistens geschieht es an dem Punkt, an dem sie merken: Es wird nicht so, wie ich will. Während Patienten mit Zwangserkrankungen dem Stein mit viel Kraftaufwand die Form aufzwingen, haben suchtkranke Klienten die starke Tendenz, auf halber Strecke aufzugeben: „Ist doch so auch ganz schön!“ Speckstein ist darüber hinaus eine Herausforderung an die Ausdauer und wiederum die Wirksamkeitserwartung des Klienten. Weiterhin zu beachten ist hier ein ganz spezielles Prob-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

lem: Speckstein staub sieht aus wie Kokain. Manche Klienten entwickeln massiven Suchtdruck, einige haben den Staub tatsächlich durch die Nase eingezogen. Kommt es dazu, kann man es als Therapeutin thematisieren und reflektieren oder die Tätigkeit abbrechen. Deshalb muss grundsätzlich ein nasses, häufig zu wechselndes Tuch unter den Speckstein block.

Seidenmalen

Die Seidenmaltechnik eignet sich vorrangig für die Einzeltherapie. Abhängig von der Wahl der Technik kann es eine Herausforderung an die Angst vor Kontrollverlust sein. Einfache Verfahren bieten auch schnelle und sichere Erfolgserlebnisse. Drogensüchtige haben fast alle Schwierigkeiten, Lob und Erfolg selbstwertstärkend zu verarbeiten. Beim freien Seidenmalen können sie den Erfolg ausschließlich intrinsisch verarbeiten. Die Guttatechnik fordert wieder die Wirksamkeitserwartung, ähnlich wie bei Ton. Da das Material den Klienten aber wertvoller erscheint als Ton und sie sehr viel Energie und Aufwand in die vorbereitenden Arbeiten (Spannen, Motivwahl, Vorzeichnen u. a.) stecken, fällt es ihnen leichter, die Objektbeziehung über lange Zeit aufrechtzuerhalten. Unterstützend wirkt dabei auch das Interesse der Mitklienten an der Fertigstellung. Das fertige Produkt findet mehr Anerkennung als eine Tonfigur.

Holz

Holz wird fast ausschließlich bei der kompetenzzentrierten Methode eingesetzt. Die Aufgaben dienen der Erstellung eines Fähigkeitsprofils oder außergewöhnlicher Projektarbeiten. Da die ausdruckszentrierte Methode bei der Behandlung Suchtkranker im Vordergrund steht, wird Holz nur selten verwandt. In der Arbeitstherapie hat das Medium Holz wiederum eine wichtige Aufgabe zur Überprüfung und Stabilisierung der Grundarbeitsfähigkeiten.

Malen

Das bildnerische Gestalten steht im Zentrum der ausdruckszentrierten Methode. Nahezu alle Techniken lassen sich verwenden. Auch hier gilt es, die Materialien gezielt einzusetzen. Aquarellfarben ermöglichen dem Klienten andere Ausdrucksmöglichkeiten als Kohle oder Acrylfarben. Im Malvorgang produziert der Klient etwas, was er zeigen kann, worüber er mit anderen kommunizieren kann. Der Schaffensprozess kann als Veränderungsprozess aufgefasst werden, da er aufgrund seiner zeitlichen Bedingtheit unterschiedliche Phasen durchläuft. Dieses Erleben hat Rückwirkung auf die Psyche des Klienten, vorrangig seinen Selbstwert, aber auch auf den ganzen Ich-Komplex. Ausführlich wird darauf bei der Darstellung der ausdruckszentrierten Methode eingegangen.

Papier und Pappe

Papparbeiten können zur Befunderhebung und Arbeitsdiagnostik eingesetzt werden. Sie eignen sich aber auch für die kompetenzzentrierte Methode. Das Erstellen von Collagen wird in der ausdruckszentrierten Methode eingesetzt. Collagen haben den Vorteil, dass sie die Angst vor dem freien kreativen Ausdruck mindern. Sie fordern vom Klienten die gedankliche Strukturierung des angebotenen Materials und die kognitive Fähigkeit der Zuordnung von Aussage und Material. Der Klient muss sich entscheiden und eine Fülle von Angeboten auf ein Minimum, nämlich seine Collage, reduzieren. Das kann dem Klienten helfen, sich zu zentrieren. Collagen haben aber auch Nachteile. Der affektive Ausdruck ist stark reglementiert, was neuen Klienten eine Hilfe ist, den anderen aber bietet sie willkommene Ausweichmöglichkeiten an. Daneben bietet die Collagetechnik ein hohes Rückzugspotenzial. Jeder vertieft sich in seine Zeitung. Interaktion braucht nicht stattzufinden. Wegen der Ablenkungsmöglichkeit ist diese Technik für Klienten mit Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigung der Merkfähigkeit kontraindiziert. Sie fangen an, die Texte zu lesen, und verlieren den eigenen Gedankengang. Jedes Bild bringt sie auf neue Ideen, sodass es sie viel Kraft kostet, ihren persönlichen Ausdruck zu finden. Gut eignet sich Collagetechnik für neue Gruppen, die in Kontakt kommen müssen und eine Gruppencollage erstellen sollen. Das Thema muss so gestellt werden, dass Interaktion zwingend nötig ist. Selbst dabei sind meistens umfassende therapeutische Intervention und konsequente Begleitung durch die Ergotherapeutin nötig. Die Klienten fertigen meist gerne Collagen an. Zu erklären ist dies mit der Möglichkeit, im Unverbindlichen bleiben zu können. Im Notfall kann man ins Feld führen, das genau Passende habe man leider nicht gefunden, man müsse daher mit dieser nur unzureichend aussagekräftigen Collage vorliebnehmen. Der persönliche Objektbezug ist nur sehr selten gegeben. Man erkennt es daran, dass nahezu jedes gemalte Bild im Zimmer aufgehängt wird, man Collagen aber eher im Altpapier sieht.

Zusammenfassend kann man sagen, dass in der Ergotherapie Suchtkranker der gestalterisch-schöpferische Ausdruck im Vordergrund steht. Künstlerische Aspekte kommen selten zum Tragen. Das Handwerk dient der Leistungsbeobachtung oder wird zur Belastungserprobung und -steigerung eingesetzt.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Weitere Angebote in der Ergotherapie

Folgende Medien der Ergotherapie sind ebenfalls geläufig, kommen aber seltener zum Einsatz.

Freizeitgestaltung

Die meisten Klienten haben mit der Freizeitgestaltung große Schwierigkeiten, da ihr zuletzt gelebter Alltag von der Beschaffung und dem Konsum der Suchtstoffe diktiert war. Mit der Überwindung der Sucht kommen sie jetzt in die Situation, sich beschäftigen zu müssen. Das scheitert oft schon an der Schwierigkeit, sich selbst auszuhalten. Was fange ich an mit mir? Wie gelingt mir die Auflösung dieses Spannungszustandes? Die meisten Klienten stürzen sich zunächst in sportliche Aktivitäten. Da diese mitunter auch grenzenlos betrieben werden, bedarf es rigider Einschränkungen und Kontrollen durch den Sporttherapeuten. Erst nach Wochen finden sie die Ruhe, zu lesen, zu malen, genussvoll Musik zu hören oder einfach ihren Gedanken nachzuhängen. Ideen für eine sinnvolle Freizeitgestaltung zu entwickeln stellt eine wichtige Rückfallprophylaxe dar. Die Ergotherapie kann dazu Ideen liefern. Was ist sinnvolle Freizeitgestaltung? Sie dient der Entspannung, der Bereicherung durch neue Eindrücke und als Gegenpol zum Arbeitsalltag. Sie sucht körperliche Reize, die im Alltag fehlen. Sie erschließt neue Erlebnisräume. Sie schafft Raum, eigene Fähigkeiten auszuprobieren und zu erweitern. Sich mit sich beschäftigen, sich in anderen Zusammenhängen erleben, das alles ist Inhalt einer gelungenen Freizeitgestaltung. Sie ist zum anderen ein wichtiges Element, den Selbstwert zu stabilisieren und auszubauen:

- Ich schaffe etwas aus eigenen Ressourcen.
- Ich gehe an meine körperlichen Grenzen.
- Ich lerne mich bei neuen Bekanntschaften anders kennen.

Sportliche Aktivitäten

Hier geht es neben der körperlichen Ertüchtigung vor allem um das Erlebnis, im Rahmen einer Mannschaft zu agieren. Einzelsportarten wie Krafttraining oder Einzellauf sollten so gut wie möglich vermieden werden. Sich mit anderen zu messen ist eine Form der Beziehung, die in hohem Maß das Selbstbild fordert. Zum anderen wird damit der eigene Leistungsanspruch überprüft: Muss ich wirklich immer der Schnellste und Beste sein? Wie gehe ich mit der Verliererrolle um? Neue Rollen erleben, sich selbst genügen: Mannschaftssport bietet eine Vielzahl von Erlebnisräumen. Auf den anderen angewiesen sein, zusammen an einem Ziel arbeiten, all diese Erfahrungen sind oft verloren gegangen. Körperliches Erleben und sinnliche Eindrücke können auch Fahrradtouren, Badeausflüge, Spaziergänge oder Drachensteigen vermitteln. Rücksichtnahme gegenüber Schwächeren und die Motivation ängstlicher Gemüter sind soziale Kompetenzen, die später im Alltag wichtig sind. Dazu kommt das spielerische Element, das Kreativität fördert und Affekte mobilisiert.

Die Ergotherapeutin ist z. B. an der Freizeitplanung für das Wochenende beteiligt. Sie macht Vorschläge, die von der Gruppe als Gemeinschaftserlebnis umgesetzt werden sollen. Eine Radtour zum Baggersee mit Picknickkorb stärkt das Miteinander, bietet Körpererfahrung und sportliche Betätigung; außerdem ist sie kostengünstig. Das ist ein wichtiges Argument, denn kostspielige Hobbys können sich die Klienten meistens nicht leisten und sie führen dies oft als Entschuldigung dafür an, dass sie keine eigenen Ideen entwickeln. Es ist wichtig, den Klienten die unzähligen kostenlosen oder preiswerten Möglichkeiten der Freizeitgestaltung deutlich zu machen.

Natur

Natur als Erlebnis- und Lebensraum wahrzunehmen ist den Klienten fremd. Sie mit der Natur vertraut zu machen kann eine Aufgabe der Ergotherapeutin sein. An einem heißen Sommertag Erdbeeren pflücken zu gehen ist ein sinnliches Erlebnis. Es ist entspannend, sich beim Drachensteigenlassen den Naturkräften auszusetzen. Das morgendliche Bad im kalten See bietet neue Körpererfahrungen. Eine Schneeballschlacht ruft Kindheitserinnerungen wach. Wir haben mit den Klienten auf dem Gelände eine großzügige Lagerfeuerstelle gebaut, die zu allen Jahreszeiten häufig genutzt wird. Am Lagerfeuer entspannt sich mancher Konflikt. Archaische Gefühle stärken das Ich-Erleben. Ins Lagerfeuer starrend kann man seinen Gedanken besser nachhängen. Die Zeit wird unwichtig. Ich fahre mit den Klienten regelmäßig für drei Tage in ein großzügig auf erlebnispädagogische Angebote angelegtes, einsames Haus am Wasser. Wir sind dort allein und müssen uns beschäftigen. Die Klienten haben die Möglichkeit, sich mit der Stille und der Natur auseinanderzusetzen und sensomotorische Erfahrungen zu machen. Sie entspannen sich zusehends. Die Klienten sollen die Natur als Raum der Stärkung, der Entspannung und des Rückzugs kennenlernen und als bereichernde Erfahrung im Gedächtnis behalten. Dazu gehört auch die Arbeit im Garten, die neben arbeitstherapeutischen Intentionen die Auseinandersetzung mit der Natur zum Ziel hat.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Spiel

Spielen ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Psychologen sprechen vom angeborenen Spieltrieb, der den Menschen befähigt, seine Umwelt zu erfahren. Ein Kind, das nicht spielt, ist krank. Tiere, die keine Möglichkeit zum Spielen haben (z. B. in Gefangenschaft), sterben oft sogar. Zu allen Verpflichtungen und Aufgaben des Alltags bilden spielerische Momente das Gegengewicht. Im Spiel kann der Mensch andere Rollen ausprobieren, andere Funktionen und Handlungen kennenlernen. Er tritt mit anderen in Beziehung und kann sich darstellen. Daneben mobilisiert das Spielen das ganze Spektrum der Emotionen vom Zorn bis hin zu unbändiger Freude. Die Unverbindlichkeit des Ergebnisses und die freiwillige Einhaltung von Regeln zum Gelingen des Spiels vermitteln Selbstsicherheit. Durch die Entwicklung neuer Lösungsstrategien und das Planen von Spielzügen wird die Kreativität gefordert. Fantasie und Flexibilität des Spielers werden gestärkt und gefördert, was der Autonomie des Spielers zugutekommt. Nebenbei werden sehr viele kognitive und neuropsychologische Funktionen gestärkt: Konzentration, Frustrationstoleranz, alle visomotorischen Funktionen und die Ausdauer. Die geistige Beweglichkeit, die das Spielen erfordert, ist gerade für Suchtklienten mit begrenzter Vorstellungskraft und stereotypen Reaktionsmustern eine Hilfe, flexible Sichtweisen zu entwickeln und aushalten zu können. Zusammenfassend wird auf die Übersicht von Scheiber (1995) verwiesen, die das Förderpotenzial von Spielen verdeutlicht:

- **Im kognitiven Bereich:** Konzentration, Reaktionsvermögen, folgerichtiges Denken, Gedächtnis, Abstraktionsvermögen, Kreativität, Einschätzen eigener Fähigkeiten
- **Im sozioemotionalen Bereich:** Kontaktfähigkeit, Zusammenarbeit, Interesse und Anteilnahme, Rücksichtnahme, Verzicht, Umgang mit Macht und Konkurrenz
- **Im affektiven Bereich:** Frustrationstoleranz, Selbstvertrauen, Freude, Ausgelassenheit, Risikobereitschaft
- **Im psychomotorischen Bereich:** Geschicklichkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Entspannung, Spontaneität.

Kultur

Dabei kann es sich um einen Veranstaltungsbesuch oder eine Museumsbesichtigung handeln, was den meisten Klienten fernsteht und auf Widerstand stößt. Dennoch ist es durchaus von Vorteil, die Klienten damit zu fordern. Sie können lernen, sich einen fremden Inhalt selbstständig zu erschließen, zweckfrei zu lernen und Zeit zu füllen. Dies bewirkt eine Wissens- und Horizonterweiterung, welche für Abhängigkeitskranke zunächst von diffusen Ängsten besetzt ist. Sie haben jahrelang mit einer stark verkürzten Weltsicht gelebt und alle Interessen auf ein Minimum reduziert.

Ausflüge

Eine vorübergehende Unterbrechung des Therapiealltags ist auf der einen Seite sehr beliebt, macht aber auch vielen Angst. Konfrontiert mit Alltagsreizen kommen Klienten immer wieder an ihre Grenzen. Gegen die Reizüberflutung durch fremde Menschen, eine neue Umgebung oder andere Räumlichkeiten können sie sich kaum schützen. Geht man beispielsweise mit Klienten einkaufen, merkt man diese Anspannung sehr deutlich. Sie sind unruhig, die Augen bewegen sich sehr schnell, sie können sich nicht entscheiden, haben kein inneres Maß für die Einkäufe und sind danach oft völlig erschöpft. Umso wichtiger ist es, ab und zu Ausflüge zu machen: einen Tag am Strand zu verbringen, in ein Schwimmbad zu gehen, im Winter rodeln zu gehen. Es ist wichtig, die Reizangebote so zu wählen, dass der Klient davon profitiert und nicht überfordert wird. Im Vordergrund stehen dabei sensomotorische Erfahrungen. Den Körper spüren, Erschöpfung erleben, Anregungen für alle Sinne empfangen.

Neben Tagesfahrten kann man auch Gruppenreisen unternehmen, in denen nur Freizeitgestaltung in der Natur auf dem Programm steht. Wassersport, Lagerfeuer, Wind und Wetter fordern die Klienten in vielfältiger Weise. Daneben wird die starre Struktur des Therapiealltags gelockert. Die Klienten werden in die Selbstverantwortung genommen. Der Tischdienst soll sich spontan organisieren, die Klienten sollen ein Tagesprogramm zusammenstellen. Sie bekommen große Freiräume, die sie gestalten sollen. Es gibt immer Klienten, die dadurch extrem gefordert sind. Sie flüchten in schlechte Laune, ausgiebiges Schlafen, Simulation körperlicher Beschwerden oder provozieren Konflikte. Viele verfallen sehr schnell wieder in ihr gewohntes Konsummuster. Aktiv werden, sich drei Leute zum Spielen suchen, einen Spaziergang machen sind schwierige Herausforderungen an die Fähigkeit zur Selbstorganisation. Jedes Mal entwickeln Klienten nach längerer Zeit wieder ausgeprägten Suchtdruck. Kindheitserinnerungen tauchen auf und die Klienten schwanken heftig zwischen Dysphorie und Euphorie. Das können die meisten Klienten nur wenige Tage aushalten. Es ist ihnen unterschwellig deutlich geworden, um welche Erlebnisse sie sich jahrelang betrogen haben. Sie sind an ihre Grenzen gekommen, haben in ihrem Innern die

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gähnende Leere wieder gespürt und die Therapieeinrichtung erscheint ihnen wieder als behütende Versorgungseinrichtung.

Hohe Festtage

Feiertage sind für die Klienten schwierig. Gefühle und Erinnerungen plagen sie, die Leere tut sich wieder auf und dem gegenüber steht die Schwierigkeit, den Festen einen selbst gestalteten Inhalt geben zu müssen. Zumindest Ostern und Weihnachten müssen in der Ergotherapie aufgegriffen werden. Zum einen können die Klienten durch die Herstellung von Raumdekoration an das Thema herangeführt werden, zum anderen kann man versuchen, sie auch zu einer inhaltlichen Auseinandersetzung zu bewegen. Dies kann beispielsweise mit Collagen zum Thema geschehen, bedarf aber viel Fingerspitzengefühl. Man ist gut beraten, hier nicht konfrontativ zu arbeiten, sondern sehr behutsam jeden seinen Weg finden zu lassen. Hier sei auch jedem Klienten in Maßen gestattet, Schutzverhalten, das sich in Abwehrmechanismen aller Art äußert, an den Tag zu legen. Pflicht ist lediglich, sich der Anforderung zu stellen. Dem Wunsch vieler Klienten, Weihnachten im Bett zu verbringen, wird nicht nachgekommen. Die diensthabende Therapeutin bemüht sich dennoch, es für alle schön und erträglich zu gestalten. Dasselbe gilt für Silvester. Die Klienten sollen wieder ein Gefühl für Feiern und Festkultur entwickeln. Bei Geburtstagen steht den Klienten das mangelnde Selbstwertgefühl oft im Wege. Es fällt ihnen schwer, im Mittelpunkt zu stehen, gefeiert zu werden, auf sich selbst zentriert zu sein. „Warum kann es nicht einfach ein Tag wie jeder andere sein?“ Auf der anderen Seite ist es eine sehr schöne Erfahrung, verwöhnt, gesehen und bedacht zu werden. Für viele ist es der schönste Geburtstag seit Langem, obwohl es nicht einmal Geschenke gibt. Wie wertschätzend ist aber der Augenblick, wenn die Therapeutin morgens in der Gruppe mit herzlichen, persönlichen Worten einen kleinen Blumenstrauß überreicht. Mitunter fließen Tränen. Auch hier wird wieder eine wichtige Intention aller therapeutischen Maßnahmen deutlich, nämlich den Klienten Gefühle erleben zu lassen.

Darüber hinaus bietet die Ergotherapie noch andere alltagsorientierte, handwerkliche und gestalterische Medien, die therapeutisch genutzt werden können wie Wäschepflege, Nähen, Tiffanyarbeiten, Schmuckwerkstatt, Kochgruppen, Schreibwerkstatt oder Projektarbeiten (z. B. Herstellung einer Zeitung, Theaterspielen, Musikmachen oder -hören, Begegnung mit anderen Gruppen) u. v. m.

5.4.8 Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie hat in der Behandlung aller Abhängigkeitserkrankter einen hohen Stellenwert und soll daher im Folgenden in ihren besonderen Anforderungen ausführlich beschrieben werden.

Suchterkrankung und Arbeitslosigkeit

Der Verlust des Arbeitsplatzes mit der entsprechenden Selbstwert- und Sinneinbuße beschleunigt eine weitgehende Selbstaufgabe, die auch ein wesentlicher Bestandteil der Suchterkrankung ist. Die materielle Sicherheit ist nicht mehr vollständig gewährleistet, oft haben sich Schuldenberge angehäuft. Die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit ist nicht nur ein Auftrag des Kostenträgers, sondern auch ein wichtiges Element der Rückfallprophylaxe. In den Fachkliniken sind Arbeitslose deutlich überrepräsentiert. Die Rückfallquote derer, die Arbeitslosigkeit befürchten, ist genauso hoch wie die derjenigen, die schon arbeitslos sind.

Der Zusammenhang liegt auf der Hand. Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit sind geprägt vom Verlust der Handlungskontrolle, der zunehmenden sozialen Ausgrenzung und der Individualisierung von Konflikten bei gleichzeitig abnehmender Realitätserfahrung. Die negativen Folgen des Drogenkonsums werden durch die Erfahrungen beim Verlust des Arbeitsplatzes potenziert und behindern die Selbstaktivierung. Die Wechselwirkung von Arbeitslosigkeit und Drogensucht kann am Beispiel partnerschaftlicher Beziehungen deutlich gemacht werden: Arbeitslosigkeit stellt einen unspezifischen Belastungszustand dar, der sich nachhaltig auf sie auswirkt. Der Arbeitslose verliert mit der Arbeitsstelle viele Kontakte und zieht sich aus Scham, aus Geldmangel und aus zunehmender Selbstunsicherheit mehr und mehr zurück. Beziehungsstörungen dieser Art sind auch ein zentrales Thema bei der Suchterkrankung. Ein Mensch, der Störungen in der Beziehungsfähigkeit aufweist, hat es aber wiederum auch im Arbeitsleben schwer. Wir stehen hier also vor einem Regelkreislauf. Teamfähigkeit stellt heute eine Grundarbeitsfähigkeit dar und setzt gute soziale Kompetenzen und Kontaktfähigkeit voraus. Ein arbeitsloser Klient in einer Entwöhnungseinrichtung ist also im doppelten Sinne entwurzelt und steht vor der Aufgabe, sein soziales Netzwerk wiederaufzubauen, um darin Halt und Unterstützung zu finden. Er muss wieder Beziehungen eingehen, was für ihn zunächst sehr schwierig ist. Beziehungen an der Arbeitsstelle erscheinen zunächst wegen ihrer Funktionalität weniger bedroh-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

lich. Die Beziehung zu einem Arbeitskollegen stellt leichtere Anforderungen als private Kontakte oder Freundschaften. Diese sich an einem Arbeitsplatz abspielenden Kontakte gehen über einen klaren Rahmen nicht hinaus. Sie bieten sich zur Erlangung der Selbstsicherheit und zur Stärkung der Eigenwahrnehmung an. Hieran wird deutlich, wie wichtig für Suchtkranke der schnelle Wiedereintritt ins Arbeitsleben ist.

Auftrag der Kostenträger

Für Rehabilitationseinrichtungen gilt ein gesetzlicher Behandlungsauftrag. Nach § 9 Sozialgesetzbuch IV erbringt der Rentenversicherungsträger „Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit … auf die Erwerbstätigkeit des Versicherten entgegenzuwirken". Rehabilitationsziel ist also nicht die Überwindung der Krankheit oder die Hilfe zur sozialen Eingliederung. Der Erfolg der Rehabilitation wird an der Erlangung der Erwerbstätigkeit gemessen.

Formen der Arbeitstherapie

Arbeitstherapie ist ein altbekanntes Aufgabengebiet der Ergotherapie. Schon Ende des 19. Jahrhunderts war es üblich, Suchtkranke (damals ausschließlich Alkoholiker) mit Arbeit zu beschäftigen. Der pädagogische Anspruch stand hierbei im Vordergrund: Disziplinierung, Züchtigung und Erziehung zur Vernunft. Sie sollten durch gemeinnützige Arbeit ihre „Schuld" an der Gesellschaft abtragen. Zu dieser Zeit war die Arbeitspflicht ein hoher moralischer Wert. Erst die Guttempler, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts erste Behandlungsansätze versuchten, nahmen Arbeit in das Behandlungskonzept auf, vorrangig um die Unterhaltskosten zu minimieren. Diese Arbeit war jedoch häufig sinnentleert und unproduktiv. Mehr traute man den Kranken nicht zu.

In den 20er-Jahren stellte Herrmann Simon die These auf, auch psychisch Kranke könnten durch gezielte Behandlung an ein nutzbringendes Arbeiten herangeführt werden. Die Arbeitstherapie war geboren. Jedoch hatte sie deutlich andere Merkmale als die heutige Form. Arbeit an sich war das Therapiemedium. Der Inhalt der Arbeit war nachrangig.

Die Arbeitstherapie ist in der Behandlung der Suchterkrankung nicht wegzudenken, da der Behandlungsauftrag darin besteht, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Darüber hinaus trägt Arbeit zur Strukturierung der Person und ihrer Umwelt bei. Arbeit beeinflusst das Verhalten und weist Rollen zu. Sich in anderen Rollen zu erleben unterstützt und weitet das Selbstkonzept. Erfolg haben und Leistung bringen sind selbstwertstärkend; die Anerkennung sichert soziale Beziehungen.

Jeder Arbeitnehmer beobachtet in den letzten Jahren eine Veränderung in seiner Arbeitswelt. Auch die Arbeitstherapie muss neue Perspektiven und Konzepte für arbeitsrehabilitative Maßnahmen entwickeln. Es wird zunehmend schwieriger, Menschen mit „Sollbruchstellen" auf dem ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln.

Die zunehmende Spezialisierung und Individualisierung der Arbeitsplätze machen berufsorientierte oder tätigkeitsspezifische Arbeitstherapie kaum noch möglich. Es gibt eine unüberschaubare Anzahl von Möglichkeiten, etwa einen Tischler in einem Betrieb einzusetzen. Eine standardisierte Arbeitstherapie stößt hier an ihre Grenzen.

Es gibt verschiedene Formen der Arbeitstherapie. Viele Kliniken, speziell die für Alkoholikerentwöhnung, verfügen über gut ausgestattete *Werkstätten*, die ein differenziertes Angebot bereitstellen: Tischlerei, Druckerei, Schlosserei, Gärtnerei, Malerbetrieb, Büro. Dort können Grundarbeitsfähigkeiten wieder erworben werden. Jeder Klient nimmt täglich mehrere Stunden an der Arbeitstherapie teil und gewöhnt sich damit an erste Arbeitsrhythmen.

Möchte die Ergotherapeutin die Belastung steigern, organisiert sie eine *interne Belastungserprobung*. Innerhalb der arbeitstherapeutischen Abteilung wird ein Arbeitsplatz zu reellen Bedingungen simuliert: festgelegte Arbeitszeiten von mindestens sechs Stunden, Produktorientierung, Bewertung der Arbeit, Termindruck. Diese Belastung kann indikationsabhängig variiert werden. Eine interne Belastungserprobung kann als Vorbereitung für ein Praktikum wichtig sein oder dann, wenn sich der Klient seiner Belastbarkeit vergewissern will, bevor er eine Stelle antritt.

Für berufsspezifische Probleme müssen andere Trainingsmöglichkeiten gefunden werden. Will sich ein Klient in seinem Beruf erproben oder will er lange vernachlässigte Kompetenzen überprüfen, muss er einen „Erprobungsplatz" haben, der diese abruft: Der Schlosser muss in eine Schlosserei, der Lehrer in eine Klasse, der Busfahrer ans Steuer. Zu diesen Anforderungen an die Arbeitstherapie entstanden die Konzepte *externer Belastungserprobungen*. Die Ergotherapeutin sucht einen Arbeitsplatz außerhalb der Klinik und schließt mit dem Unternehmer einen Vertrag über einen zeitlich befristeten, kostenlosen Arbeitsplatz, der von der Klinik betreut wird. Sie lagert die Arbeitstherapie im Hinblick auf Belastungssteigerung, Selbst- und Fremdreflexion, realistische Arbeitsbedingungen aus.

Geht es um berufliche Neuorientierung, um das Kennenlernen anderer Arbeitsinhalte, bietet sich ein *Praktikum* an. Eng betreut von der Ergotherapeu-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tin soll der Klient überprüfen, ob seine Wunschvorstellungen dem Berufsalltag entsprechen, oder gar ein neues Berufsbild kennenlernen. Die Dauer der Praktika sind individuell festzulegen. Genaue Absprachen und Vereinbarungen verhindern, dass der Praktikant als kostenlose Arbeitskraft missbraucht wird. Gerade Suchtklienten verfügen zum Ende der Therapie noch über sehr schwache Stressbewältigungsstrategien und haben Mühe, sich abzugrenzen. Die Ergotherapeutin hat die Aufgabe, klare Grenzen zu ziehen und frühzeitig zu intervenieren.

Fallbeispiel: S.

S., 22 Jahre, kokainabhängig und seit zwei Jahren in verschiedenen therapeutischen Einrichtungen, äußerte den Wunsch, nicht weiter als Stahlbetonbauer zu arbeiten, sondern eine Umschulung zu machen. Er erwäge einen pflegerischen Beruf, da seine Mutter einen ambulanten Pflegedienst betreibe, in den er einsteigen und den er vielleicht sogar übernehmen könne. Die Ergotherapeutin schlug ein Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim vor, vier Tage die Woche über 14 Tage. Um den Therapieablauf in der Klinik für ihn nicht allzu sehr einzuschränken, verabredete sie mit ihm eine Tagesarbeitszeit von 9–15 Uhr. Diese Forderungen konnte sie bei der Praktikumsstelle trotz guter Argumente nicht durchsetzen. Man bestand auf regulären Dienstzeiten und Schichtwechsel. Im Zuge der Inkaufnahme realistischer Arbeitsbedingungen ließ sie sich darauf ein, besprach aber ausführlich mit S. die damit verbundenen Belastungen und vergewisserte sich seiner Stressbewältigungsstrategien. Die Praktikumsstelle forderte einen Probetag im Frühdienst. Der Klient kam in die Klinik zurück und berichtete, es sei alles gut gelaufen, er solle aber noch ein Wochenende im Frühdienst absolvieren, fühle sich dem auch gewachsen, sehe aber nicht so sehr den Sinn. Mit zunehmendem Unbehagen setzte sich die Ergotherapeutin wieder mit der Stelle in Verbindung und wurde dort mit viel Engagement von der Notwendigkeit des Probewochenendes überzeugt. An dieser Stelle hätte die Ergotherapeutin das Vorhaben aufgeben sollen, denn ihre Vorahnungen bestätigten sich: 14 Tage durchgehend Frühdienst im „Waschteam“ hielt der Klient zwar durch, ging aber am letzten Arbeitstag, am Sonntag, einfach nicht mehr hin. Nach einer deutlichen Aussprache mit dem Altenheim stand fest, dass diese nicht mehr als Praktikumsstelle geeignet schien. Trotzdem konnten der Klient und die Ergotherapeutin wichtige Erfahrungen in diesem Prozess sammeln: S. war sich nun sicher, dass er diesen Beruf nicht ergreifen wollte.

Ist der Klient noch nicht voll erwerbsfähig oder braucht er noch weitere Zeit, um seine Arbeitshaltung zu stabilisieren, bieten verschiedene Träger die Möglichkeit, bis zu einem Jahr in einer betreuten Werkstatt zu arbeiten. Dies sind keine Arbeitsplätze, sondern Teil der Nachsorge mit dem Schwerpunkt Arbeit. Unter arbeitstherapeutischer Betreuung lernen die Klienten Grundkenntnisse in verschiedenen Gewerken, können ihre PC-Kenntnisse auffrischen oder auch Praktika absolvieren. Diese *Arbeitstrainingsprojekte* imitieren in etwas höherem Maß den Arbeitsalltag, weil hier auch schon Aufträge angenommen und Gewinne erwirtschaftet werden müssen. Die Klienten verdienen hier kein Geld, der Aufenthalt wird vom Kostenträger bezahlt. Finden sie einen Arbeitsplatz, kann die Maßnahme jederzeit beendet werden. Zu vergleichen sind diese Arbeitstrainingsprojekte mit den beruflichen Trainingszentren für psychisch Kranke.

Neue Anforderungen an die Arbeitstherapie

Die Arbeitswelt hat sich in den vergangenen zehn Jahren nachhaltig verändert. Allein durch die voranschreitende Technisierung und durch den Einzug des Computers sind neue Berufe und neue Anforderungsprofile entstanden. Die Arbeitstherapie muss darauf reagieren. Es kommen beispielsweise mehr und mehr Suchtkranke aus Berufen der New Economy. Die Verbreitung des Kokainkonsums bringt es mit sich, dass Immobilienmakler, hochrangige Handelsvertreter, Werbefachleute und Medienfachleute in der Arbeitstherapie erscheinen. Diese müssen sich mit grundlegend anderen Arbeitsanforderungen auseinandersetzen als ein Handwerker: frei gestaltbare Arbeitszeiten, Projektarbeit, hohe Verantwortung. Selbstständige leiden unter dem wirtschaftlichen Druck und Medienberufe stehen unter dem Druck selbstverständlicher Überstunden. Die Arbeitstherapie kommt hier nicht umhin, die Rehabilitation in die reale Arbeitswelt des Einzelnen anzustreben. Die Ergotherapeutin ist immer wieder gefordert, sich mit neuen Berufsbildern auseinanderzusetzen: z. B. Callcenteragenten, Netzwerkadministratoren, Consultants.

Beispiel: Eine Klientin ist seit 12 Jahren Cutterin bei einem großen Nachrichtensender. Ihr Arbeitsalltag gestaltet sich folgendermaßen: Zunächst wartet sie auf die Zusendung aktueller Videos, die dann bis zu einem bestimmten Zeitpunkt auf eine bestimmte Länge zugeschnitten sein müssen, immer in Absprache mit mehreren Redakteuren. Die Arbeitszeit spielt dabei gar keine Rolle. Feierabend ist, wenn der Film fertig ist, auch wenn es 10 Stunden dauert. Bei der Zuteilung der Arbeitsaufträge gibt es deutlichen Konkurrenzdruck. Diesem Druck

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

von mehreren Seiten hält sie nur noch mit regelmäßigem Kokainkonsum stand.

Wie soll man einen solchen Arbeitsplatz ressourcenorientiert und klientenzentriert adaptieren? Oberster Wunsch von Frau H. war eine geregelte Arbeitszeit. Heute arbeitet sie in der Abteilung für die 18-Uhr-Nachrichten, deren Videos morgens auf ihrem Schreibtisch liegen. Sie hat dadurch zwar Einkommenseinbußen, aber deutlich mehr Ruhe, kann trotzdem ihre Kompetenzen einbringen und der psychosoziale Druck ist stark reduziert.

Arbeitstherapie mit Drogensüchtigen

Es gibt gerade im Bereich des Drogenentzuges nach wie vor Entwöhnungseinrichtungen, in denen sehr viel gearbeitet wird. Als Anfang der 70er-Jahre die Behandlung Drogensüchtiger begann, erschien das Zusammenleben von Abhängigen und denen, die schon lange abstinent leben, erfolgversprechend. Diese „Release-Gruppen", die in erster Linie den Charakter von Selbsthilfeorganisationen hatten, stellten die gemeinsame Arbeit in den Mittelpunkt und hatten einen geringen therapeutischen Anspruch. Die Psychotherapie ist zwar heute aus den Suchtkliniken nicht mehr wegzudenken, aber ebenso wenig die Arbeit als wesentlicher Stabilisierungsfaktor im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft, die soziale Kompetenzen lernbar machen soll. Als Beispiel sei „Synanon" in Berlin genannt, wo Arbeit der zentrale Aspekt der therapeutischen Gemeinschaft ist. In anderen Kliniken findet sich immer noch hauswirtschaftliche Selbstversorgung als großes Arbeitsfeld, auch wenn das auf Betreiben der Kostenträger zunehmend reduziert werden soll.

Ziele in der Arbeitstherapie mit Suchterkrankten

Die psychosozialen Probleme Abhängigkeitserkrankter sind hinlänglich deutlich geworden. Arbeit weist neben der wirtschaflichen Sicherung eine Fülle psychosozialer Funktionen auf, die dem Arbeitslosen fehlen und den Rehabilitanden nach der Therapie stabilisieren können.

Um aber in den Genuss der positiven Auswirkungen einer Arbeitsstelle zu kommen, muss die Erwerbstätigkeit natürlich Voraussetzungen erfüllen wie beispielsweise ausreichende Entlohnung, gutes Betriebsklima und vieles andere. Der Klient kann seinerseits die erforderlichen Kompetenzen in der Therapie einüben.

Diskussion um die Haus- und Sozialdienste

In der Behandlung Suchtkranker war, wie oben erwähnt, die Selbstorganisation von jeher fester Bestandteil der Therapie. Die Patienten halten im Allgemeinen die Zimmer sauber, helfen in der Küche und in der Organisation des Hauses. Abgesehen davon, dass ein enges Zusammenleben nur mit einem hohen Maß sozialer Verantwortung stattfinden kann, soll deutlich gemacht werden, dass äußere Ordnung ein Korrelat zur inneren Ordnung ist. Zudem geht es um das Akzeptieren von Regeln und Strukturen. Nicht zu unterschätzen ist auch der pädagogische Anspruch, denn es gibt viel zu lernen, z. B. wie ein Haushalt funktioniert. Seine Wohnung in Ordnung zu halten ist auch ein Ausdruck des Selbstwertgefühls: „Bin ich es mir wert, dafür zu sorgen, dass es bei mir sauber und schön ist, sodass ich gerne nach Hause komme?"

Arbeitstherapie im Rahmen der Hausdienste

Arbeitstherapie in einem solchen Rahmen muss sich auf Kompromisse einlassen. Oft ist der Vorwurf zu hören, dass eine derartige Arbeitstherapie nichts gemein habe mit den Realitäten des Arbeitslebens. Das ist mit Sicherheit richtig, es sollte aber nicht übersehen werden, dass hier viele sehr alltagsbezogene Arbeiten zu finden sind, an denen der Klient seine Grundarbeitsfähigkeiten stabilisieren kann. Sicher wäre es nicht ausreichend, ausschließlich unter diesen Umständen die Arbeitstherapie stattfinden zu lassen. Tatsache ist aber auch, dass vor allem in kleineren Kliniken genau auf diese Weise gearbeitet wird, weil es keine Werkstätten gibt. Es folgen deshalb Überlegungen, was man in einer solchen Situation machen kann:

Es muss (unter Anleitung) gekocht werden, das Haus muss gereinigt, der Garten muss gepflegt, die Blumen müssen versorgt und die Autos gewaschen werden. Ein erster Schritt der Ergotherapeutin ist die Überprüfung der verschiedenen Dienste auf ihre Notwendigkeit hin. Aufgaben werden zusammengelegt und der Arbeitsauftrag konkretisiert. In einem nächsten Schritt werden Anforderungsprofile für jeden Dienst erarbeitet. Das ist besonders wichtig, um indikationsorientiert arbeiten zu können. Hierzu kann man das Anforderungsprofil MELBA zurate ziehen (Föhres et al. 1997). Es muss allerdings in einigen Punkten modifiziert werden, da die sozioemotionalen Anforderungen zu wenig berücksichtigt werden.

Einige Beispiele, welche Ziele verfolgt werden können:

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Küchenarbeiten: Konzentration, Handlungsplanung, Sauberkeit und Ordnung, Merkfähigkeit, soziale Kompetenz
- Gartenarbeit: körperliche Belastung, sensomotorische Erfahrungen, Belastungssteigerung, Arbeitsplanung, taktile Erfahrungen
- Wäsche: Handlungsplanung, Organisation
- Putzen: Handlungsplanung, Überwinden innerer Widerstände, Frustrationstoleranz.

Sicherlich überschneiden sich viele Punkte, dennoch hat jeder Dienst mindestens ein charakteristisches Merkmal.

Die Ergotherapeutin sollte diese Hausdienste indikationsorientiert mit den Klienten besetzen. Neben diesen Diensten gibt es eine Fülle anderer, die mitunter hohe soziale Anforderungen stellen, wie z. B. der Dienst des Gruppensprechers. Warum nicht auch ein solches Amt für arbeitstherapeutische Ziele wie Verantwortungsübernahme, Leitung oder Steigerung der Belastbarkeit im sozioemotionalen Bereich nutzen? Die Ergotherapeutin kann weitgehend klientenzentriert und indikationsabhängig Arbeiten vergeben. Sicherlich muss sie sich so manches Mal den organisatorischen Gegebenheiten beugen. Aber auch dann ist es durchaus möglich, für jeden Klienten die Arbeit zu finden, bei der er an seinen Arbeitsstörungen arbeiten, sich mit seiner Angst vor neuen Aufgaben auseinandersetzen und neue Kompetenzen erwerben kann. Oft wird hierbei konfrontativ vorgegangen. Kritisiert ein Klient permanent die Arbeit eines anderen, bekommt er genau diese für zwei Wochen zugeteilt. Narzisstisch strukturierte Klienten bekommen das Gruppensprecheramt, fühlen sich dadurch sehr geschmeichelt und erleben in den kommenden zwei Wochen eine harte Auseinandersetzung mit ihrem Real-Ich. Neben der mündlichen Nachbesprechung der Arbeitserfahrungen können die einzelnen Dienste auch schriftlich vom Klienten reflektiert werden. Die Notizen werden später in das persönliche Gespräch mit der Ergotherapeutin eingebracht.

Behandlungskonzept der Arbeitstherapie

Die Behandlungskonzepte der Suchtkliniken sind nach wie vor sehr unterschiedlich. Geht man zudem noch davon aus, dass Ergotherapeuten auch in Nachsorgeeinrichtungen und Wohnheimen arbeiten, drängt sich folgende Schlussfolgerung auf: Jede Ergotherapeutin muss sich die Frage stellen, wie eine Arbeitstherapie unter den jeweiligen Bedingungen therapeutisch wirksam ausgeführt werden kann. Es muss ein Grundkonzept erstellt werden, das sich den Gegebenheiten fügt, in seiner Substanz aber therapeutisch bleibt.

Befunderhebung/Verhaltensbeobachtung

Auch in der Arbeitstherapie funktioniert eine geradlinige Behandlung nur nach einer genauen Planung der Vorgehensweise. In der Arbeitstherapie ist das Grobziel die Erwerbsfähigkeit, die Feinziele sind individuell definiert. Es ist wichtig, diese mit dem Klienten zu besprechen, denn nur wenn der Klient an der Erreichung derselben Ziele arbeitet, kann seine unerlässliche Aufmerksamkeit bei allen Tätigkeiten gesichert sein. Es stärkt die Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit des Klienten, wenn er zur Selbstreflexion angehalten wird. Hat er Interesse daran bekommen, bei allen Tätigkeiten beispielsweise auf eine Ausweitung der Aufmerksamkeitsspanne zu achten, eröffnen sich wesentlich mehr Übungsfelder als in zwei Therapieeinheiten pro Woche. Erfolge schreibt sich der Klient dann auch eher selbst zu. Die Ergotherapeutin kann ihn nicht in allen Hausdiensten beobachten und korrigieren. Sie ist auf Stichproben und Rückmeldungen der Anleiter angewiesen. Die Ergotherapeutin entwirft dazu einen Rückmeldebogen, auf dem in Anlehnung an MELBA alle Grundarbeitsfähigkeiten abgefragt werden. Dieser Bogen soll bewusst einfach konzipiert und schnell auszufüllen sein. Diese Einschätzungsbögen werden mit allen, die mit Klienten zusammenarbeiten, gründlich besprochen: Putzfrau, Hausmeister, Köchin u. a. Sind die Fragen allen verständlich, kann die Ergotherapeutin auf eine Fülle verschiedener Beobachtungen außerhalb ihrer arbeitstherapeutischen Interventionen zurückgreifen und sie in die Reflexion mit dem Klienten einfließen lassen. Der erste Bogen wird innerhalb der ersten drei Wochen ausgefüllt. Es ist dabei spannend, mit dem Klienten die u. U. ganz unterschiedlichen Einschätzungen zu reflektieren. Wie hat er diese oder jene Situation erlebt?

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Einschätzungsbogen für die allgemeine Arbeitsfähigkeit

Arbeitsbereich: _____

Name: _____ Anleiter _____

Datum: _____

Kommt und geht selten pünktlich	○	○	○	○	Kommt und geht immer pünktlich
Benötigt viele zusätzliche Pausen	○	○	○	○	Benötigt keine zusätzlichen Pausen
Braucht viel Unterstützung	○	○	○	○	Braucht kaum Unterstützung
Hat oft Schwierigkeiten, Anleitungen zu verstehen	○	○	○	○	Hat selten Schwierigkeiten, Anleitungen zu verstehen
Braucht lange, um neue Aufgaben zu beherrschen	○	○	○	○	Beherrscht neue Aufgaben schnell
Arbeitet sehr langsam	○	○	○	○	Arbeitet sehr schnell
Hat wenig Ausdauer	○	○	○	○	Hat viel Ausdauer
Kann sich schlecht konzentrieren	○	○	○	○	Kann sich gut konzentrieren
Am Arbeitsergebnis ist häufig etwas auszusetzen	○	○	○	○	Am Arbeitsergebnis ist selten etwas auszusetzen
Kommt unter Leistungsdruck völlig durcheinander	○	○	○	○	Macht Leistungsdruck nichts aus
Schwer zur Arbeit zu bewegen	○	○	○	○	Leicht zur Arbeit zu bewegen
Traut sich sehr wenig zu	○	○	○	○	Traut sich einiges zu
Gibt bei Misserfolg sofort auf	○	○	○	○	Gibt bei Schwierigkeiten nicht so schnell auf
Kann Kritik schlecht vertragen	○	○	○	○	Kann Kritik gut ertragen
Übernimmt keine Verantwortung	○	○	○	○	Übernimmt Verantwortung
Freut sich über Leerlaufzeiten	○	○	○	○	Machen Leerlaufzeiten nervös
Arbeitet am liebsten allein	○	○	○	○	Arbeitet nicht gerne allein

Anmerkungen:

Unterschrift *Datum:*

Beispiel: Der Klient arbeitet mit verschiedenen Anleitern zusammen. Hat er in seinem bisherigen Arbeitsleben die Erfahrung gesammelt, welchen großen Einfluss auf das eigene Arbeitsergebnis die Arbeitsbeziehungen (z. B. zu den Kollegen, dem Vorgesetzten) haben können? Bei einer resoluten Köchin kann sich mancher vielleicht so verunsichert fühlen, dass ihm viele Fehler unterlaufen. Mit dem Hausmeister versteht er sich aber sehr gut und bringt zufriedenstellende Arbeitsergebnisse. Die Putzfrau dagegen ist etwas zaghaft, was ihn dazu verführt, „Fünfe gerade sein zu lassen", da keine Ermahnung zu befürchten ist.

Dies würde sich in den verschiedenen Einschätzungsbögen abbilden. In den meisten Fällen tauchen in der Klinik dieselben Arbeitsstörungen wie im Arbeitsleben der Klienten auf. Am Ende der Therapie wird wieder ein Bogen ausgefüllt. Auf diese Weise lassen sich Besserungen nachweisen und dem Klienten dokumentieren.

Einschätzung

Letztlich ist die Art der Arbeitsaufgabe nicht entscheidend. An jeder Tätigkeit kann man beobachten und erkennen, was zur Diagnostik der Arbeitsfähigkeit nötig ist. Beispiele:

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- **Emotionale Fähigkeiten:** gibt bei Misserfolg nicht auf, eigene Befindlichkeit wirkt sich nicht auf die Arbeitsleistung aus, kann Stress ertragen
- **Soziale Fähigkeiten:** Kooperationsbereitschaft in der Gruppe, kann Autorität akzeptieren, kritikfähig, kann Regeln gut einhalten, nimmt Rücksicht, hilft
- **Instrumentelle Arbeitsfähigkeiten:** ist vertraut im Umgang mit Werkzeugen, gute Handlungsplanung, kann Anleitungen sofort umsetzen
- **Selbstbild:** schätzt die eigene Leistungsfähigkeit realistisch ein, holt sich Hilfe, kann Erfolge verwerten, traut sich neue Aufgaben zu.

Die Beobachtung des Klienten bei der Arbeit (z. B. in der Küche) ist in vielen kleinen Sequenzen möglich und auch nötig. Dies führt zu einem objektiven Gesamtbild. Es sind Eindrücke von starken und schwachen Tagen, von Arbeiten, die dem Klienten liegen, und solchen, die ihm nicht liegen, oder neu für ihn sind. Man spricht hier von einem Prozessbefund (s. Kap. 2.2.4). Funktionseinschränkungen erscheinen in der Dokumentation, wenn diese die Arbeit beeinträchtigen:

- Amputationen und Teilamputationen
- schwere Sensibilitätsstörungen
- Störungen des Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der Sinnesorgane wie Taubheit oder ausgeprägte Myopie
- Schwierigkeiten, bimanuell zu arbeiten
- kognitive Ausfälle bei zerebralen Schäden.

Diese Befunde sind auch für die berufliche Reintegration von Belang. Auf dem Befund baut die Arbeitstherapie auf.

Feststellung der Erwerbsfähigkeit

Zum Ende der Therapie stellt der Arzt gemeinsam mit der Ergotherapeutin die Erwerbsfähigkeit fest. Der Arzt geht von seinem medizinischen Befund aus und ist auf die arbeitstherapeutische Einschätzung angewiesen. Die Befunde der Ergotherapeutin lassen mitunter noch keine befriedigende Aussage zur Arbeitsfähigkeit zu. Weitergehende Überprüfungen erscheinen notwendig. Überprüfen kann man das Ausmaß der Arbeitsfähigkeit im Zweifelsfall nur an einem Arbeitsplatz unter realen Arbeitsbedingungen. Möglichkeiten hierzu sind oben beschrieben. Im Zweifelsfall ist es ratsam, im Entlassungsbericht die Aussage als momentane Einschätzung unter den gegebenen Umständen zu treffen. Am Verlaufsbericht lässt sich nachweisen, dass das Erforderliche zur Erlangung der Erwerbsfähigkeit getan wurde.

Im Folgenden wird das Beispiel einer individuellen Arbeitstherapie nach diesem Konzept beschrieben.

Fallbeispiel: Herr P.

Herr P. wurde 1958 in Hamburg als zweites Wunschkind geboren. Er hätte gerne Abitur gemacht, was ihm jedoch mit dem Hinweis verweigert wurde, er stamme aus „einer Handwerkersippe und keinem Arzthaushalt“. Er wurde ab diesem Zeitpunkt immer bockiger, schloss aber seine Tischlerlehre ohne große Anstrengung ab.

Mit 20 Jahren, seiner „Hippiezeit“, begann er den Haschischkonsum und entzog sich durch „Gammeln“ der Gesellschaft. Der Drogenkonsum stieg, Beziehungen scheiterten und nach wenigen Jahren verbrachte Herr P. seinen Tag mit „Gammeln“, dem Konsum von Drogen und der damit einhergehenden Beschaffungskriminalität. Mit 24 Jahren war Herr P. auch heroinabhängig. Der Bruder und gute Freunde verstarben an einer Überdosis, Herr P. selbst musste seine erste Haftstrafe verbüßen.

Der damit verbundene kalte Entzug überzeugte ihn von der Notwendigkeit einer Therapie. Er brach sie jedoch nach kurzer Zeit ab. Nach einer erneuten Haftstrafe hielt er eine Langzeittherapie durch. Er lernte eine Frau kennen, die ihm sehr viel Halt gab. Er lebte zwölf Jahre drogenfrei. Er arbeitete erfolgreich in seinem Beruf, machte im Zuge einer Meisterausbildung, die er später abbrach, den Anleiterschein. Er zeigte besonders viel Interesse an der Ausbildung der Lehrlinge und versuchte, in den pädagogischen Bereich zu wechseln.

In dieser Phase der Hochstimmung kam es 1994 zu ersten Kokainrückfällen. Die bis dahin glückliche Beziehung wurde schwierig und sein Konsum nahm wieder drastisch zu. Trotzdem arbeitete Herr P. noch bis 1998, inzwischen an häufig wechselnden Arbeitsstellen. Die Freundin zwang ihn zu einer Therapie. Während dieser Zeit verstarb plötzlich seine Mutter und seine Freundin trennte sich kurz darauf von ihm. Seine Wohnung wurde zwangsgeräumt. Herr P. war am Ende. Er brach die Therapie ab und flüchtete in exzessiven Konsum. Trotz Übernahme ins Polamidon-Programm wurde er straffällig und entschied sich 1999 unter richterlichem Druck zur Therapie.

Bei Aufnahme zeigte Herr P. eine Vielzahl psychosomatischer Störungen und bot das Bild eines depressiven, ängstlichen Menschen. Seine Konzentrationsfähigkeit war deutlich beeinträchtigt, er war sich seiner Ressourcen in keinem Punkt sicher und hinterfragte jede eigene Leistung. Er wirkte hoffnungslos und nur gering introspektionsfähig. Er schwankte zwischen maßloser Selbstüberschätzung und massiven Selbstzweifeln. Lob über gelungene Tätigkeiten konnte er nicht annehmen, sondern nur entwerten.

Für die Arbeitstherapie kristallisierten sich drei *Ziele* heraus:

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- realistische Selbsteinschätzung durch wiederholte Reflexion des eigenen Handelns und Erfahren der eigenen Grenzen
- Überprüfung der Grundarbeitsfähigkeiten und deren Stabilisierung sowie
- berufliche Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt mit dem Anspruch, die pädagogischen Ressourcen zu nutzen.

Feinziele waren

- Verbesserung der Kritikfähigkeit
- Alltagsstruktur
- Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit.

In der ersten Phase der großen Unsicherheit lag das Augenmerk in der Arbeitstherapie auf Stabilisierung und Struktur. Herr P. hatte große Schwierigkeiten, pünktlich aufzustehen, Dienste pünktlich zu absolvieren, Zusagen einzuhalten oder sein Zimmer bis zu einem bestimmten Zeitpunkt aufzuräumen. Er fing sich damit viel Ärger ein, sodass er nach kurzer Zeit erkannte, dass hier eine seiner Grenzen lag, die es zu bearbeiten galt. Als Hilfe wurde ihm ein Tagesplan angeboten. In der täglichen Abendrunde musste er Auskunft erteilen, ob er diesen Plan gut einhalten konnte und worüber er immer wieder stolperte. Er bekam dazu Rückmeldung von den anderen Klienten.

Nach vier Wochen klappte das tägliche Pflichtprogramm deutlich besser, Herr P. war in der Gruppe integriert und zur Ruhe gekommen. Das Augenmerk wurde jetzt auf die Verbesserung der Introspektionsfähigkeit gelegt. Die ausdruckszentrierte Methode in der Ergotherapie zeigte schnell erste Erfolge. In den nächsten Wochen stellte sich die Notwendigkeit einer vierwöchigen Verlängerung heraus, da Herr P. erst jetzt in der Lage war, sich ganz auf den therapeutischen Prozess einzulassen. Für die Arbeitstherapie stand die Überprüfung der reellen Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Herr P. zeigte bei kleineren Tischleraufgaben zufriedenstellende Ergebnisse, konnte diese für sich jedoch nicht annehmen. Daraufhin nahm er für ein paar Tage am Arbeitstrainingsprojekt in der Tischlerwerkstatt teil und konnte sich davon überzeugen, dass er sein Handwerk durchaus noch beherrschte.

Parallel dazu wurde in der 10.–12. Behandlungswoche über die Wiedereingliederung nachgedacht. Deutlich wurde sein Wunsch, in den pädagogischen Bereich zu wechseln, zumal er sich Akkordarbeit oder dem Leistungsdruck einer kleinen Tischlerei nicht gewachsen fühlte. Er bemühte sich, auf meine Information hin, in einer Blindenhilfsmittelwerkstatt um einen Praktikumsplatz. Dort arbeiteten auch jugendliche Klienten aus der Adaptionsphase einer zweijährigen Drogenentwöhnungstherapie. Dieser Praktikumsplatz wurde ihm zugesagt.

Um sein Geschick im Umgang mit kranken jungen Menschen zu überprüfen, bekam er die Aufgabe, für Klienten des angegliederten Kinder- und Jugendentzugs Projekttage mit dem Thema Holz zu planen und durchzuführen. Er schlug den Bau von Vogelhäusern vor. Er erstaunte durch eine engagierte, gewissenhafte Organisation und ein hervorragend geleitetes dreitägiges Projekt. Er unternahm mit den Jugendlichen eine Fahrradtour in den Wald, um Materialien zu sammeln. Er richtete Arbeitsplätze ein und leitete die Jugendlichen fachgerecht und sehr einfühlsam an, ohne es an der nötigen Durchsetzungskraft und Konsequenz fehlen zu lassen. Es gelang ihm in den 3 Tagen, eine entspannte Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Jugendlichen ausgesprochen wohlfühlten und ihn sehr mochten. Mit einem netten Abschlussritual wurden die individuell gefertigten Häuschen aufgebaut und mit einer Eisschlemmerei gefeiert. Herr P. konnte aus diesem Projekt viel Sicherheit gewinnen und sich seiner Kompetenzen vergewissern.

Nach seiner Entlassung nahm Herr P. an der stationären Nachsorge teil und startete von dort aus ein Praktikum. Nach einem halben Jahr wurde Herr P. dort so sehr geschätzt, dass für ihn eine Arbeitsstelle im Rahmen der Maßnahmen „Arbeit statt Sozialhilfe“ (§ 19 BSHG) eingerichtet wurde.

Nachtrag: Nach 13 Monaten begann Herr P. mit der Suche nach einem Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt, da er sich nun stabil genug fühlte. Heute, mehrere Jahre nach der Therapie, lebt Herr P. immer noch drogenfrei und arbeitet in einer therapeutischen Tischlerwerkstatt mit jugendlichen Abhängigkeitskranken.

5.4.9 Arbeitsstörungen

Arbeitsstörungen sind sehr klientenspezifisch zu betrachten und beeinträchtigen die Arbeitszufriedenheit nachhaltig bis hin zu Resignation und Demotivation. Am Ende steht oft die Aufgabe jeglicher Erwerbstätigkeit. Dies trägt zu sozialer Isolation, Entwertungsgefühlen und Realitätsverlust bei. Arbeitsstörungen zu erkennen und im Befund zu beschreiben ist Aufgabe der Ergotherapeutin. Zur Stabilisierung der Leistungsmotivation ist es unerlässlich, die Arbeitsstörungen sehr individuell zu behandeln.

Am Beispiel der Ausdauer lassen sich verschiedene Gründe für eine zu kurze Ausdauerleistung aufzeigen:

- fehlende Motivation, Lustlosigkeit
- neuronale Störungen (kognitive Fehlleistungen)
- fehlende körperliche Kraft
- Entzugssymptomatik
- mangelnde Kompetenz

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Grübelzwang, automatische Gedanken
- fehlendes Vertrauen darin, die Aufgabe bewältigen zu können
- Abwehrhaltung
- leichte Ablenkbarkeit
- Neigung zu unrealistischer Selbstdarstellung
- Neigung zu Profilierung innerhalb der Gruppe
- Unsicherheit, Bedürfnis nach fortwährender Rückmeldung
- Mitdenken für den anderen
- weil er die Kontrolle behalten will
- weil er dem anderen selbstständiges Arbeiten nicht zutraut.

Was ist eine Arbeitsstörung?

Arbeitsstörung: ein Verhaltensmuster, das immer wieder und ohne Korrekturstrategien die Arbeitshaltung, die Leistungsmotivation und das Arbeitsergebnis nachhaltig beeinträchtigt.

Eine Arbeitsstörung kann motorisch-funktioneller Art sein, sie kann kognitiv oder psychisch bedingt sein. Oft ist die manifeste Arbeitsfehlhaltung auch geprägt von Wertvorstellungen oder Ideologien (z. B. Autonome, Punker). Zu beachten ist auch die Persönlichkeitsstruktur, umso mehr, wenn diese pathologisch verändert ist.

Substanzspezifische Arbeitsstörungen

Erfahrungen in der Praxis liefern folgendes Bild:

Opiatabhängige haben den Realitätsbezug mehr oder weniger verloren. Sie haben infolge dessen ihre eigenen Regeln aufgestellt. Gesellschaftliche Normen haben sie verworfen. Sie scheitern in der Arbeitswelt durch mangelnde Zuverlässigkeit, Verantwortungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Ausdauer und Leistungsmotivation.

Kokainabhängige dagegen sind stark leistungsmotiviert und scheitern durch Kritikunfähigkeit, mangelnde Impulskontrolle, inadäquate Arbeitsplanung, Kommunikations- und Kontaktprobleme. Sie neigen zu falscher Selbsteinschätzung, schlechter Merkfähigkeit und Konzentrationsstörungen.

THC-Konsumenten und Alkoholiker weisen eine eingeschränkte Merkfähigkeit auf, sind nicht bereit, Verantwortung zu übernehmen, wehren sich gegen Verbindlichkeit, sind insgesamt oft verlangsamt und deutlich unmotiviert.

Polytoxikomane Klienten scheuen oft die Belastung, erwarten für minimalen Einsatz ein bestmögliches Ergebnis, haben große Probleme mit der Arbeitsorganisation und arbeiten am liebsten unauffällig mit.

Viele Verhaltensweisen überschneiden sich oder treten bei unterschiedlichen Konsummustern leicht abgewandelt auf. Unter selbstverständlicher Berücksichtigung von Ausnahmen kann dennoch von den oben beschriebenen Korrelationen von Suchtstoffen und Arbeitsstörungen ausgegangen werden.

Häufig zu beobachtende Arbeitsstörungen bei Abhängigkeitserkrankten

Es gibt unterschiedliche Beobachtungskriterien zur Person, zum Lernverhalten, zum Arbeitsverhalten und zum Arbeitsprozess. Jeder Arbeitnehmer bringt seine Persönlichkeit mit, die einzelne Facetten seines Arbeitsverhaltens prägt. Das als solches ist noch keine Indikation für eine Arbeitstherapie. Schwierig für den Arbeitnehmer wird es in dem Moment, in dem die Zusammenarbeit mit ihm unmöglich ist und er seine Arbeitsleistung nicht mehr zuverlässig erbringt. Es soll nun versucht werden, einzelne Aspekte, in denen sich Arbeitsstörungen äußern, mit den Abhängigkeitserkrankten in Beziehung zu setzen.

Arbeitstempo: Ist es zu hoch, leidet oft die Qualität des Ergebnisses oder der Klient gerät unter Stress, den zu bewältigen er überfordert ist. Abhängigkeitskranke erkennen meistens ihre Grenzen nicht und über- oder unterfordern sich. Außerdem kann man am Arbeitstempo Defizite in der Arbeitsorganisation und Handlungsplanung erkennen. Der Klient kann die vor ihm liegende Arbeit nicht strukturieren und deren Zeitaufwand nicht einschätzen. Dies gilt natürlich auch, wenn Arbeitsaufgaben nicht in der vorgegebenen Zeit erledigt werden können. Hier können auch Unsicherheit oder Vermeidung bis hin zu Verweigerung eine Rolle spielen.

Arbeitsgenauigkeit: Setzt der Klient die Arbeitsanleitung sachgerecht um oder hält er sich nicht daran? Viele Klienten haben im Laufe ihres bisherigen Alltags gelernt, zu improvisieren, sich zu arrangieren. Sie haben für sich eine individuelle Werteskala aufgestellt, die jetzt Vorrang hat. Genauigkeit und Sorgfalt bis ins kleinste Detail wurden meistens vernachlässigt. Das Problem der Regeln und Vorgaben taucht hier wieder auf. Sich an solche zu halten, ohne dies als Reglementierung und Einschränkung der persönlichen Freiheit zu verstehen, fällt vielen Klienten schwer.

Ausdauer: Etwas zu Ende zu bringen, durchzuhalten und nicht beim ersten Unlustgefühl aufzugeben sind wichtige Therapiethemen. Die Unfähigkeit, nicht über eine längere Zeit bei einer Tätigkeit bleiben zu können, ist eine gravierende Arbeitsstörung,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

die bei vielen Suchterkrankten zu beobachten ist. Sie geht oft mit einer reduzierten Aufmerksamkeitsspanne einher.

Selbstständigkeit: Hier handelt es sich um eine höhere Arbeitsleistung. Kann ein Klient fast keine Tätigkeit ohne Hilfe durchführen, ist es wichtig, dies bei einer beruflichen Reintegration zu berücksichtigen. Wichtig ist es herauszufinden, ob dahinter Bequemlichkeit, Unvermögen oder mangelnde Leistungsbereitschaft stehen.

Soziale Kompetenz: Wie kommt der Klient in der Arbeitsgruppe zurecht? Ist er hilfsbereit, kann er um Hilfe bitten? Übt er Macht aus oder lässt er andere auflaufen? Wenn jemand Schwierigkeiten hat, sich an die Gruppe anzupassen, wenn er kein Interesse an einem guten Miteinander hat, entstehen in der Gruppe Konflikte. Der Klient wird an nahezu jedem Arbeitsplatz scheitern, da Teamfähigkeit heute zu den grundlegenden Kompetenzen im Arbeitsleben gehört.

Merkfähigkeit: Diese ist aufgrund des langen Suchtmittelkonsums und der daraus resultierenden neurophysiologischen Veränderungen meistens deutlich reduziert. Wenn sich jemand Arbeitsanweisungen nicht über einen längeren Zeitraum merken kann, macht er viele Fehler und ist immer auf Hilfe angewiesen. Aufgrund der vielen Nachfragen kann er nicht das nötige Arbeitstempo einhalten. Er wird als Arbeitskollege nicht sehr beliebt sein und sich frustriert zurückziehen.

Umgang mit Autoritäten: Kann sich ein Arbeitnehmer nichts sagen lassen, kann er sich nicht einordnen oder gar unterordnen, wird er für den Arbeitgeber untragbar, zumal eine solche Haltung zu massiven Konflikten und Fehlleistungen führt. Kokainabhängige neigen dazu, aus ihrer Selbstüberschätzung heraus ihre Kompetenzen zu überschreiten.

Affektstabilität: Ist jemand sehr empfindlich, hat er eine geringe Frustrationstoleranz; ist er kaum belastbar, so ist er am Arbeitsplatz jeder auftretenden Schwierigkeit hilflos ausgeliefert. Er schürt damit Konflikte in der Gruppe und wird ausgegrenzt.

Selbstkontrolle: Hierunter fällt das Stichwort Disziplin, ohne die eine zuverlässige Arbeitsleistung nicht vorstellbar ist. Willensstärke aufzubringen und sich beherrschen zu können müssen Abhängigkeitserkrankte meistens von Grund auf neu erlernen, weil sie das Zutrauen in die eigene Stärke verloren haben. Mangelnde Disziplin hat bei vielen Klienten zur Kündigung geführt.

Arbeitsorganisation: Wie verhält sich der Klient im Laufe des Arbeitsprozesses? Wie geht er vor, wenn er einen Auftrag bekommt? Zögert er lange, diskutiert er über den Sinn, hat er Gefallen an der Aufgabe und wendet er sich ihr gleich engagiert zu? Wie jemand an die Arbeit geht, entscheidet über den weiteren Verlauf des Arbeitsprozesses, und man kann daraus Schlüsse ziehen, welchem Persönlichkeitsstrukturtyp der Klient zuzuordnen ist (s. u.). Kann er im weiteren Verlauf einen Vorgehensplan erstellen oder verliert er schnell den Überblick und fängt unüberlegt mit irgendetwas an? Wie erledigt er die Arbeit und wie gestaltet er seinen Arbeitsplatz? Hat er realistische Maßstäbe, wenn es um die Bewertung seines eigenen Arbeitsergebnisses geht, oder ist er unsicher?

Es ist nachvollziehbar, wie sehr sich jede einzelne Arbeitsstörung demotivierend, destabilisierend und selbstwertmindernd auswirkt. Auch in diesem Bereich verlieren Abhängigkeitserkrankte ihre Selbstwirksamkeit. Mit Selbstwirksamkeit wird die Überzeugung bezeichnet, in einer bestimmten Situation eigenständig angemessene Leistung oder Verhaltensweisen erbringen zu können.

Persönlichkeitsstruktur und Arbeitsstörung

Wie in dem Kapitel „Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörungen“ (s. S. 398f.) beschrieben, weist ein gewisser Prozentsatz der Abhängigkeitserkrankten Persönlichkeitsstörungen auf. Sind diese meistens nicht so rein ausgeprägt oder abgegrenzt, wie es die folgenden Typisierungen beschreiben, so wirken sie sich doch in vermischter oder in abgeschwächter Form auf das Arbeitsverhalten aus. Karl König hat diese Störungen während seiner Tätigkeit als psychoanalytischer Therapeut an verschiedenen Fachkliniken untersucht und in seinem Buch „Arbeitsstörungen und Persönlichkeit“ (1998) beschrieben. Der Ergotherapeutin, die weiterführende Informationen über die Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung auf das Arbeitsverhalten der Klienten erhalten will, sei dieses Werk empfohlen. Im Rahmen dieses Abschnittes kann nur eine Übersicht geboten werden.

Inwiefern eine arbeitstherapeutische Behandlung Auswirkungen auf den intrapsychischen Prozess hat, kann mangels eingehender Untersuchungen noch nicht gesagt werden.

Der *schizoiden* Persönlichkeit fällt es schwer, die Ich-Grenzen zu sichern. Aus Angst, die eigene Individualität zu verlieren, betont sie diese umso mehr. Das führt dazu, dass so strukturierte Klienten kaum soziale Kompetenzen aufweisen. Sie arbeiten am liebsten vor sich hin und kümmern sich kaum um die Arbeit der anderen. Sie neigen dazu, unwichtige Kleinigkeiten überzubewerten und taktlos die Arbeitsleistung anderer zu entwerten. Sie wirken sehr offen

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

und nehmen kein Blatt vor den Mund, was gewöhnlich Konflikte schürt. Ihre selektive Wahrnehmung der anderen macht sie allerdings auch unempfindlich gegen Konkurrenzdruck.

Bei Menschen mit *depressiven* Persönlichkeitsstrukturen steht die Antriebsarmut im Vordergrund. Da die Klienten dies kompensieren wollen, geben sie vor, ein „höheres Ziel" zu verfolgen. Sie arbeiten nicht, weil es getan werden muss, sondern um anderen zu helfen, um ihre Pflicht zu erfüllen, um etwas Gutes zu tun. Depressiv strukturierte Klienten haben Mühe, mit ihrer Arbeit zu beginnen. Ihr Gewissen treibt sie aber so lange an, wie Arbeit vorhanden ist. Sie ignorieren körperliche Erschöpfungssignale, denn sie scheinen die stille Angst zu hegen, nicht mehr in Gang zu kommen, wenn sie erst einmal aufgehört haben. Arbeitsaufgaben liegen vor ihnen „wie ein Berg", weil sie die anfallende Aufgabe nicht strukturieren können. Sie wollen es allen recht machen und versprechen aufgrund dessen Dinge, die sie gar nicht einlösen können. Dadurch wirken sie oft unzuverlässig. Sie sind nicht fähig, die eigene Arbeit zu rationalisieren, um sich dadurch zu entlasten. Da sie so viel Kraft für die Arbeitsmotivation aufbringen müssen, ist es ihnen ein Dorn im Auge, wenn andere Freude an der Arbeit haben. Diese arbeiten dann anscheinend nicht so engagiert und so viel wie sie selbst. Der Depressive will wegen seiner Arbeit geliebt und gebraucht werden und erlebt hier permanent Enttäuschungen, die er sich wiederum selbst zuschreibt. Widerstandslos nimmt er jede zusätzliche Arbeit an. Er hat das Gefühl, nie gut genug zu sein, vermeidet daher jeden Vergleich mit anderen. Im Unterschied zum Perfektionisten schafft sich der Depressive eine eigene Idealvorstellung, wie das Arbeitsergebnis zu sein hat, erreicht diese aber nie. Nach der Arbeit ist er ausgelaugt, gehetzt und ärgert sich über jeden, der das nicht wahrnimmt.

Die *narzisstische* Persönlichkeit ist durch maßlose Selbstüberschätzung gekennzeichnet. So strukturierte Klienten werten rundherum alle anderen ab. Sie fühlen sich überlegen und scheuen jeden Vergleich mit anderen. Konfrontiert man sie mit der Realität, schlägt die Selbstüberschätzung in Selbsthass um, jedoch in einer Form, die bei anderen nicht Mitleid, sondern Verachtung auslöst. Je exklusiver die Aufgabe, umso mehr fühlen sie sich geschmeichelt und motiviert. Sie wollen die Aufgabe allein bewältigen und ignorieren vorbereitende Arbeiten. Sie können sich nicht in einen Arbeitsprozess eingliedern, sondern suchen immer einen neuen Ansatz. Kooperation auf gleicher Ebene ist ihnen kaum möglich, was zu permanenten Konflikten führt. Bekommen sie leitende Aufgaben, scheitern sie oft, weil ihnen wegen ihrer mangelnden Kooperationsbereitschaft die Gefolgschaft versagt wird.

Der *Zwanghafte* ist getrieben von dem Bedürfnis, in seinem Umfeld Ordnung herzustellen und mit allen Mitteln zu bewahren. Jeder Konflikt könnte diese Ordnung gefährden und wird schon im Ansatz bekämpft. Der Zwanghafte ist sich seiner selbst nie sicher. Gefühle erzeugen Unordnung und werden daher strikt gemieden. Der bei zwanghaften Personen oft auftretende Perfektionismus bewahrt sie davor, Fehler zu machen. Diese könnten die Ordnung destabilisieren. Durch die Fixierung auf Details fällt es ihnen schwer, Zusammenhänge zu erfassen. Sie neigen dazu, sich unterzuordnen, da ihnen dies sicherer erscheint. Durch das Bestehen auf Details lähmen zwanghaft Strukturierte jede Entwicklung und jede Veränderung der Arbeitssituation. Sie treten auf der Stelle.

Phobische Persönlichkeiten spüren im Unterschied zu Depressiven durchaus den Impuls, eine Tätigkeit zu beginnen. Sie haben aber Angst davor und tun daher gar nichts. Sie brauchen eine sichere Kontaktperson, die ihnen Halt bietet und sie leitet. Daher sind sie die idealen Zweiten. Aus Mangel an Selbstvertrauen haben sie ständig Angst, sich in der Gruppe nicht adäquat zu verhalten. Sie kehren Konflikte unter den Teppich und weisen einen starken Drang zur Harmonie auf. Sind sie sich ihrer Kompetenz sicher, so können sie im Schatten eines „starken Mannes" gut arbeiten.

Menschen mit *histrionischen/hysterischen Strukturen* sind schnell zu begeistern; das Interesse flaut aber genauso schnell ab. Sie haben große Schwierigkeiten, etwas zu Ende zu bringen. Sie können gut etwas Neues initiieren, einen Arbeitsvorgang starten, brauchen aber immer ein Team, das die Arbeit zu Ende bringt. Das ist oft schwierig, da hysterisch Strukturierte dazu neigen, spontan Schlüsse zu ziehen und zu handeln, obwohl sie nur lückenhafte Informationen haben. Der Gegenstand ihres Interesses kann sprunghaft wechseln und sie fühlen sich magisch angezogen von allen Arbeiten, bei denen sie mit anscheinend wenig Aufwand glänzen können. Sie vertrauen dabei auf ihre Ausstrahlung und meinen, damit ihre Inkompetenz wettmachen zu können. Sie können dabei so weit gehen, dass sie Konkurrenzkämpfe in der Arbeitsgruppe schüren, damit sich keiner mit ihnen misst. Routinearbeiten sind ihnen verhasst, es muss immer etwas ganz Neues sein. Sie haben große Schwierigkeiten, Termine einzuhalten oder einfach nur pünktlich zu sein. Innerlich protestieren sie gegen diese Einschränkung ihrer Spontaneität und das Zuspätkommen gibt ihnen eine zusätzliche Gelegenheit, aufzufallen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Nicht immer treten diese Störungen in aller Reinheit auf, vielmehr ist das an den Tag gelegte Verhalten unterschwellig von der Persönlichkeitsstörung geprägt. Arbeitstherapeutische Maßnahmen können bei einer psychogenen Arbeitsstörung ohne eine enge Zusammenarbeit mit dem Psychotherapeuten kaum zum Ziel führen. Gleichzeitig leuchtet es ein, dass es sich verheerend auswirken kann, wenn diese Menschen eine Arbeitstätigkeit ausüben, die die Potenziale, die die jeweilige Persönlichkeitsstruktur auch mit sich bringt, nicht fordert. Ein Histrioniker am Fließband wird genauso scheitern wie ein depressiver Polier. Es erscheint also wichtig, auch bei der beruflichen Wiedereingliederung die Persönlichkeitsstruktur zu berücksichtigen.

5.4.10 Planung der beruflichen Reintegration

Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist das Ziel, auf das Therapeutin und Klient unter Berücksichtigung eines genauen Befundes hinarbeiten und das zum Ende der Therapie meistens auch erreicht wird. Der Klient steht dann vor der Frage, welcher Arbeit er nachgehen soll, denn trotz des Stellenwerts, den die Reintegration ins Arbeitsleben einnimmt, darf nicht übersehen werden, dass nur eine befriedigende, sinnstiftende und selbstwertstärkende Arbeit psychosozial stabilisierend sein wird.

Arbeitswelt und Sucht

Übersehen werden darf ebenso wenig, dass in der Arbeitswelt viele suchtauslösende Faktoren zu finden sind. Nach den jüngsten Studien (Puls 1999) führen folgende Umstände zu einem erhöhten Suchtrisiko:

- Schichtarbeit
- Unsicherheit des Arbeitsverhältnisses
- hohe Anforderungen bei geringen Stressbewältigungsstrategien
- unzureichende soziale Unterstützung
- geringe Entscheidungsspielräume
- geringe Anerkennung in Form von Aufstiegschancen, Lohn, Gratifikationen.

Wenn man die Entwicklung der Arbeitswelt innerhalb der letzten Jahrzehnte beobachtet und sich der Stoßrichtung der Veränderungen bewusst wird, so drängt sich die Feststellung auf, dass die künftige Arbeitswelt viele dieser Belastungsfaktoren verstärkt beinhalten wird:

- flexible Arbeitszeiten
- flexible Arbeitsplätze (Telearbeit, wechselnde Einsatzorte)
- unregelmäßig stark ansteigende Anforderungen und Leistungsdruck (Projektarbeit)
- häufiger Arbeitsplatzwechsel.

Auf der einen Seite liegt darin für chronisch Kranke eine Chance, wieder ins Erwerbsleben einsteigen zu können. Suchtkarrieren könnten aber auch vorprogrammiert sein, denn der Griff zu Tranquilizern wird wahrscheinlicher, wenn der Arbeitnehmer aufgrund stark wechselnder beruflicher Belastungen keinen gleichmäßigen Schlaf-wach-Rhythmus aufbauen kann. Der permanente Druck zur beruflichen Qualifizierung könnte leistungssteigernde Medikamente und Drogen attraktiv machen. Die ständig wechselnden Arbeitsplätze, verbunden mit hohen Mobilitätsanforderungen, gefährden den sozialen Kontext.

Es ist eine Herausforderung an die Arbeitstherapeuten, sich mit diesen neuen Entwicklungen auseinanderzusetzen. Wie soll man instabile Klienten darauf vorbereiten? Muss man diese krank machenden Faktoren nicht schon während der Therapie berücksichtigen?

Einige der Suchtklienten haben noch einen Arbeitsplatz. Aber ist es sinnvoll, dorthin zurückzukehren, wo vielleicht die Sucht bekannt ist und man möglicherweise immer wieder mit suchtauslösenden Faktoren konfrontiert wird? Manche haben jahrelang in einem unbefriedigenden Beruf gearbeitet. Wird die in der Therapie erarbeitete Frustrationstoleranz hoch genug sein? Was ist mit den Klienten, die sich schon immer mit gelegentlichen, kurzfristigen Jobs über Wasser gehalten, die sich mit dem sich daraus ergebenden unsteten Lebensstil, dem damit einhergehenden Status arrangiert haben? Sie bringen keinerlei Ideen mit, wie ihr weiteres Berufsleben aussehen könnte, und stellen sich die Frage, ob eine Änderung überhaupt notwendig ist.

Bis vor Kurzem waren medizinische und berufliche Rehabilitation streng getrennt. Die Kostenträger fordern heute schon während der Entwöhnungsbehandlung Interventionen zur beruflichen Rehabilitation. Seit wenigen Jahren gibt es verschiedene Modelle, die beides miteinander verknüpfen. Im Zuge der arbeitsmarktpolitischen Entwicklung und der zunehmenden Verknappung der Sozialkassen entstand ein deutliches Interesse an der beruflichen Wiedereingliederung. Weiterführend über verschiedene Modelle, statistische Erhebungen und Denkansätze einzelner Fachkliniken informiert z. B. die Veröffentlichung „Sucht und Erwerbstätigkeit“ (Fachverband Sucht 1997). Ergotherapeuten müssen integrierte

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Konzepte für die Arbeit in der eigenen Einrichtung entwickeln und die Hilfsangebote der Arbeitsverwaltung, der Kostenträger und wohnortnaher Unterstützungseinrichtungen kennen.

Suche nach dem geeigneten Arbeitsplatz

Nach der einer Therapie folgenden Stabilisierungsphase ist es notwendig, das Augenmerk auf die Perspektiven nach dem stationären Aufenthalt zu richten.

Im Sinne des klientenzentrierten Arbeitens wird der Klient zunächst nach seinen Wünschen befragt. Klienten berichten oft, dass sie ihren eigentlichen Berufswunsch nicht gegen den Widerstand der Eltern oder des Arbeitsamtes durchsetzen konnten. Alle bisherigen Tätigkeiten waren sozusagen zweite Wahl. Man muss dann in Erfahrung bringen, ob das ursprüngliche Berufsziel schon einmal ernsthaft avisiert wurde oder der Berufswunsch ein irrationaler Wunschtraum im Fahrwasser einer völlig verzerrten Selbsteinschätzung ist. Ist der Klient immer wieder durch Rückfälle oder objektive Hindernisse anderer Art gescheitert? Hat ihn das so verunsichert, dass er kaum noch wagt, an seinem Wunsch festzuhalten?

Es ist sinnvoll, sich am Wunsch des Klienten zu orientieren, um größtmögliche Motivation zu gewährleisten. Der optimale Arbeitsplatz trägt überdies maßgeblich zur Rückfallprophylaxe bei. Es ist für das Selbstwertgefühl unverzichtbar, einer Tätigkeit nachzugehen, die den Begabungen entspricht und Zufriedenheit schafft. Der Klient kann im Zuge eines solchen Gespräches fast immer sehr genau benennen, wo seine Ressourcen und wo seine Defizite liegen. Darauf aufbauend konstruiert man mit ihm einen theoretischen Arbeitsplatz, an dem er sich richtig wohlfühlen würde. Die Erkenntnisse zu seinem Verhalten aus der Arbeitstherapie fließen mit ein und führen zu Erwägungen, wie diese Erfahrungen wohl in ein erfüllendes Berufsleben übernommen werden können.

Beispiel: Jemand hatte einen verantwortungsvollen Posten, der ihn nachhaltig unter Stress setzte. In den Arbeitssituationen während der Therapie tauchte für ihn die Frage auf: Warum ist mir eigentlich ein verantwortungsvoller Posten so wichtig? Er konnte für sich die Erfahrung machen, wie entlastend es ist, im Team zu arbeiten und trotzdem „jemand zu sein". Diese Erfahrung kann in die Wahl eines neuen Arbeitsplatzes einfließen oder zur Veränderung am bisherigen Arbeitsplatz führen.

Mit diesem „idealen" Arbeitsplatz als Ausgangspunkt der Überlegungen tun sich auch bisher unbeachtete Alternativen bei der Suche nach dem geeigneten Arbeitsplatz oder Beruf auf.

Es ist dabei allerdings darauf zu achten, dass die Ergotherapeutin sich nicht in die Rolle der „großen Zauberin" drängen lässt. Die Neigung der Süchtigen zu Passivität wird hier besonders deutlich. Oberstes Gebot bei der Planung des beruflichen Wiedereinstiegs ist es, den Klienten so viel wie möglich selbst machen zu lassen: Stellengesuche und Stellenanzeigen, Kontakte zu Arbeitsamt und Arbeitgeber. Auch der Wunscharbeitsplatz soll durch den Klienten schriftlich definiert werden. Die Ergotherapeutin strukturiert diesen Prozess und stellt notwendige Informationen bereit. Ein Hinterfragen ist nötig, wenn der Klient irrationale Ziele verfolgt.

Zeitgleich dazu hat die Bezugstherapeutin damit begonnen, Anschlussmaßnahmen zu planen, z. B. den 6-monatigen Aufenthalt in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft oder in einer Adaptionseinrichtung. Geht der Klient mit dem Ziel des Realitätstrainings in eine Adaption, wird sich auch die konkrete Planung der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit dorthin verlagern. Der Klient sollte dann bis zum Ende der Therapie einen Plan entwickelt haben, wie diese zu verwirklichen ist. Zusätzlich zum Bewerbungstraining durch das Arbeitsamt kann der Klient beim Verfassen eines Bewerbungsschreibens unterstützt werden. Weitere Sachfragen zur Bewerbung können geklärt werden, z. B. wie die arbeitsfreien Zeiten im Lebenslauf dargestellt werden können.

Die Ergotherapeutin hat also drei Aufgaben bei der beruflichen Reintegration: die Klärung des Fähigkeitsprofils, die strukturierende Planung und die Bereitstellung von Informationen. Der Klient benötigt auch Informationen darüber, wo er nach der Therapie weitere Hilfe bekommt.

Besondere Schwierigkeiten

Eine Ergotherapeutin sieht sich bei der beruflichen Wiedereingliederung ehemaliger Suchtkranker sehr speziellen biografischen oder anders gearteten Umständen gegenüber, die für das Gelingen immer wieder eine Beeinträchtigung darstellen. Im Folgenden werden einige solcher Umstände aufgeführt.

Haftzeiten

Außerhalb des öffentlichen Dienstes wird kein polizeiliches Führungszeugnis verlangt. Trotzdem stellt sich die Frage, wie man Haftzeiten im Lebenslauf

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

darstellt. In den meisten Fällen ist es ratsam, diese Zeitspanne im Lebenslauf nicht weiter zu benennen. Wird man daraufhin im Bewerbungsgespräch auf diesen Punkt angesprochen, muss natürlich Auskunft erteilt werden. Es kann vorher erarbeitet werden, wie der Klient das am geschicktesten macht, ohne seine Chancen auf ein Minimum zu reduzieren. Im Rollenspiel können verschiedene Möglichkeiten durchgespielt und erprobt werden.

Für viele Klienten ist es im Zuge von Bewerbungen am günstigsten, wenn sie offen über ihre Suchtkarriere und Haftzeiten sprechen. Sie erscheinen dadurch sicher, ehrlich und geben dem Arbeitgeber die Möglichkeit zu einer beide Seiten zufriedenstellenden Entscheidung. Dem Klienten eine solche offene Haltung zu empfehlen, lässt sich ihm gegenüber als ein Schritt auf dem Weg zur Geradlinigkeit vertreten. Neben der Vermittlung theoretischer Inhalte werden bei der Bewerbungshilfe übergeordnete Ziele verfolgt: Selbstverantwortung und Handlungskompetenz.

Abgebrochene Ausbildungen

Abgebrochene Ausbildungen sind eines der häufigsten Probleme. Es gibt Klienten mit elf verschiedenen abgebrochenen Ausbildungen. Die Gründe für die Abbrüche zu reflektieren ist entscheidend dafür, weitere zu vermeiden und die eigenen Ressourcen klar zu erkennen. Wenn bisher keine Ausbildung den eigenen Erwartungen entsprach, muss herausgefunden werden, welche Arbeit für den Klienten denn befriedigend sein könnte. Berufswünsche können dann auf ihren Realitätsbezug hin überprüft und eventuell korrigiert werden. Es können aber auch mangelndes Durchhaltevermögen oder Stressvermeidung sein, die zum Abbruch führten. Diese Verhaltensmuster zu ändern und die sich darauf einstellenden Erlebnisse zu integrieren muss dann Ziel der arbeitstherapeutischen Behandlung sein. Man muss zudem die Gründe für den Abbruch auf eine möglicherweise verschobene Bedeutung hin überprüfen.

Beispiel: Eine Klientin trug ausschließlich schwarze Kleidung und brach die Ausbildung zur Arzthelferin zweimal ab, weil sie die weiße Berufskleidung nicht ertragen konnte. Diesen Grund gab sie an. Hin und her gerissen zwischen Akzeptanz und Unverständnis beschäftigte sich die Ergotherapeutin damit, die Hintergründe dieses Problems zu untersuchen. Im Laufe eines Gesprächs wurde klar, dass die Kleidungsfrage nur ein Vorwand für den Abbruch der Ausbildung gewesen war. Wichtig für die Klientin war es, dies zu erkennen und nach den wirklichen Abbruchsursachen zu forschen. Sie gab an, der Umgang mit den Kolleginnen sei ihr so schwergefallen, da diese alle spießig und „verblödet“ gewesen seien. Außerdem hatte sie mehrere Auseinandersetzungen mit dem Chef gehabt, weil sie sich geweigert hatte, „irgendsoeine saublöde Arbeit zu machen“. Sie fand heraus, dass Teamarbeit nichts für sie sei und sie eine Tätigkeit bevorzugen würde, bei der sie weitgehend allein arbeiten könne. Sie äußerte den Wunsch, auch mehr an der Organisation ihrer Arbeit beteiligt zu werden. Die Klientin entwickelte die Idee, einen Beruf am bzw. mit dem Computer zu bevorzugen. Die Ergotherapeutin motivierte sie dazu, sich Informationen bei der Arbeitsagentur zu beschaffen. Danach konnte sich die ergotherapeutische Unterstützung auf ein Minimum beschränken, denn die Klientin bemühte sich engagiert um eine Ausbildung in einem IT-Beruf.

Abgebrochene Ausbildungen stellen immer einen guten Ansatzpunkt für die Arbeit an Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Leistungsmotivation dar.

Unrealistische Selbsteinschätzung

Klienten geben manchmal Kompetenzen an, die schon nach der Durchführung einfacher Aufgaben infrage zu stellen sind. Gibt jemand hohe Kompetenzen als Tischler an, arbeitet er aber grundsätzlich ungenau und vernachlässigt jede Handlungsplanung, so ist eine Überprüfung der Selbsteinschätzung angezeigt. Fällt dazu in der Berufsanamnese eine deutliche Diskontinuität auf, so muss diese mit dem Klienten besprochen werden. Welche waren die wirklichen Gründe, dass er die Stelle als Tischler immer wieder verlor? Ein solcher Klient sollte sich einer Arbeitserprobung im Holzbereich des Arbeitstrainingsprojektes unterziehen, wenn er als Tischler unbedingt weiterarbeiten will. In der Holzwerkstatt wird sich dann bald herausstellen, wie es um seine derzeitigen Fähigkeiten in diesem Arbeitsbereich bestellt ist. Daraus können Folgerungen gezogen werden: z. B. kann der Klient nach der Therapie noch in ein Berufsförderungsprogramm oder in ein Arbeitstrainingsprojekt gehen. Der Klient muss mit der objektiven Einschätzung seiner Kompetenzen konfrontiert werden. Dies muss auf sensible und dennoch deutliche Weise geschehen, um dem Klienten die Korrektur der Eigenwahrnehmung zu ermöglichen.

Vermeidung

Viele Klienten vermeiden es, eine Schule oder Ausbildung abzuschließen. Sie gehen jedem Stress aus dem Weg. Prüfungen, Streit mit Kollegen, Kritik an der eigenen Leistung oder sogar ein zu weiter Arbeitsweg sind für sie Kündigungsgründe. Neben der arbeitstherapeutischen Behandlung dieser schweren Arbeitsstörung ist es besonders wichtig, die Ressour-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

cen des Klienten herauszufinden, denn er wird nur einen Arbeitsplatz befriedigend finden, der ihn nicht überfordert. Solche Klienten profitieren oft auch nachhaltig von dem geschützten Rahmen eines Arbeitstrainingsprojektes, wo sie den Umgang mit Misserfolgen lernen, die Frustrationstoleranz und Kritikfähigkeit verbessern und so eine stabilere Selbstwirksamkeit entwickeln können. Dort können sie sich wieder solide Grundarbeitsfähigkeiten erarbeiten.

Klienten ohne Berufsausbildung

Klienten ohne Berufsausbildung benötigen eine berufliche Orientierung. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin wird versucht, die beruflichen Interessen des Klienten herauszuarbeiten und erlebbar zu machen. Hierzu kann der Berufsinteressentest B.I.T.II der Göttinger Testzentrale herangezogen werden (Irle u. Allehoff 1988). Dies erübrigt sich, wenn sich aus vagen Vorstellungen ein realistischer Wunsch verfestigt, denn oft kann der Klient ziemlich genau benennen, wie seine Arbeit aussehen sollte, kennt aber keinen dazu passenden Beruf.

Beispiel: Der Klient äußert: „Ich würde gerne etwas mit Tieren machen." Rückfrage: „Was für Tiere?" „Haustiere!" Die Ergotherapeutin stellt ihm dann anhand verschiedener Infoblätter der Arbeitsagentur Berufe vor, die möglich wären: Tierpfleger, tierärztliche Sprechstundenhilfe, Tierwirt, Verkäufer in einer Zoohandlung, Landwirt. „Nein, eine Ausbildung soll es möglichst nicht mehr sein." Dann empfiehlt sich vielleicht ein Praktikum im Tierheim, Zoo, Tierpark, Zooladen, beim Landwirt oder beim Schäfer. Gemeinsam wird auf diesem Wege meistens eine genaue Vorstellung entwickelt, wohin der Weg gehen kann.

Direkter Übergang ins Erwerbsleben

Der berufliche Wiedereinstieg ist besonders sorgfältig zu planen, wenn der Klient in die eigene Wohnung zurückkehrt und sich um seine Existenzsicherung kümmern muss. Ein gangbarer Weg ist es, mit dem ehemaligen Arbeitgeber Kontakt aufzunehmen und sich um eine Wiedereinstellung zu bemühen. Das kann erfolgreich sein, da Arbeitgeber ehemaligen Mitarbeitern nach einer Therapie oft sehr wohlwollend gegenüberstehen und zudem Lohnzuschüsse im Rahmen der Eingliederungshilfe beantragt werden können.

Zum Einstieg kann eine Tätigkeit in einer Zeitarbeitsfirma aufgenommen werden. Die Vermittlung über eine private Zeitarbeitsfirma kann jedoch nur sehr stabilen Klienten angeraten werden, da von ihnen oft hohe Arbeitsleistungen bei unregelmäßigen Arbeitszeiten und langen Anfahrtswegen verlangt werden.

Der bisherige Arbeitgeber scheut die Neu- oder Weiterbeschäftigung

Viele Arbeitgeber haben eine lange Zeit der Geduld mit dem Abhängigkeitserkrankten hinter sich, gekennzeichnet von häufigen Fehlzeiten, sinkender Arbeitsleistung, steigenden Fehlerquoten und vielleicht auch Straftaten. Das Vertrauen ist auf ein Minimum reduziert. Sie fragen dann nach Sicherheiten, um eine Wiederholung zu vermeiden, wollen aber auch ihrer sozialen Verantwortung nachkommen. Zwei Maßnahmen, die den Bedürfnissen aller Beteiligten entgegenkommen, haben sich hier bewährt:

- Man vereinbart eine Probezeit mit klaren vertraglichen Regelungen darüber, bei welchen Vorkommnissen das Arbeitsverhältnis aufgelöst wird. Während dieser Zeit kann sich der Arbeitgeber von der Leistung des Klienten überzeugen.
- Der Klient kann vertraglich erklären, beim ersten Rückfall die fristlose Kündigung zu akzeptieren bzw. zu kündigen.

Unerlässlich ist hierbei die Beachtung des Arbeitsrechts. Der Betriebsrat sollte alle diesbezüglichen Abmachungen überprüfen. Auch kann es sich nur um zeitlich begrenzte Maßnahmen handeln, da der Klient sonst in ein Abhängigkeitsverhältnis kommt, das extrem demotivierende und destabilisierende Auswirkungen hat. Es ist ratsam, dass der Klient, um sein Interesse an einem Arbeitsfrieden zu bekunden, die Initiative übernimmt und mit diesen Vorschlägen an den Arbeitgeber herantritt.

Gefährdende Berufe

Es gibt Berufe, die für Suchterkrankte nicht geeignet sind. In der Werbebranche beispielsweise ist die Verfügbarkeit von Drogen sehr hoch. Klienten aus diesen Berufen verfügen oft über eine sehr hohe fachliche Kompetenz, die meistens über viele Jahre erworben wurde. Die persönliche Identifizierung mit der eigenen Arbeit ist überdurchschnittlich, die Nachfrage nach diesen Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt sehr groß. Alternative Berufsfelder für diese fachlichen Ressourcen sind kaum zu finden. Die Rückkehr in den Beruf stellt aber eine hohe Rückfallgefahr dar. Dieses Problem ist auch bei anderen Berufsfeldern wie medizinischen Berufen, Gastronomie oder Berufen im kulturell-künstlerischen Bereich kaum zu lösen. Altenpfleger haben freien Zugang zu Psychopharmaka aller Art. Köche können den Umgang mit Alkohol nicht vermeiden. Auch Berufe, in denen Ar-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

beitnehmer mit großen Geldsummen umgehen müssen, gefährden den Klienten: Zugkontrolleure, Kellner, Buchhalter. Im Zuge der beruflichen Wiedereingliederung muss sehr genau zwischen dem Zutrauen in die Selbststeuerung des Klienten und der Entscheidung für oft unattraktive Alternativen abgewogen werden. Einen Koch mit ehemals eigenem Restaurant wird man schwerlich zu einer Stelle in der Großküche eines Krankenhauses bewegen können. Trotzdem gibt es immer wieder Klienten, die die Notwendigkeit des Stellenwechsels einsehen und aufgrund ihrer Gesundheit in Kauf nehmen. Die Frage ist dann nur, wie destabilisierend die Unterforderung, die Frustration und die Selbstwerteinbuße sein werden.

Klienten, die die Klinik ohne Aussicht auf eine feste Tätigkeit verlassen, haben eine schlechte Prognose. Ihnen ist dringend eine Tätigkeit anzuraten, die die Monotonie des Alltags unterbricht: ein Praktikum, eine ehrenamtliche Tätigkeit, eine berufsfremde Anstellung, bis eine gewünschte Tätigkeit in Sicht ist.

Materielle Sicherheit und eine befriedigende Tätigkeit tragen wesentlich zur Stabilisierung und damit zur Überwindung der Suchterkrankung bei. Die Ergotherapeutin kann im Rahmen der therapeutischen Beziehung und durch die klientenzentrierte Grundhaltung mit dem Klienten differenzierte Lösungen für einen beruflichen Wiedereinstieg erarbeiten. Im Zuge dessen ist zu überlegen, wie eine ambulante Nachsorge ermöglicht werden kann. Sie kann z. B. von einer niedergelassenen Ergotherapeutin übernommen werden. Die ambulante ergotherapeutische Nachbehandlung muss in der Suchttherapie Standard werden, denn jede Wartezeit, jede „verordnete Untätigkeit“ bedeutet für Abhängigkeitserkrankte Instabilität und damit Rückfallgefahr.

5.5 Forensische Psychiatrie

Thomas Madsack

5.5.1 Einleitung

Die Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher im Rahmen des Maßregelvollzuges ist eine schwierige Aufgabe unseres Gesundheitssystems.

Sie stellt hohe persönliche und fachliche Anforderungen an alle Mitarbeiter in forensischen Kliniken. Bei der forensischen Klientel handelt es sich um psychisch Kranke mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen, die erhebliche rechtswidrige Straftaten begangen haben.

Aufgrund dieser Besonderheit ergibt sich ein schwieriger Doppelauftrag bei der Durchführung der Behandlung: maximale Sicherheit der Gesellschaft bei allen Resozialisierungsversuchen und gleichzeitig optimale individuelle Behandlung der Patienten.

Die vorherrschende therapeutische Handlungsmaxime, dass der Patient bei gebesserter psychiatrischer Symptomatik auf die Entlassung vorbereitet wird, greift in der Forensik nicht automatisch. Immer ist die Frage nach Rückfalldelinquenz im Hinblick auf die Gefährdung der Allgemeinheit, gerade und vor allem bei Gewaltdelikten wie Mord oder Vergewaltigung, von absoluter Bedeutung. Dies bedeutet, dass im Zweifelsfall der Schutz der Öffentlichkeit immer vorgeht.

Psychiatrischer Maßregelvollzug als freiheitsentziehende Maßnahme gemäß § 63 Strafgesetzbuch (StGB) „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“ diente in den ersten Jahrzehnten seiner Einführung ab 1933 vor allem der unbefristeten Verwahrung psychisch gestörter Rechtsbrecher. In den 80er-Jahren kam es zur Trennung zwischen der Allgemeinpsychiatrie und den forensischen Bereichen der Anstalten. Diese Entwicklung vollzog sich, u. a. bedingt durch die weitgehende Öffnung der Psychiatrie, mit einer sozialpsychiatrischen Orientierung. In der Nachfolge entstanden somit eigenständige forensische Abteilungen mit erhöhten Anforderungen an die Sicherheit. Häufig wurde allerdings gerade in den Anfangszeiten des Maßregelvollzuges versucht, schwierige Patienten, die zu Gewalthandlungen neigten, mittels Strafverfahren durch Gerichte aus psychiatrischen Krankenhäusern in forensische Abteilungen verlegen zu lassen.

Heutzutage hat sich die Forensik zu einer eigenständigen, hoch spezialisierten Disziplin weiterentwickelt, die sich von der Allgemeinpsychiatrie unterscheidet:

- Die Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie ist überwiegend freiwillig, die im psychiatrischen Maßregelvollzug ist eine freiheitsentziehende Zwangsmaßnahme.
- Die Patienten des Maßregelvollzugs haben neben der psychischen Störung in der Regel häufig lang andauernde dissoziale Entwicklungen, nicht selten mit massiver Aggressionsproblematik.
- Die durchschnittliche Verweildauer in der Allgemeinpsychiatrie beträgt etwa 30 Tage, die durchschnittliche Unterbringungszeit im Maßregelvollzug beträgt zwischen vier und sechs Jahren.
- Die Behandlung erfordert neben der psychiatrischen Fachkompetenz fundiertes Wissen im Hinblick auf die Wechselwirkung zwischen psychischer Störung und Delinquenzrisiko. Ein dauern-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

beitnehmer mit großen Geldsummen umgehen müssen, gefährden den Klienten: Zugkontrolleure, Kellner, Buchhalter. Im Zuge der beruflichen Wiedereingliederung muss sehr genau zwischen dem Zutrauen in die Selbststeuerung des Klienten und der Entscheidung für oft unattraktive Alternativen abgewogen werden. Einen Koch mit ehemals eigenem Restaurant wird man schwerlich zu einer Stelle in der Großküche eines Krankenhauses bewegen können. Trotzdem gibt es immer wieder Klienten, die die Notwendigkeit des Stellenwechsels einsehen und aufgrund ihrer Gesundheit in Kauf nehmen. Die Frage ist dann nur, wie destabilisierend die Unterforderung, die Frustration und die Selbstwerteinbuße sein werden.

Klienten, die die Klinik ohne Aussicht auf eine feste Tätigkeit verlassen, haben eine schlechte Prognose. Ihnen ist dringend eine Tätigkeit anzuraten, die die Monotonie des Alltags unterbricht: ein Praktikum, eine ehrenamtliche Tätigkeit, eine berufsfremde Anstellung, bis eine gewünschte Tätigkeit in Sicht ist.

Materielle Sicherheit und eine befriedigende Tätigkeit tragen wesentlich zur Stabilisierung und damit zur Überwindung der Suchterkrankung bei. Die Ergotherapeutin kann im Rahmen der therapeutischen Beziehung und durch die klientenzentrierte Grundhaltung mit dem Klienten differenzierte Lösungen für einen beruflichen Wiedereinstieg erarbeiten. Im Zuge dessen ist zu überlegen, wie eine ambulante Nachsorge ermöglicht werden kann. Sie kann z. B. von einer niedergelassenen Ergotherapeutin übernommen werden. Die ambulante ergotherapeutische Nachbehandlung muss in der Suchttherapie Standard werden, denn jede Wartezeit, jede „verordnete Untätigkeit“ bedeutet für Abhängigkeitserkrankte Instabilität und damit Rückfallgefahr.

5.5 Forensische Psychiatrie

Thomas Madsack

5.5.1 Einleitung

Die Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher im Rahmen des Maßregelvollzuges ist eine schwierige Aufgabe unseres Gesundheitssystems.

Sie stellt hohe persönliche und fachliche Anforderungen an alle Mitarbeiter in forensischen Kliniken. Bei der forensischen Klientel handelt es sich um psychisch Kranke mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen, die erhebliche rechtswidrige Straftaten begangen haben.

Aufgrund dieser Besonderheit ergibt sich ein schwieriger Doppelauftrag bei der Durchführung der Behandlung: maximale Sicherheit der Gesellschaft bei allen Resozialisierungsversuchen und gleichzeitig optimale individuelle Behandlung der Patienten.

Die vorherrschende therapeutische Handlungsmaxime, dass der Patient bei gebesserter psychiatrischer Symptomatik auf die Entlassung vorbereitet wird, greift in der Forensik nicht automatisch. Immer ist die Frage nach Rückfalldelinquenz im Hinblick auf die Gefährdung der Allgemeinheit, gerade und vor allem bei Gewaltdelikten wie Mord oder Vergewaltigung, von absoluter Bedeutung. Dies bedeutet, dass im Zweifelsfall der Schutz der Öffentlichkeit immer vorgeht.

Psychiatrischer Maßregelvollzug als freiheitsentziehende Maßnahme gemäß § 63 Strafgesetzbuch (StGB) „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“ diente in den ersten Jahrzehnten seiner Einführung ab 1933 vor allem der unbefristeten Verwahrung psychisch gestörter Rechtsbrecher. In den 80er-Jahren kam es zur Trennung zwischen der Allgemeinpsychiatrie und den forensischen Bereichen der Anstalten. Diese Entwicklung vollzog sich, u. a. bedingt durch die weitgehende Öffnung der Psychiatrie, mit einer sozialpsychiatrischen Orientierung. In der Nachfolge entstanden somit eigenständige forensische Abteilungen mit erhöhten Anforderungen an die Sicherheit. Häufig wurde allerdings gerade in den Anfangszeiten des Maßregelvollzuges versucht, schwierige Patienten, die zu Gewalthandlungen neigten, mittels Strafverfahren durch Gerichte aus psychiatrischen Krankenhäusern in forensische Abteilungen verlegen zu lassen.

Heutzutage hat sich die Forensik zu einer eigenständigen, hoch spezialisierten Disziplin weiterentwickelt, die sich von der Allgemeinpsychiatrie unterscheidet:

- Die Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie ist überwiegend freiwillig, die im psychiatrischen Maßregelvollzug ist eine freiheitsentziehende Zwangsmaßnahme.
- Die Patienten des Maßregelvollzugs haben neben der psychischen Störung in der Regel häufig lang andauernde dissoziale Entwicklungen, nicht selten mit massiver Aggressionsproblematik.
- Die durchschnittliche Verweildauer in der Allgemeinpsychiatrie beträgt etwa 30 Tage, die durchschnittliche Unterbringungszeit im Maßregelvollzug beträgt zwischen vier und sechs Jahren.
- Die Behandlung erfordert neben der psychiatrischen Fachkompetenz fundiertes Wissen im Hinblick auf die Wechselwirkung zwischen psychischer Störung und Delinquenzrisiko. Ein dauern-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

der Abgleich von psychischer Verfassung und aktueller Gefährlichkeit muss sichergestellt sein.
- Die Beurteilung von Ausgang, schrittweisen Lockerungen sowie letztlich die Entlassbarkeit unterliegen anderen Kriterien als in der Allgemeinpsychiatrie.

Im Hinblick auf die kriminogenen Faktoren, wie Sozialisationsdefizite, Mangel an Empathie und antisoziale Einstellungen, gleicht die forensische Klientel eher den Charakteristika der Insassen von Justizvollzugsanstalten (überwiegend männliches Geschlecht, niedrige Sozialschicht, Vordelinquenz, Substanzmissbrauch).

Abgeleitet von dieser Tatsache ergibt sich, dass sich Therapieansätze sowie Prognoseschemata mehr an kriminaltherapeutischen Konzepten und Erkenntnissen denn an rein psychiatrischen Modellen orientieren.

Bereits 1988 hat Leygraf die Ähnlichkeit soziodemografischer Daten zwischen der Population der Maßregelklientel und der Population des Strafvollzuges nachweisen können. Er fand heraus, dass Patienten des Maßregelvollzuges, deren Erkrankungsbeginn sich eindeutig festlegen ließ, in ca. 50% der Fälle bereits vor Beginn der Erkrankung delinquent geworden waren. Eine Arbeitsgruppe um Grant Harris (Harris et al. 1993) konnte belegen, dass abgesehen vom Merkmal „floride paranoide Symptomatik" für psychisch kranke Rechtsbrecher die gleichen Prognosemerkmale relevant sind wie für Gesunde.

Vielversprechend sind auf der Basis des derzeitigen empirischen Wissens (McGuire 1995) pragmatische multimodale Behandlungsansätze, die in einem verhaltenstherapeutischen und milieutherapeutischen Rahmen eingebettet sind und von einem gut trainierten und motivierten Team ausgeführt werden (Lösel 1996).

Müller-Isberner et al. (1998) betonen, dass berechenbares Vorgehen, klare, eindeutige Grenzziehung und Interventionen bei Verhaltensentgleisungen Grundmaxime der Behandlung sind.

Die Therapie muss auf die (Lern-)Fähigkeiten der Täter ausgerichtet sein, auf ihre kognitive Struktur und auf ihre Lebensgewohnheiten. Gerade dieser Punkt indiziert die Überlegenheit strukturierter und verhaltenstherapeutischer Verfahren (Eucker 1998).

Auch bei der Prognosestellung zur Vorhersage von Gewalttaten wurden neue Wege beschritten. Auf der Basis des Wissens des letzten Jahrzehnts hat eine Arbeitsgruppe um Christopher D. Webster das HCR-20-Schema (*H*istorical, *C*linical and *R*isk Management) vorgelegt, eine Checkliste zur Abschätzung des Risikos zukünftiger Gewalttätigkeiten psychisch Gestörter (Webster u. Eaves 1995). Im HCR-20 wird eine Kombination anamnestischer, klinischer und prospektiver Prädiktoren erfasst. Diese empirisch belegten Erkenntnisse über die Forensik wurden in den letzten Jahren gesammelt und sukzessive von der überwiegenden Mehrheit aller forensischen Einrichtungen benutzt.

Nachfolgend ist Zahlenmaterial zusammengestellt, um das forensische Spektrum in seiner Gesamtheit zu beleuchten.

Die Gesamtzahl der forensischen Patienten in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2000 belief sich auf etwa 5.050 Menschen nach § 63 StGB und 1940 nach § 64 StGB, zusammen also knapp 7.000 Personen. Hinzu kommen noch 600 Menschen, die nach § 126a StPO vorläufig untergebracht sind.

An dieser Stelle erscheint es sinnvoll anzumerken, dass es auch Jahre nach der Wiedervereinigung deutliche zahlenmäßige Unterschiede zwischen den alten (4.366 Plätze für nach § 63 StGB und 1.640 Plätze für nach § 64 StGB Untergebrachte) und den neuen Bundesländern (686 Plätze für nach § 63 StGB und 297 Plätze für nach § 64 StGB Untergebrachte) gibt (Kröber 2001). Diese Unterschiede finden u. a. ihre Begründung darin, dass der Maßregelvollzug in den neuen Bundesländern erst seit 1991 aufgebaut wird.

Der Anteil ausländischer Patienten liegt bei ca. 26%. Die größte Gruppe mit fast 30% sind Türken (Kröber 2001). 57,7% des forensischen Klientel haben keinen Hauptschulabschluss, 75,6% der Untergebrachten haben keine abgeschlossene Berufsausbildung (Leygraf 1988).

Die Kapazitätsprobleme und die entstehenden Kosten, beide in der Zuständigkeit der Bundesländer, gehören in fast allen forensischen Einrichtungen zu den derzeit gravierendsten Problemen. In fast allen Bundesländern sind die Einrichtungen massiv überbelegt. Neue Standorte sind politisch nur schwer durchsetzbar, weil es fast immer massive Widerstände in der Öffentlichkeit gibt. Bauliche Erweiterungen an den bereits vorhandenen Standorten sind, u. a. aufgrund der besonderen Sicherheitsstandards, selten zeitnah umzusetzen. Von der ersten Planung bis zur Inbetriebnahme vergehen bei Neubauten über alle politischen, fachlichen, sicherheitstechnischen sowie sonstigen an der Entscheidung zu beteiligenden gesellschaftlichen Gruppen nur selten weniger als fünf bis zehn Jahre. Nichtsdestoweniger steigt die Zahl der forensisch Untergebrachten ständig. Dies bedeutet, dass sich die Arbeitsbelastung für das Personal für einen nicht absehbaren Zeitraum deutlich erhöhen wird.

Die Belegungszahlen des hessischen Maßregelvollzugs für den Zeitraum von 1980 bis 2000 zeigen vor

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

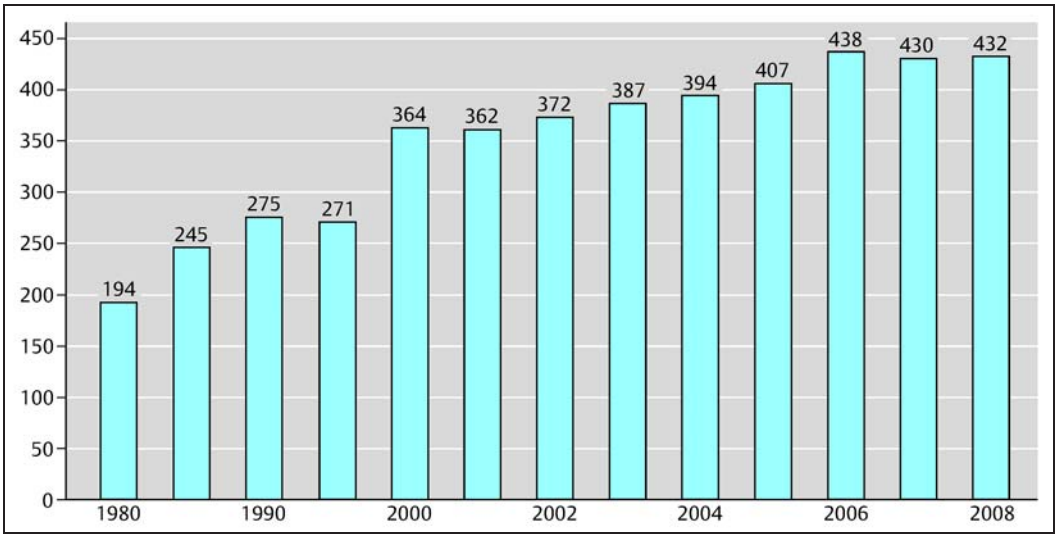

Abb. 5.20 Belegungsentwicklung der Klinik für forensische Psychiatrie Haina von 1980–2008.

allem in den Jahren von 1995 bis 2000 einen überdauernden kontinuierlichen Anstieg **(Abb. 5.20)**. Dieser Anstieg hat sich auch in den letzten Jahren fortgesetzt. Im Jahr 2006 betrug der Mittelwert der Monatsbestände 438 Patienten.

Die weitere Entwicklung ist nur bedingt prognostizierbar. Mögliche Einflussfaktoren wie rechtspolitische Veränderungen, z. B. die Strafrechtsreform von 1997, hängen u. a. von Zwischenfällen im Maßregelvollzug, der darauffolgenden öffentlichen Resonanz und den mittelbar davon abhängigen politischen Entscheidungen ab. Kurzfristige und mittelfristige politische Reaktionen können zu veränderten Rahmenbedingungen führen. Längere Verweildauern oder restriktivere Einweisungsmodalitäten könnten mögliche Konsequenzen sein. Aktuell führt eine Ergänzung des § 126a StPO zu etwas Entspannung der Belegungssituation. Sie schreibt eine verpflichtende Überprüfung des Oberlandesgerichtes (OLG) vor, nach der der Vollzug der Untersuchungshaft bei ein und derselben Tat nur sechs Monate dauern kann, wenn die besondere Schwierigkeit oder der besondere Umfang der Ermittlungen oder ein anderer gewichtiger Grund das Urteil noch nicht zulassen und die Fortdauer der Haft rechtfertigen. Vor der Ergänzung fand keine Haftprüfung durch das OLG statt. Jetzt müssen Untergebrachte, bei denen dieser Sachverhalt nicht vorliegt, ggf. von einem auf den anderen Tag entlassen werden.

Weitere negative Begleiterscheinungen der Überbelegung sind räumliche Enge und dadurch erhöhte verbale und auch körperliche Aggressionsbereitschaft innerhalb der forensischen Klientel. Verlegungen innerhalb der Institutionen können häufig nicht nach sinnvollen therapeutischen Indikationen erfolgen (z. B. Sexualstraftäter auf die entsprechende Spezialstation), sondern unterliegen dem pragmatischen Zwang, alle Betten der Stationen belegen zu müssen. Mit diesen organisationstechnisch bedingten Verlegungen kann es zu einer Durchmischung der unterschiedlichen Klientelgruppen kommen.

Spezialstationen (z. B. Stationen für Minderbegabte oder für Persönlichkeitsgestörte), die mit speziellen Behandlungsprogrammen und entsprechend geschultem Personal ausgestattet sind, verlieren dadurch an Effizienz. Aufnahmestopp bei Überbelegung kennt die Forensik aufgrund gesetzlicher Rahmenbestimmungen nicht. Es besteht eine Aufnahmepflicht.

In den letzten zwei bis drei Jahren hat sich das Problem der Überbelegung durch Kapazitätsvergrößerungen in NRW, Rheinland-Pfalz und in Hessen gebessert, eine generelle Lösung der strukturellen Probleme ist im Bundesdurchschnitt jedoch nach wie vor noch nicht zufriedenstellend erkennbar.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5.5.2 Rechtliche Grundlagen

Strafprozessordnungen (StPO)

Personen, die einer Straftat verdächtig sind, können unter bestimmten Voraussetzungen durch Gerichtsbeschluss gemäß der Strafprozessordnung vorläufig untergebracht werden. Geregelt wird dies in §§ 81 und 126a StPO.

! § 126a StPO (*Einstweilige Unterbringung*) lautet: „Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Erziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert."

In der Regel stützt sich diese gerichtliche Unterbringung auf ein vorläufiges psychiatrisches Gutachten bzw. eine fachärztliche psychiatrische Untersuchung.

! § 81 StPO (*Unterbringung zur Begutachtung des Beschuldigten*): „Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den psychischen Zustand des Beschuldigten kann das Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen und des Verteidigers anordnen, dass der Beschuldigte in ein öffentliches psychiatrisches Krankenhaus gebracht und dort beobachtet wird."

Strafgesetzbuch (StGB)

In den Maßregelvollzugseinrichtungen befinden sich außer den nach Strafprozessordnung vorläufig untergebrachten Tatverdächtigten nur solche Personen, die von den Gerichten gemäß §§ 63 und 64 StGB bzw. § 7 Jugendgerichtsgesetz (JGG) eingewiesen worden sind. Dabei betrifft § 64 StGB Personen, die substanzabhängig (z. B. Alkohol und Drogen) und deshalb für die Allgemeinheit gefährlich sind, während § 63 StGB die Unterbringung derjenigen Personen im Maßregelvollzug regelt, die infolge ihres geistigen oder seelischen Zustandes für die Allgemeinheit gefährlich sind und eine entsprechende rechtswidrige Tat begangen haben.

§ 7 Jugendgerichtsgesetz (JGG) regelt, dass auch Angeklagte, auf die das Jugendstrafrecht angewandt wird, zu bestimmten Maßregeln der Besserung und Sicherung verurteilt werden können, insbesondere zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt.

! § 63 StGB lautet wie folgt: „Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist."

Die Unterbringung nach § 63 setzt also voraus, dass es sich um eine länger andauernde Geisteskrankheit oder psychische Störung handelt, weil von diesem Zustand eine Gefährdung für die Allgemeinheit ausgeht. Eine Zwangsunterbringung ist nur bei erheblichen Störungen möglich. Infrage kommen vor allem schizophrene Erkrankungen und erhebliche Persönlichkeitsstörungen. Die Unterbringung gemäß § 63 StGB ist zeitlich nicht begrenzt. Die zuständige Strafvollstreckungskammer hat jeweils nach Ablauf eines Jahres zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Unterbringung weiterhin bestehen (§ 67e Abs. 2 StGB).

! § 64 StGB lautet: „Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird."

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt beträgt zwei Jahre, kann jedoch erheblich verlängert werden. In der Praxis hat sich ein Zeitraum von maximal vier Jahren herausgebildet.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

§ 67 StGB (Dauer der Unterbringung): Der § 67 d StGB Abs. 2 ist von besonderer Bedeutung: „Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein."

Strafvollzugsgesetz (StVollzG)

Das Strafvollzugsgesetz vom 16. 3. 1976 gilt – mit Einschränkungen – auch für die Patienten des Maßregelvollzuges. Die §§ 136–138 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) sehen vor, dass sich die Behandlung des in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt Untergebrachten nach ärztlichen Gesichtspunkten richtet. Er soll geheilt oder sein Zustand gebessert werden.

Maßregelvollzugsgesetz (MRVG)

Das Maßregelvollzugsgesetz regelt den institutionellen Umgang mit Rechtsbrechern auf Länderebene, die nach §§ 63 und 64 StGB verurteilt wurden.

Alle Länder haben gesetzliche Regelungen für den Maßregelvollzug. Anzumerken ist, dass acht Bundesländer den Maßregelvollzug zusammen mit der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in ihren jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetzen geregelt haben. Die anderen haben jeweils eigenständige Maßregelvollzugsgesetze verabschiedet (Volckart 1997).

Im derzeit aktuellen hessischen Maßregelvollzugsgesetz (Hess. MRVG) vom 25. 5. 1983 ist z. B. unter § 8 Abs. 3 (Behandlung zur Erreichung des Vollzugszieles) neben medikamentöser Behandlung, Psychotherapie, soziotherapeutischer Behandlung, heilpädagogischer Förderung, physikalischer Therapie, Sport- und Bewegungstherapie auch die Ergotherapie als Behandlungsmaßnahme verankert.

§ 8 Abs. 5 sagt aus, dass der Patient verpflichtet ist, an den angeordneten Behandlungsmaßnahmen teilzunehmen. Namentlich erwähnt ist die Medikamenteneinnahme. Die gleiche Verpflichtung gilt aber auch für die Ergotherapie.

Strafrechtsreform

Der Bundestag hat im November 1997 das „6. Gesetz zur Reform des Strafrechtes" und das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten" beschlossen. Der Bundesrat hat sie am 19. 12. 1997 gebilligt. Das Gesetz trat am 28. 1. 1998 in Kraft. Wesentlich für den Maßregelvollzug hierbei war u. a., dass die „Erprobungsklausel" durch die „Erwartungsklausel" ersetzt wurde. Die Entlassung soll nach neuer Fassung erfolgen, „wenn erwartet werden kann, dass der Untergebrachte keine Straftaten mehr begeht". In der alten Fassung lautete dieser Passus: wenn „verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte keine Straftaten mehr begeht".

Bedeutung rechtlicher Grundlagen

Gerade diese letzte Gesetzesänderung ist von immenser Bedeutung für alle behandelnden Gruppen. Eine völlige Sicherheit, dass der behandelte Mensch in Zukunft keine Straftat mehr begehen wird, kann es nicht geben. Diese absolute Sicherheit, die erwartet wird, kann trotz professionellster therapeutischer Arbeit und unter Nutzung der besten derzeit bekannten Prognoseinstrumente niemand in allen Fällen bedingungslos zusichern. Doch diese Fähigkeit der absolut sicheren verlässlichen und positiven Kriminalprognose wird politisch und auch in der Öffentlichkeit von den in der Forensik Tätigen erwartet. Denn sie liefern die Informationen, auf deren Grundlage die Strafvollstreckungskammern im Regelfall über eine Fortdauer der Unterbringung entscheiden.

Gleichzeitig werden, aus Sicht der Untergebrachten, auf der Grundlage von politischen Definitionen (Erprobungs-, Erwartungsklausel) vermutlich längere Verweildauern anstehen. Dieser neue juristische Sachverhalt fordert von den Untergebrachten Empathie und erhöhte Einsichtsfähigkeit sowie einen, wenn auch nur temporären Betrachtungswechsel „ihres Falles" zugunsten der Gesellschaft bzw. der betroffenen Opfer.

Gerade diese Fähigkeiten jedoch sind z. B. bei Persönlichkeitsgestörten häufig deutlich unterrepräsentiert. Als Folgen könnten sich Desillusionierung im Hinblick auf Entlassung, verbunden mit Gefühlen der Sinnlosigkeit bei der therapeutischen Arbeit, einstellen. Die Gefahr intramuraler Zwischenfälle wächst (z. B. körperliche Angriffe auf Mitarbeiter oder Geiselnahmen, um den Weg in die Freiheit zu erzwingen).

Dass es auf der Grundlage dieser Ereignis- und Reaktionsketten in der ergotherapeutischen Behand-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

lungssituation mit bestimmten Patienten zu angespannten Situationen kommen kann, die die Arbeitsatmosphäre belasten, erklärt sich von selbst.

Die Arbeitssituation im Maßregelvollzug ist auch für Ergotherapeuten von einem häufig fast unüberbrückbar erscheinenden Zusammenwirken von rechtlichen Grundlagen, therapeutischen Erfordernissen und Sicherheitsaufgaben bestimmt. Darüber hinaus können sich Emotionen wie mulmige Gefühle, Verunsicherung bis hin zu eventuellen Angstgefühlen einstellen.

5.5.3 Forensische Klientel

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über Diagnose-, Delikt- und Geschlechterverteilung in der Forensik. Die Daten, die den Abbildungen zugrunde liegen, wurden in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina in Hessen erhoben. Sie können als durchaus repräsentativ für die Bundesrepublik angesehen werden.

Diagnoseverteilung

Die psychiatrischen Diagnosen **(Abb. 5.21)** im Maßregelvollzug sind hauptsächlich:

- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (nach ICD-10: F20).
- Erkrankungen aus der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10: F60.0–F60.9) mit und ohne Intelligenzminderung.
- Unabhängig von der primären Diagnose liegt als Zweitdiagnose häufig eine Suchtproblematik vor.

Gretenkord (2001) hat in einer Untersuchungsgruppe im Vollzug nach § 63 von 196 Probanden bei 44% einen Alkoholabusus festgestellt. Dabei ist exzessiver Alkoholkonsum ebenso wie durch Alkohol bedingte Probleme (z. B. Verkehrsdelikte, Arbeitsplatzverlust, Beziehungsverlust) in das Rating eingeflossen. Drogenabusus durch Heroin, Kokain, LSD oder Cannabis lag bei 7,7% der Probanden vor. Medikamentenabusus in Form von Tranquilizern, Aufputsch-, Schlaf- und Schmerzmitteln wurde bei 7,4% der Probanden festgestellt.

Die nach § 64 StGB Untergebrachten teilen sich hinsichtlich der Art der Suchtmittel in rund 70% Drogenabhängige und 30% Alkoholabhängige auf (Kröber 2001).

Diese Zahlen verdeutlichen erneut, dass die therapeutische Arbeit über ein breitgefächertes Konfliktfeld verteilt ist und sich die Behandler mit multiplen Problemen auseinandersetzen müssen.

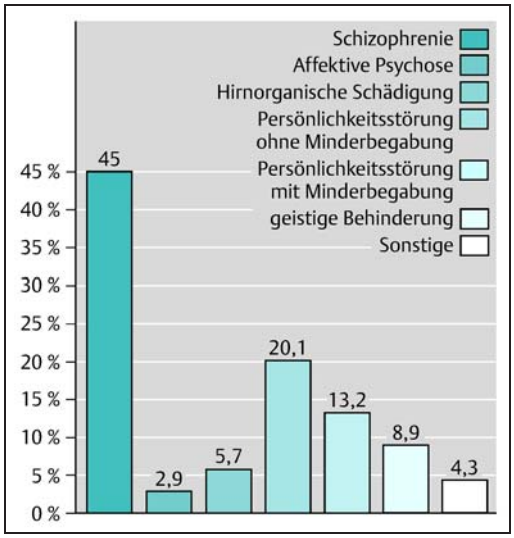

Abb. 5.21 Diagnoseverteilung in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina.

In den letzten Jahren ist ein Anstieg der eingewiesenen Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis zu beobachten. Bei der Stichtagsuntersuchung der Klinik für forensische Psychiatrie Haina im Jahr 2007 stellte sich dies folgendermaßen dar: ein Plus von knapp 6% bei schizophren Erkrankten sowie ein Minus von ca. 10% bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ohne Minderbegabung (ZSP Haina 2007). Bisher hat sich jedoch aufgrund dieser veränderten Verteilung der Einweisungsdiagnosen kein zwingend relevanter Handlungsbedarf für das ergotherapeutische Angebot ergeben. Eine ausschließliche ergotherapeutische Behandlung z. B. schizophren erkrankter Patienten kommt selten vor. In der Regel sind die Gruppenzusammensetzungen in der ergotherapeutischen Behandlung sowohl von der Delikt- als auch von der Diagnosezusammensetzung heterogen.

Deliktverteilung

Drei Viertel der Patienten im Maßregelvollzug sind wegen schwerer Straftaten untergebracht: schwere Körperverletzung, Sexualdelikte, Tötung **(Abb. 5.22).** Der Anteil schwerster Straftaten ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen: von 70% in 1986 auf 80% in 1991 und 92% in 1999/2000. Die bereits erwähnte Stichtagsuntersuchung in der Klinik für fo-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

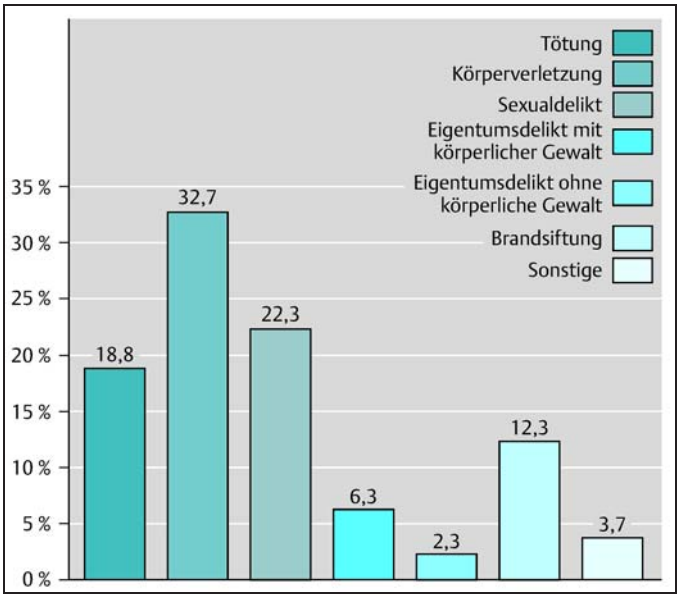

Abb. 5.22 Deliktverteilung in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina.

rensische Psychiatrie Haina ergab eine Abnahme von Tötungsdelikten sowie eine Zunahme von Körperverletzungsdelikten (ZSP Haina 2007).

Diese Entwicklung bedeutet für die ergotherapeutische Arbeit eine deutlich gestiegene psychische Belastung. Wenn man es noch vor zehn Jahren häufiger „nur" mit psychisch kranken Brandstiftern oder Einbrechern zu tun hatte, arbeitet man heute deliktfokussiert überwiegend mit Menschen, die im Bereich der Schwerstkriminalität anzusiedeln sind.

Der emotionale alltägliche Umgang mit Patienten, die nur „harmlose Einbrecher" oder Brandstifter sind, wird in der Regel abseits der psychiatrischen Diagnose von Behandlern als weniger belastend erlebt. Ein Einbruch während einer psychotischen Phase mit einem materiellen Schaden von ca. 5.000 Euro ohne Personenschaden scheint emotional nachvollziehbarer als die Tötung eines Menschen mit mehreren Messerstichen durch einen Täter mit einer schweren Persönlichkeitsstörung, die von Jähzornausbrüchen sowie narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitszügen geprägt ist.

Geschlechterverteilung

Die Geschlechterverteilung ist eindeutig **(Abb. 5.23)**. Der weit überwiegende Teil der forensischen Klientel ist männlich. Auch in sämtlichen Kriminalstatistiken findet sich ein signifikantes Überwiegen der männlichen Straftäter gegenüber den weiblichen (Gipser 1981). In den letzten Jahren ist der Frauenanteil in Haina minimal gestiegen von 6,5% auf 8,7% im Jahr 2007 (ZSP Haina 2007).

Eine geschlechtsspezifische ergotherapeutische Behandlung findet in seltenen Fällen statt. Ausschließliche Angebote für Frauen, wie z. B. das Anfertigen von Seidentüchern im Rahmen einer kompetenz- und interaktionellen Projektarbeit oder einer Frauenkleingruppe im Rahmen der industriellen Fertigung, sind eher Ausnahmen. Diese Angebote werden von Patientinnen allerdings auch selten nachgefragt. Nichtsdestotrotz besteht die Möglichkeit der ausschließlichen Behandlung von Frauen in separaten Räumlichkeiten. Durch vorstrukturierte Tisch- und Regalanordnung (z. B. bei Verpackungstätigkeiten im Rahmen der industriellen Fertigung) können Angebote für Frauen vorgehalten werden, die Probleme in der Zusammenarbeit mit männlichen Mitpatienten haben.

Forensischer Alltag

Im Folgenden wird exemplarisch ein typischer Tagesverlauf dargestellt. Die Patienten stehen im Regelfall zwischen 7.00 und 8.00 Uhr auf, frühstücken und nehmen dann an unterschiedlichen Maßnahmen (z. B. Morgenrunden, Ergotherapie, Einzelgespräche, spezielle forensische Gesprächsgruppen, Schule, Sport, Sozialtraining) teil.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Um 11.30 Uhr ist die Ausgabe von Medikamenten und Mittagessen, anschließend bis 13.00 Uhr Mittagsruhe. Von 13.30 bis 16.00 Uhr finden inhaltlich die gleichen Angebote wie vormittags statt. Von 16.00 bis 17.00 Uhr ist gemeinsamer Hofgang. Um 18.00 Uhr folgt das Abendessen. Die Zeit von 18.00 bis 22.00 Uhr steht in der Regel zur freien Verfügung, d. h., jeder Patient kann auf seinem Zimmer bzw. in den Gemeinschaftsräumen seiner Station seinen Interessen bzw. Hobbys nachgehen (z. B. Tischfußball spielen, fernsehen, Billard spielen, lesen). Ab 22.00 Uhr ist Nachtruhe.

Außenaktivitäten im Rahmen von sozialtherapeutischen Maßnahmen wie Parkausgang, Kinobesuche etc. sind ohne Begleitung des therapeutischen Personals nur möglich, wenn gemäß Stufenplan die dafür notwendige Stufe vorhanden ist. Wenn der Patient in der entsprechenden Lockerungsstufe ist, können Einkäufe eigenständig durchgeführt werden. Für Patienten mit einer niedrigen Stufe wird einmal wöchentlich ein Einkaufsangebot in der Klinik angeboten.

Gekauft werden darf alles, solange das Geld reicht, die Sicherheit der Mitarbeiter und des Hauses nicht gefährdet wird sowie der Platzbedarf für die gekauften Dinge einen definierten Raum nicht überschreitet. Alkohol und gefährliche Gegenstände (z. B. Messer) sowie die Therapie negativ beeinflussende Dinge (z. B. Gewaltvideos) sind nicht gestattet.

Die finanziellen Mittel, die benötigt werden, um die getätigten Einkäufe zu bezahlen, stammen aus der jedem Patienten zustehenden Sozialhilfe sowie der erzielten Arbeitsbelohnung der Arbeitstherapie. Der Geldbetrag liegt monatlich etwa zwischen 100 und 150 Euro pro Patient.

Die Unterbringung der Patienten auf den Stationen findet in der Regel in Ein- und Zweibettzimmern statt. Fast alle Stationen verfügen über Gemeinschaftsräume und eine kleine Küche, die teilweise von Patienten auch eigenständig genutzt werden dürfen.

Lediglich auf der Aufnahmestation gibt es größere Zimmer mit bis zu maximal fünf Patienten. Auf dieser Station steht deutlich weniger individueller Raum zur Verfügung als auf den übrigen Stationen. Die Ausstattung der Zimmer umfasst üblicherweise Bett, Tisch, Schrank sowie Stühle.

Persönliche Dinge dürfen in begrenztem Umfang in den Zimmern aufbewahrt werden. Die meisten Stationen verfügen zusätzlich über speziell gesicherte Einzelzimmer mit der Möglichkeit der Bettfixierung. Diese Räume kommen lediglich im Bedarfsfall bei Fremd- bzw. Autoaggression zum Einsatz.

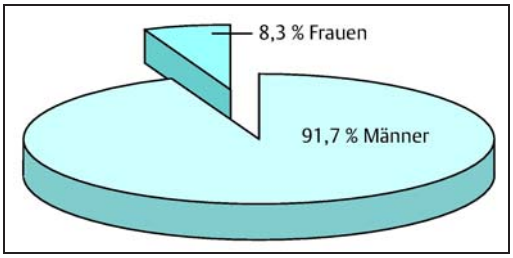

Abb. 5.23 Geschlechterverteilung in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina.

Angehörigenbesuche bzw. Besuche von Bekannten und Freunden sind zu definierten Zeiten möglich und finden in speziellen Besucherräumen statt. Die Zuweisung der Patienten zu den Stationen **(Abb. 5.24)** wird im Regelfall bestimmt durch die Einschätzung der aktuellen Fluchtgefahr, da die Stationen unterschiedliche Standards bezüglich ihrer Außensicherung haben. Weitere Zuweisungsmerkmale sind die psychiatrische Diagnose und das Geschlecht.

5.5.4 Forensische Besonderheiten

Stufen und Lockerungen

Nach vorherrschender Rechtsmeinung (Volckart 1997, Pollhäne 1994) hat ein Maßregelvollzugspatient einen Anspruch auf Vollzugslockerungen, wenn diese einerseits dem Behandlungsprozess förderlich und andererseits mit dem Sicherheitsauftrag des Maßregelvollzugsgesetzes vereinbar sind gemäß der Auftragsdefinition der Besserung und Sicherung. In der Regel hat die überwiegende Anzahl von Maßregelvollzugseinrichtungen Lockerungsstufensysteme entwickelt, die den Patienten stufenweise (unter ständiger Überprüfung seines Verhaltens bezogen auf deliktspezifisch bekannte Auffälligkeiten) freiheitsvermehrende Aktivitäten ermöglichen.

Bedeutung und Einsatz von Stufenplänen

Die Teilnahme an speziellen ergotherapeutischen Maßnahmen ist klar an Stufen gekoppelt **(Abb. 5.25)**. Grundsätzlich wird unterschieden zwischen ergotherapeutischen Angeboten in hoch gesicherten, gesicherten, halboffenen und offenen Bereichen. Dies bedeutet, dass Patienten mit niedrigen Stufen nicht an allen angebotenen ergotherapeutischen Maßnahmen oder Freizeitaktivitäten teilnehmen können,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Standort Haina		
G 2.1	Aufnahme Männer	gesichert
G 2.3	Gesicherte Behandlung	gesichert
G 2.4	Sozialtherapie	gesichert
G 2.2	Überwiegend schizophrene Psychosen, Langzeitbehandlung	geschlossen
G 9.1	Schizophren erkrankte und persönlichkeitsgestörte Patienten	geschlossen
G 9.2	Suchtbehandlung bei Psychosen und Persönlichkeitsstörungen	geschlossen
G 1.3	Behandlung schizophrener Psychosen	geschlossen
G 6.1	Längerfristige Unterbringung (alle Diagnosegruppen)	geschlossen
G 6.2	Längerfristige Unterbringung (alle Diagnosegruppen)	geschlossen
G 1.2	Aufnahme Frauen, gemischtgeschlechtliche Therapiestation, DBT	geschlossen
G 1.1	Chronifizierte Psychosen	geschlossen
G 5.0	Tagesklinik: Intensivtherapie, überstationär	offen
G 7.7	Rehabilitation	offen
G 7.0	Kriminaltherapie auf dem Bauernhof	offen
G 6.0	Erprobung ländlich	offen
landesweite forensische Fachambulanz „nördlicher" Einzugsbereich		

Standort Gießen		
G 7.3	Langzeitstation für ältere schizophrene und hirnorganische Patienten	hochgesichert
G 7.4	Krisenintervention, gesicherte Unterbringung	hochgesichert
G 7.5	Schizophrene Patienten mit hohem Agressionspotiental	hochgesichert
G 7.6	Persönlichkeitsgestörte Patienten	hochgesichert
G 3.0	Gesicherte Unterbringung	hochgesichert
G 13.1	Heilpädagogik (höher gesichert)	hochgesichert
G 13.2	Heilpädagogik (weniger gesichert)	geschlossen
G 7.1	Psychotherapie (persönlichkeitsgestörte Sexualdelinquenz)	geschlossen
G 7.2	Halboffene Rehabilitationsstation im städtischen Bereich	offen
landesweite forensische Fachambulanz „südlicher" Einzugsbereich		

Abb. 5.24 Stationsverteilung der Klinik für forensische Psychiatrie Haina.

wenn dieses Angebot nicht Bestandteil der aktuellen Stufe des jeweiligen Patienten ist. Dies gilt auch dann, wenn ein spezielles ergotherapeutisches Angebot gerade für diesen Patienten indiziert scheint. Erst wenn die Lockerungsstufe erreicht ist, kann die entsprechende Maßnahme wahrgenommen werden. Konkret heißt das, dass Patienten mit höheren Lockerungsstufen z. B.:

- im Rahmen der Schreinerei in der Arbeitstherapie auch mit auf Montage gehen können, um gefertigtes Mobiliar aufzubauen bzw. anzupassen oder
- freieren Zugang zu Werkzeugen und Maschinen haben
- die Möglichkeit bekommen, in offenen Werkgruppen kreativ und handwerklich zu arbeiten, um sich als Vorbereitung auf die Entlassung ein Hobby zu suchen oder einfache Einrichtungsgegenstände (z. B. Lampenschirme, Bilderrahmen) herzustellen
- kulturelle Veranstaltungen in Städten besuchen dürfen.

Häufig ist die Aufgabenverteilung in forensischen Kliniken so gestaltet, dass sozialtherapeutische Aktivitäten überwiegend vom Pflegedienst übernommen werden.

Sicherheitsmaßnahmen

Höhere Lockerungsstufen sind entsprechend auch im Rahmen der Ergotherapie z. B. mit freierem Zugang zu Werkzeugen verbunden, die unter Umständen als Waffen oder Ausbruchswerkzeuge genutzt werden könnten. Dieses Mehr an Möglichkeiten bedarf der Kontrolle. Auch die Ergotherapie ist von der Sicherheitsaufgabe betroffen.

Mehrfach in der Woche, an jeweils wechselnden Wochentagen, müssen die Patienten durch Detektorschleusen gehen. Die Schleusen haben die Funktion, Metallgegenstände zu orten und diese durch Signale anzuzeigen. Gegebenenfalls muss der Patient bei Sig-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Stufenplan Forensik Haina			
Stufe	Lockerung	Beschäftigung	Aktivitäten
1	Besuch Hofgang mit Aufsicht Garten G 1, G 6.1 und G 6.2 mit Aufsicht	Stationsküche, Hausarbeit, industrielle Fertigung 1 & 2 & 3, ET-Eingangsbereich, Schule	Freizeitkeller G1 & G2 Altbau mit Aufsicht Sport (G2a, Hof G2) mit Aufsicht
2a	Hofgang ohne Aufsicht (Hof G2) Ausgang mit Aufsicht ZSP Gelände (1:1; ununterbrochener Sichtkontakt)	Schreinerei und Malerei im gesicherten Bereich	Cafeteria, Bücherei & direkter Weg zum Wäschereibereich/Hauptgebäude KfPP (1:1)
2b	Ausgang mit Aufsicht ZSP Gelände (1:3; ununterbrochener Sichtkontakt)	Schreinerei und Malerei ZSP Gelände (1:3)	Cafeteria, Bücherei & direkter Weg zum Wäschereibereich/Hauptgebäude KfPP (1:3; ununterbrochener Sichtkontakt) Sport ZSP Gelände
3	Garten G 1, G 6.1 und G 6.2 ohne Aufsicht Ausgang mit Aufsicht in und außerhalb Haina (1:3) Ausgang mit Besuch (Park-, Cafeteria- und Ortsausgang Haina, Tagesausflüge außerhalb Hainas)	Gärtnerei, Hin- und Rückweg unter Aufsicht	Aktivitäten außerhalb der Klinik und Rundwanderweg „Stamford'scher Garten" unter Aufsicht (1:3) Freizeiträume G1 ohne Aufsicht; Sporthalle in Haina (1:3)
4	Parkausgang ohne Aufsicht Urlaub bis 72 Stunden	**Mit Laufzettel:** Tagesklinik, Ergotherapie G 7.7	
5	Erweiterter Parkausgang ohne Aufsicht (Cafeteria, Winterkirche, Kasse)	**Ohne Laufzettel:** Tagesklinik, Ergotherapie G 7.7 **Mit Laufzettel:** Regiebetriebe ZSP (Park, Friedhof, etc.), Gärtnerei, Forstgruppe der Gärtnerei	Schwimmen (1:3)
6	Ortsausgang Haina ohne Aufsicht Urlaub bis zu 31 Tagen im Quartal, jedoch höchstens 14 Tage am Stück An- und Abreise zum Urlaubsort ohne Aufsicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln auf Antrag möglich	**Ohne Laufzettel:** Regiebetriebe ZSP (Park, Friedhof, etc.), Gärtnerei, Forstgruppe der Gärtnerei, Teilnahme an beruflichen und schulischen Reha-Maßnahmen, Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt **Mit Laufzettel:** Teilnahme an beruflichen und schulischen Reha-Maßnahmen, Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt	Teilnahme in Sportvereinen Teilnahme an Selbsthilfegruppen
7	Tagesausflüge außerhalb Hainas ohne Aufsicht Nutzung eigener Kraftfahrzeuge (Auto, Mofa) nach Genehmigung möglich	**Ohne Laufzettel:** Teilnahme an beruflichen und schulischen Reha-Maßnahmen, Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt	
8	offener Vollzug Urlaub bis zu 6 Monate pro Jahr		

Abb. 5.25 Stufenplan der Klinik für forensische Psychiatrie Haina.

nalgabe den Inhalt seiner Taschen auf ein Tablett legen, um ihn überprüfen zu lassen. Ein erneutes Durchschreiten der Schleuse oder eine Überprüfung mit einem Handdetektor folgt. Lässt sich der Grund der Signalauslösung nicht lokalisieren, wird der Patient vom Pflegedienst oder Wachdienst einer Leibesvisitation unterzogen. Erst danach darf die betroffene Person auf ihre Station.

Patienten, denen die Teilnahme an der Ergotherapie wichtig ist, versuchen häufig schon im Vorfeld Mitpatienten, die z. B. eine Schere oder ein anderes Werkzeug mit auf Station nehmen wollen, von ihrem Vorhaben abzubringen. Alle Patienten wissen, dass derartige Versuche zu Einschränkungen ihrer Möglichkeiten in der Ergotherapie führen. Die Einschränkungen können zum Ausschluss von der Ergotherapie für 3 Tage bis hin zum Komplettausschluss aus dem entsprechenden Bereich führen. Für Mitpatienten kann ein derartiges Verhalten dazu beitragen, dass bestimmte Gegenstände, die sicherheitsrelevant sind (z. B. Stecheisen in der Schreinerei oder Schraubendreher in der Schlosserei) für eine bestimmte Zeit ausschließlich über die zuständige Therapeutin zu bekommen sind. Diese zeitweise eingeschränkte Eigenständigkeit wird nur ungern in Kauf genommen.

Fallbeispiel: Herr H.

Herr H. entwendet ein Cuttermesser, mit dem er Furnierelemente für eine Intarsienarbeit vorbereitet hat, aus der Ergotherapie. Dies gelingt, da der Ergotherapeut vergessen hat, bei Beendigung der Behandlungseinheit die Abgabe dieses Messers zu kontrollieren. Herr H. greift am selben Tag beim Hofgang einen anderen Patienten, Herrn Z., an und verletzt ihn mit dem Cuttermesser durch eine Schnittwunde.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Herr H. und Herr Z. teilen sich ein Zimmer. Der Konflikt zwischen den beiden betraf das abendliche Fernsehen, dessen Programmwahl allein von dem körperlich überlegenen Herrn Z. bestimmt wurde. Der Konflikt war bis zu dem Zeitpunkt des Zwischenfalls dem pflegerischen Personal nicht aufgefallen. Da die Versuche von Herrn H., mit dem Mitpatienten das Problem zu bereden, erfolglos verliefen, sah er keine andere Konfliktlösungsmöglichkeit, als Herrn Z. körperlich anzugreifen, um so seinen Interessen Nachdruck zu verleihen. Herr H. war bedingt durch seine Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung nicht dazu in der Lage, die Konsequenzen seines Handelns zu übersehen. Er muss nun damit rechnen, dass er seine aktuelle Lockerungsstufe verliert. Bei der nächsten jährlichen Überprüfung seiner Maßregel durch die Strafvollstreckungskammer wird in der klinischen Stellungnahme dieses „besondere Vorkommnis" genannt und bewertet werden. Mit Blickrichtung Entlassbarkeit sowie der Einschätzung seiner Gefährlichkeit für die Allgemeinheit bedeutet diese Tat vermutlich eine zeitliche Verlängerung der Unterbringung im Maßregelvollzug, zumal bei diesem Patienten wiederholt ähnliche Deliktmuster in Konfliktsituationen zu seiner Einweisung in den Maßregelvollzug führten.

Ein wichtiger Faktor bei diesem Zwischenfall ist die versäumte Kontrolle der Rückgabe des Cuttermessers aus der Werktherapie. Einerseits wurde ein Mitpatient verletzt. Andererseits wird aufgrund der Handlung von Herrn H. deutlich, dass dieser zum jetzigen Zeitpunkt seiner Behandlung noch nicht gelernt hat, adäquate Konfliktlösungsstrategien in persönlichen Problemsituationen anzuwenden.

Diese inakzeptable Verhaltensweise gibt trotz ihrer für Herrn Z. bedauerlichen Auswirkungen dennoch Aufschlüsse darüber, ob zu erwarten ist, dass der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie bedeutsam es in der forensischen Psychiatrie auch für Ergotherapeuten ist, den scheinbaren und zeitweise auch realen Widerspruch von therapeutischer Arbeit und Sicherheitsaufgaben als festen Tätigkeitsbestandteil anzuerkennen. Patienten erleben eine Sicherheitsüberprüfung als Misstrauen. Die Bedeutung der Kontrolle in der Forensik muss in Einzel- oder Gruppengesprächen mit den Patienten immer wieder besprochen und erklärt werden. Manchmal ist dieser Konflikt jedoch nicht lösbar. In diesen Fällen müssen Ergotherapeuten damit leben können, dass es heißt: „Du bist ja auch nur ein Schließer und vertraust mir sowieso nicht." Grundsätzlich kommt es im Rahmen der Ergotherapie selten zu körperlicher Gewalt oder Zwischenfällen gegenüber Personal oder Mitpatienten.

5.5.5 Behandlungsphasen

Anhand der Klink für forensische Psychiatrie Haina soll beispielhaft die Basis des stationären Behandlungskonzeptes in der Forensik beschrieben werden. Wie in der Einleitung bereits benannt definiert sich der Behandlungsauftrag über den primären Auftrag des Gesetzgebers (§ 63 StGB und Maßregelvollzugsgesetz). Dieser verlangt, dass die im Maßregelvollzug untergebrachten psychisch gestörten Menschen dahin gehend gebessert werden, dass von ihnen keine erneuten Straftaten mehr zu erwarten sind. Freese (2003) betont, dass dies in formal vier Behandlungsphasen erfolgt:

1. Aufnahme
2. (Kriminal-)Therapie
3. Entlassungsvorbereitung
4. forensisch-ambulante Nachsorge.

Phase 1: Aufnahme

Zunächst kommt jeder Patient in der ersten Phase der stationären Behandlung auf die Aufnahmestation. Dort erfolgt eine umfassende biografische, anamnestische, psychologische, neurologische sowie allgemeinmedizinische Diagnostik. Die Basis für ein Gesamtbehandlungsprogramm wird erstellt, die im Regelfall ein breitgefächertes Behandlungsprogramm umfasst, das u. a. auf die individuellen Risiken, Bedürfnisse sowie Fähigkeiten des Patienten zugeschnitten ist. Wichtig ist in dieser Phase ebenfalls die Clearingfunktion für Personen, die vorläufig oder befristet untergebracht sind, d. h. für Patienten, die sich im Vorfeld der Maßregel befinden.

Bereits in dieser Phase setzt das ergotherapeutische Angebot ein. Die Patienten nehmen an niederschwelligen Tätigkeiten der industriellen Fertigung teil. Zielsetzung dieser in der Behandlung frühen Phase ist einerseits, ein auf Tagesstruktur ausgerichtetes Angebot anzubieten, das den Charakter von beschützten Arbeitsplätzen (z. B. in Werkstätten für Behinderte) hat. Andererseits werden bereits hier erste Verhaltens- und Arbeitsfähigkeitsbeobachtungen registriert und dokumentiert wie:

- Ist der Patient team- bzw. gruppenfähig?
- Wie geht er bei Arbeitskonflikten mit Mitpatienten um? Wird er verbal oder körperlich aggressiv oder versucht er, sich durch Ansprechen des Ergotherapeuten Hilfestellung zur Konfliktlösung zu holen?

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Wie ist sein Antrieb? Kann er konzentriert arbeiten?
- Welche Sorgfalt lässt er bei Tätigkeiten walten?

Ebenso wird in dieser Phase eine standardisierte Bildungsdokumentation in Zusammenarbeit mit den Lehrern der Institution erhoben. Sie beinhaltet Informationen über Schulbildung, Berufsausbildung, Berufswünsche, Beschäftigungsverläufe, Unterbrechungszeiten, Unterbrechungsgründe sowie die allgemeine berufliche Situation. Auf der Grundlage der erhobenen Daten wird eine vorläufige Bildungsplanung erstellt.

Phase 2: Kriminaltherapie

Nach Beendigung der Aufnahmediagnostik und nachdem der Patient rechtskräftig gemäß § 63 StGB verurteilt wurde, findet in der Regel die Verlegung auf eine Therapiestation statt. Diese zweite Phase ist die längste im Rahmen der Gesamtbehandlung.

Die Zielsetzung dieses Abschnitts liegt im Besonderen darin, den Weg des Patienten zu einer deliktfreien Zukunft zu bahnen. Zu diesem Zweck werden die individuellen Deliktzyklen z. B. in Einzelgesprächen erarbeitet. Deliktspezifische Verhaltensmuster zu erkennen, zu benennen und in einem weiteren Schritt der Behandlung Deliktvermeidungsstrategien zu erlernen und anzuwenden sind die angestrebten Ergebnisse. Dazu sind die individuelle Erarbeitung von Lebensgewohnheiten, sozialen Bindungen bzw. Beziehungen sowie kognitiver Defizite oder abnormer Sexualität in Bezug auf delinquentes Verhalten nötig. Kernfrage ist immer wieder, ob ein Patient willens und in der Lage ist, Signale und Problemsituationen rechtzeitig zu erkennen und ggf. gegenzusteuern:

- Zieht er Konsequenzen aus seinem Handeln?
- Lässt er externe Kontrollen zu und bittet er, falls nötig, um Hilfe?
- Ist er in der Lage, das Delikt aus Sicht des Opfers zu betrachten?

Die Ausbildung von Empathie und/oder Beziehungs- und Bindungsfähigkeit muss im Regelfall erlernt oder verbessert werden. Der Patient muss lernen,

- dass kriminelles Verhalten mittel- und langfristig nicht erfolgreich sein wird und
- gesellschaftlich akzeptierte Werte zu entwickeln, um sich im Wertesystem dieser Gesellschaft deliktfrei bewegen zu können.

Antisoziale Ansichten sollen durch stetes Einüben in allen klinischen Lernfeldern (z. B. auf den Stationen oder in der Ergotherapie) durch prosoziale Handlungen ersetzt werden.

Als stationsübergreifende Gruppentherapien kommen die in Kapitel 5.5.6 noch eingehender beschriebenen Straftäterbehandlungsprogramme und/oder Behandlungsansätze aus der Allgemeinpsychiatrie zur Anwendung. Grundsätzlich haben kognitiv-behaviorale Programme den Vorzug, da es als empirisch erwiesen gelten kann, dass diese bei straffällig gewordenen Menschen die besten Effekte erzielen.

Weitere Maßnahmen in dieser Phase sind:

- Pharmakotherapie
- heilpädagogische Maßnahmen
- sozialtherapeutische oder Freizeitaktivitäten
- schulische Maßnahmen (z. B. Alphabetisierung, Deutsch für Ausländer, Elementarkurse zur Festigung der Kulturtechniken wie Rechnen, Schreiben, EDV-Kurse, Sexualkundekurse, Unterricht zur Vorbereitung eines Haupt- und Realschulabschlusses)
- berufsvorbereitender Unterricht bis hin zum fachspezifischen Berufsschulunterricht (z. B. für Gärtner, Schreiner, Maler)
- Sport und Bewegungstherapie.

Die Ergotherapie ist in dieser Phase ein Lernfeld für soziale Fähigkeiten wie:

- Teamarbeit
- Kontaktfähigkeit
- Kritisierbarkeit
- Kritikfähigkeit

Ebenso werden Schlüsselqualifikationen, die zur Ausübung von Arbeitstätigkeiten nötig sind, erlernt oder trainiert. Dabei werden neben sozialen und kognitiven auch psychomotorische sowie instrumentelle Fähigkeiten, Kulturtechniken und Kommunikationsfähigkeiten angesprochen. Eine ausführliche Arbeitsdiagnostik mit IMBA und MELBA findet statt.

Arbeitsprobleme, Gruppenkonflikte oder individuelle Konflikte werden in allen Ergotherapiegruppen bei den regelmäßigen Wochenabschlussbesprechungen thematisiert. Bei kurzfristig unlösbaren Konfliktsituationen werden individuelle Time-out-Arbeitsunterbrechungen für Gespräche eingelegt. Beim Group Counceling, den Wochenabschlussbesprechungen, leitet und moderiert der Ergotherapeut die Gesprächsrunden. Diese Besprechungen dienen organisationstechnisch der individuellen Arbeitsauftragsplanung der nächsten Woche, der Festlegung der Höhe der Arbeitsbelohnung der vergangenen Woche sowie der individuellen Zuordnung der im-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

mer wiederkehrenden Routinetätigkeiten in der Arbeitsgruppe (z. B. Leeren der Müllsäcke, Kaffeekochen). Zielsetzung hierbei ist u. a. die Einübung von prosozialem Gruppenverhalten.

Patienten können innerhalb dieser Phase in der Ergotherapie Berufsausbildungen beginnen. Die Ergotherapie übernimmt dabei den praktischen Ausbildungsteil. Die theoretische Ausbildung wird von Lehrkräften gewährleistet. Formale Voraussetzungen für Berufsausbildungen sind:

- Keine somatischen medizinischen Einschränkungen des Klienten.
- Feste Verankerung im Therapieplan.
- Adäquate zeitliche Platzierung im gesamten Behandlungsplan, d. h., der Patient ist in die forensisch relevanten Gruppentherapien (s. Kap. 5.5.6) nur noch in dem Umfang zeitlich eingebunden, dass ihm ein Zeitkontingent von 25 bis 30 Zeitstunden pro Woche für die Berufsausbildung zur Verfügung steht.
- Arbeitserprobung im entsprechenden ergotherapeutischen Bereich mit abschließender Beurteilung der praktischen Ausbildungseignung.
- Durchführung von Tests zur Beurteilung der theoretischen Ausbildungseignung durch Berufsschullehrer.

Wenn der Patient in seiner kriminaltherapeutischen Behandlung so weit fortgeschritten ist, dass er entsprechende Lockerungsstufen erreicht hat, kann er seine praktische Ausbildung in der Privatwirtschaft beenden. Analog gilt diese Regelung für die theoretische Ausbildung durch den Besuch öffentlicher Berufsschulen.

Phase 3: Vorbereitung auf die Entlassung

In dieser Phase wird der Patient auf halboffene oder offene Stationen verlegt. Therapieerfolge werden nochmals überprüft und bei Bedarf ergänzt. Die konkrete Entlassungsplanung beginnt.

Der Patient muss sich allmählich mit den allgemeinen Alltagsanforderungen, die ihn außerhalb der Klinik erwarten, auseinandersetzen und sie bewältigen. Bedeutsam ist, dass auch unter Belastung nicht auf deliktähnliche Verhaltensmuster zurückgegriffen wird.

Die Ergotherapie hat zu diesem Zeitpunkt überwiegend eine beratende Funktion im Hinblick auf die berufliche Platzierung bzw. Orientierung. Bei absehbarer Entlassung wird eine Stellungnahme zur Arbeitsbelastungsfähigkeit des Patienten erstellt. Die Vermittlung und Betreuung von externen Berufspraktika wird von Ergotherapeuten in Form eines Workplace Managements übernommen.

Gleichzeitig bietet die Ergotherapie Patienten, die bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Arbeitsbetätigung gefunden haben, ein offenes Beschäftigungs- und Arbeitsangebot an. Ziel dieser Offerte ist es, eine Stabilisierung von erreichten Arbeitsfähigkeiten zu erlangen und eine finanzielle Zuverdienstmöglichkeit anzubieten.

Es gibt offene Ergotherapiegruppen, in denen Hobbys aufgebaut, gepflegt und vertieft werden können. Training von Bewerbungsschreiben, Vermittlung von Grundkenntnissen im Umgang mit dem PC sowie Montagetätigkeiten komplettieren das Angebot.

Exkurs: Arbeitsbelohnung

Die Arbeitsbelohnung ist kein Arbeitslohn im üblichen Sinn. Sie dient vor allem als Motivationsanreiz. Es erfolgen keine Abgaben an die Sozialversicherungen wie Renten- oder Arbeitslosenversicherung. Die Berechnung erfolgt aus dem Faktor des entsprechenden arbeitstherapeutischen Bereiches, der geleisteten Stunden sowie der Einschätzung der Therapeutin bezüglich der Qualität und Quantität einer Arbeitsleistung, die mit jeweils 1–5 Punkten bewertet werden kann.

Beispiel: Die Schreinerei hat einen Bewertungsfaktor von 0,12 pro Stunde. Für 10 Stunden geleistete Tätigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie erhält Herr V. bei der Einschätzung für die Produktqualität 5 Punkte. Die Arbeitsquantität wird wegen häufig ausgedehnter Pausen und dadurch bedingter geringer Stückzahl von Produkten mit 3 Punkten durch den zuständigen Ergotherapeuten beurteilt. So erhält Herr V. $10 \times 0{,}12 \times 8 = 9{,}60$ €.

In einer Untersuchung zur Höhe der Arbeitsbelohnung ermittelte Gretenkord (1997) bei N = 166 einen Durchschnitt von 52,53 € **(Abb. 5.26)**.

Phase 4: Ambulante Nachsorge

In dieser Phase tritt die bedingte Entlassung ein. Patienten wohnen jetzt in Wohnheimen oder in einer eigenen Wohnung. Dennoch sind sie nicht absolut autonom in ihren Entscheidungen. Für die Zeit der Führungsaufsicht, im Regelfall 5 Jahre, müssen sie die Auflagen des Gerichtes, die im Entlassungsbeschluss festgelegt sind, erfüllen.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

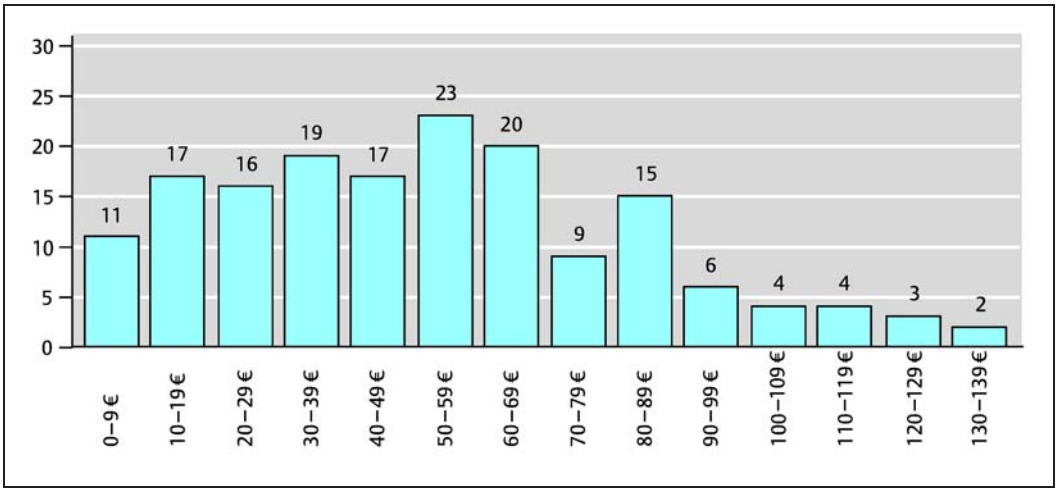

Abb. 5.26 Arbeitsbelohnung in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina.

Beispiel: Herr A. ist bedingt entlassen. Das Gericht hat festgelegt, dass sich Herr A. im 14-täglichen Rhythmus eigenverantwortlich bei Mitarbeitern der Klinikambulanz zum Gespräch sowie zur Verabreichung seiner Depotmedikation einfinden muss.

Die therapeutischen Erfolge müssen nun stabilisiert werden und der Klient muss sich in der Welt außerhalb des Maßregelvollzugs bewähren.

Eine der Hauptaufgaben der ambulanten Betreuung ist, sich anbahnende psychische Krisen rechtzeitig zu erkennen und ggf. durch therapeutische Gespräche, veränderte Medikamentendosierung oder im Extremfall mit der zeitweisen Einweisung in ein allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus, darauf zu reagieren. Es gilt, einen Sicherungshaftbefehl, der eine erneute Einweisung in den Maßregelvollzug bedeutet, nach Möglichkeit abzuwenden.

Ergotherapeuten übernehmen zurzeit nur selten Aufgaben in der ambulanten Nachsorge, obwohl auch in diesem Stadium zahlreiche ergotherapeutische Maßnahmen sinnvoll wären (z. B. Training der lebenspraktischen Fähigkeiten, Unterstützung bei der Alltags- und Freizeitgestaltung, s. Kap. 2.4.1, S. ►, Alltags- und lebensweltorientierte Ergotherapie). Die Fortführung der in Phase 3 begonnenen Funktion des Ergotherapeuten in der Rolle des Workplace Managers hat eine große Bedeutung. Eine Begleitung der Klienten am Arbeitsplatz würde dazu beitragen, dass rückfallgefährdende Risiken in der Arbeitssituation frühzeitig erkannt und im Idealfall mit dem Patienten bearbeitet und ausgeräumt werden könnten. Auch eine fachkundige Begleitung der Kollegen und Vorgesetzten im Betrieb würde dazu führen, dass der Übergang vom Maßregelvollzug für den Betroffenen leichter wäre und Vorurteile und Ängste der Belegschaft ihm gegenüber relativiert werden könnten. Für Ergotherapeuten liegt hier eine Aufgabe der Zukunft.

5.5.6 Stationsübergreifende Gruppentherapien

In der Forensik werden in der therapeutischen Arbeit spezielle Gruppentherapien durchgeführt. Ergotherapeuten können hier als Kotherapeuten tätig werden oder auch bei entsprechender Fortbildung diese zumindest in Teilen übernehmen.

Gleichfalls sind konzeptionelle sowie organisatorische Kenntnisse der unterschiedlichen Gruppentherapieangebote für die Ergotherapie von Bedeutung, um die Patienten additiv durch passende ergotherapeutische Angebote zu unterstützen. Die nachfolgenden inhaltlichen Kurzbeschreibungen der unterschiedlichen Gruppenangebote sind ausführlich im von Müller-Isberner und Gretenkord 2002 herausgegebenen Buch „Psychiatrische Kriminaltherapie“ beschrieben.

PEGASUS

Ziel des Konzeptes der Psychoedukativen Gruppenarbeit mit Schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen (PEGASUS) ist es, im Rahmen einer geschlossenen Gruppe innerhalb von 14 einstündigen Sitzungen im wöchentlichen Abstand mit

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

den Betroffenen ein Krankheits- und Therapieverständnis zu erarbeiten, das mit aktuellen Modellvorstellungen schizophrener Psychosen vereinbar ist. Die drei inhaltlich aufeinander aufbauenden, thematisch abgrenzbaren Teile sind:

- Krankheitskonzept
- medikamentöse Behandlung und
- Rückfallvorbeugung und Krisenbewältigung.

Dabei wird die allgemeine Zielsetzung psychoedukativer Gruppen verfolgt, nämlich Aufklärung, Compliancef örderung, Angstreduktion, Änderung der Lebensweise sowie Förderung individueller Bewältigungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen (Hofstetter 2002, Wienberg et al. 1997).

Indikation: Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, vor allem nach mehreren psychotischen Episoden. Fehlende Krankheitseinsicht und mangelnde Distanzierung vom psychotischen Geschehen schließen die Teilnahme nicht aus.

Kontraindikation: akute Psychose und psychopathologische Instabilität; mangelnde Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne; zu geringe Deutschkenntnisse; mangelnde Motivation; IQ < 75.

IPT

Das Integrierte Psychologische Therapieprogramm für schizophrene Menschen (IPT) besteht aus fünf Unterprogrammen. In dem hierarchisch gegliederten Gruppentherapieprogramm werden zunächst die für Schizophrenie typischen attentional-perzeptiven und kognitiven Störungen behandelt. Dann werden entsprechend der spezifischen Defizite im Sozialverhalten soziale Problemlösungsstrategien entwickelt (s. Kap. 2.4.1, S. 154f.).

Die Gruppe findet mindestens zweimal wöchentlich statt. Die Sitzungsdauer beträgt während eines ersten Unterprogramms 30–40 Minuten und wird im Verlauf bis zum letzten Unterprogramm auf ca. 90 Minuten gesteigert. Die Gesamtdauer des Trainings ist abhängig vom Ausmaß der Defizite der Patienten (Bauer 2002, Roder et al. 1978).

Indikation: kognitive Störungen oder Defizite im Sozialverhalten bei schizophrenen Patienten. Die ersten beiden Unterprogramme (kognitive Differenzierung und soziale Wahrnehmung) können gleichfalls bei kognitiven Störungen, z. B. bei organischen Psychosen, angewandt werden.

Kontraindikation: akute Psychose; keine ausreichenden Deutschkenntnisse; mangelnde Motivation; IQ < 80.

DBT-Fertigkeitentraining

Menschen mit einer Borderline-Störung weisen Schwierigkeiten auf, die sich in den neun Kriterien des DSM-IV widerspiegeln und in fünf Kategorien zusammenfassbar sind (s. Kap. 4.2.1, S. 235ff.):

- mangelnde Fähigkeit zur Steuerung von Emotionen
- Dysregulation im zwischenmenschlichen Bereich (Beziehungen im Allgemeinen intensiv, chaotisch und voller Spannungen und es fällt schwer, solche Beziehungen zu beenden)
- kurze, nichtpsychotische kognitive Störungen (Depersonalisierung, Dissoziation und Wahnvorstellungen), die in belastenden Situationen entstehen können
- Dysregulation der Selbstidentität.

Die vier Module der Dialektisch behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Fertigkeitentraining) oder auch DBT-Fertigkeitentraining beziehen sich direkt auf diese fünf Kategorien (Achtsamkeit, zwischenmenschliche Fähigkeiten, Umgang mit Gefühlen; Stresstoleranz). Die Gruppe findet einmal pro Woche statt und dauert ca. 90 Minuten. Die Gesamtdauer beträgt ein dreiviertel Jahr (Bauer 2002, Linehan 1996).

Indikation: Patienten, deren Delikt auf eine Störung der Impulskontrolle zurückgeht bzw. darauf, emotionale Belastungen nicht aushalten zu können.

Kontraindikation: schizophrene Patienten; mangelnde Motivation.

Suchtgruppe mit Schwerpunkt Alkohol

Inhalte dieser Gruppe sind (s. Kap. 5.4, S. 389ff.):

- detaillierte Abhängigkeits- bzw. Problemanalyse
- Vermittlung von Informationen über körperliche, soziale und psychische Aspekte von Alkoholabhängigkeit
- Entwicklung eines plausiblen individuellen Erklärungsmodells
- Erarbeitung der Konsequenz von Abstinenz oder Fortführung des Alkoholkonsums
- Vermittlung eines therapierelevanten Rückfallmodells (unausgewogene Lebenssituation, scheinbar irrelevante Entscheidungen, Risikosituationen, Alkoholgedanken, Rückfallschock)

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- persönliche Rückfallanalyse
- Entwicklung von Abstinenzgedanken
- Erstellung eines Notfallplanes bei Fastrückfällen.

Indikation: Patienten mit den Diagnosen „schädlicher Gebrauch von Alkohol oder Alkoholabhängigkeit; Mindestmaß an Motivation".

Kontraindikation: akute Psychose oder psychopathologische Instabilität; fehlende Deutschkenntnisse; IQ < 75.

R&R

Das Therapieprogramm Reasoning & Rehabilitation (R&R) läuft über 35 Sitzungen von je zwei Stunden und findet zweimal wöchentlich statt. Es besteht aus folgenden aufeinander bezogenen und unterschiedlich gewichteten Inhalten:

- Problemlösen
- soziale Kompetenzen
- Ärgermanagement
- kreatives, kritisches und werteorientiertes Denken.

Insgesamt wird damit das Ziel verfolgt, bei Straftätern effektive Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien, einen reflektierten Denkstil sowie prosoziale Verhaltensentscheidungen zu entwickeln bzw. zu fördern und damit die Wahrscheinlichkeit erneuter Straftaten zu reduzieren.

Indikation: Patienten mit Defiziten in folgenden Bereichen: Selbstkontrolle und Selbstmanagement, Problemlösen, soziale Kompetenz, kognitiver Stil (Rigidität, Externalisierung von Schuld/Verantwortung), Perspektivenwechsel, werteorientiertes Denken (Gretenkord 2002).

Kontraindikation: akute Psychose oder psychopathologische Instabilität; zu geringe Deutschkenntnisse; mangelnde Motivation.

Beträgt der IQ < 75, besteht die Möglichkeit des Einsatzes einer vereinfachten Version.

Rückfallprävention für durch Impulsstörung bedingte Taten

Die zwei- bis dreimal wöchentlich stattfindende 90-minütige Gruppentherapie ist konzipiert für Patienten, deren Straftat auf die Störung der Impulskontrolle zurückgeht (Eucker 2002).

Das Ziel dieser Gruppe ist es, bereits vorhandene Therapiefortschritte zu stabilisieren. Die Patienten sollten sich eher im letzten Teil ihrer Therapie befinden. Inhaltlich erfolgt die Anwendung einer modifizierten Form des Rückfall-Vermeidungs-Modells aus der Sexualstraftäterbehandlung:

- Erarbeitung der Folgen von prosozialem/kriminellem Verhalten
- Aufgabe von Verleumdung/Bagatellisierung/Entschuldigungen
- Opferfolgen/Empathie mit dem Opfer
- Aufgabe von deliktförderndem Verhalten
- Entwicklung eines eigenen Deliktzirkels
- Identifikation chronischer Rückfallsituationen
- Identifikation akuter dynamischer Risikofaktoren und Warnzeichen
- Einübung von Bewältigungsstrategien
- Beschreibung eines Beinaherückfalls
- Erstellung eines Rückfallvermeidungsplans.

5.5.7 Aufgaben und Funktionen der Ergotherapie

Die forensischen Aufgaben der Ergotherapie ergeben sich aus dem Maßregelvollzugsgesetz. Als Bestandteil eines multimodalen Ansatzes in der Forensik muss die Ergotherapie die empirisch belegten wirksamen Methoden bei der Behandlung psychisch Kranker im Maßregelvollzug kennen (z. B. Modelllernen, Rollenspiele, abgestufte Erprobung, konkrete Hilfestellung, Verstärkung oder Ressourcenbereitstellung sowie kognitive Umstrukturierung) (Andrews u. Bonta 1995, Lipsey 1995, McGuire 1995).

Der Ergotherapie in der Forensik liegt ein psychologisches Bezugssystem zugrunde, das sich überwiegend der Elemente aus dem verhaltensorientierten Bezugsrahmen, dem kognitiv-verhaltensorientierten Bezugsrahmen sowie dem Gruppenarbeitsbezugsrahmen bedient. Lehr- und Lernprozesse spielen eine wesentliche Rolle (Hagedorn 2000). Die ergotherapeutische Behandlung muss letztlich therapeutisch und pädagogisch auf das Erlernen und Einüben von deliktfreiem Verhalten ausgerichtet sein und dabei organisatorisch wie konzeptionell alle vier unter Kapitel 5.5.5 beschriebenen Behandlungsphasen berücksichtigen.

Für alle Phasen der forensisch-ergotherapeutischen Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern im Maßregelvollzug gilt im Kern als kleinster gemeinsamer Nenner die Förderung von:

- vorausschauendem Planen
- konzeptionellem Handeln
- adäquatem Umgang mit Schwierigkeiten
- prosozialem Verhalten
- deliktfreiem Verhalten.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Auch im Maßregelvollzug erfüllen Ergotherapeuten Standards der Berufsausübung: Befunderhebung, Dokumentation, Teilnahme an Teambesprechungen, Supervision, interne und externe Fortbildungen. Nur relevante Informationen, die zu abgesicherten Einschätzungen beitragen, dass der Betroffene außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begeht, helfen mit, den Weg zur Entlassung zu bahnen. Gleiches gilt für Beurteilung der Arbeitsfähigkeiten eines Patienten, die darauf abzielen, ein optimales Platzieren auf dem besonderen und freien Arbeitsmarkt möglichst ohne Über- bzw. Unterforderung zu erreichen. Es gilt, die Arbeitsanforderungen, die den Klienten erwarten, sicher zu analysieren, zu dokumentieren und zu trainieren.

Diese qualifizierten Anforderungen können nur mit standardisierten Verfahren und guten Schulungen bzw. Fortbildung erreicht werden.

5.5.8 Forensisch-prognostische Verfahren

Um zur Verbesserung forensischer Prognosestellung beizutragen, sollten zwei Module bezüglich der Verhaltenseinschätzung von Patienten eingesetzt werden.

VidE

Verhaltenbeobachtung in der Ergotherapie (VidE) ist ein klinikintern entwickeltes Instrument, das Verhalten von Patienten in der Ergotherapie individuell beurteilt (Madsack 2002). Reliabilitätsuntersuchungen sind in Arbeit. Das Rating basiert auf dem auf Seite 441 beschriebenen R&R-Programm. Es beinhaltet 20 Items auf einer fünfstufigen Skala. Voraussetzung zur Durchführung von VidE ist eine Schulung im R&R-Programm. VidE ist ein Ratingbogen, der von einem im R&R geschulten Psychologen erarbeitet wurde. Nachfolgend zwei Beispiele.

Item: Empathie

Der Patient

- ist unsensibel für andere Personen, unfähig zwischen eigenen Gefühlen und Gefühlen anderer zu unterscheiden (Profilwert 1)
- sich der Gefühle und Gedanken anderer bewusst und sensibel dafür; kann zwischen eigenem emotionalem Befinden und dem Gefühlszustand anderer unterscheiden (Profilwert 5).

Item: Fähigkeit zur Problemerkennung

Der Patient

- zeigt keine Anzeichen, eigene Probleme zu erkennen,
- erkennt eigene Probleme und Schwierigkeiten (Profilwert 5).

Der Rater muss auf einer 5-stufigen Skala die Verhaltenseinschätzung des Patienten auf der Grundlage der Wahrnehmungen in ergotherapeutischen Behandlungseinheiten vornehmen.

Häufig wird die Beurteilung von Patienten vor und nach einem R&R-Training abgerufen. So werden Lerneffekte deutlich.

(H)CR-ET

Das Ergotherapeutische Prognosemodul (EPM) wurde aufgegeben und durch den (H)CR-ET ersetzt. Der (H)CR-ET befindet sich in der klinischen Erprobungsphase. Er ist ein unveröffentlichtes Instrument für die ergotherapeutische Status- und Prozessdiagnostik (Madsack et al. 2002). Warum (H)CR-ET? Der (H)CR–ET wurde auf der Basis der HCR entwickelt, u. a. weil Menschen gerne linear denken (… gestern, heute, morgen …). Außerdem ist der (H)CR-ET genauso aufgebaut wie der HCR. Aufgrund der hohen Anzahl an Manualen und Checklisten ist die Akzeptanz der Mitarbeiter für „Neues“ mit bekannten Strukturen höher.

Exkurs: HCR-20

Der HCR-20 ist ein Instrument zur Vorhersage von gewalttätigem Verhalten. Der HCR-20 kommt zum Einsatz bei Probanden mit gewalttätigem Verhalten in der Vorgeschichte. Er ist als Riskassessment einsetzbar und dient dem Riskmanagement. Der HCR-20 beinhaltet

- historische Variablen (H), 10 Items
- klinische Variablen (C), 5 Items
- Risikovariablen (R), 5 Items.

Das Kodierungsschema ist 0 (nein), 1 (möglich), 2 (ja), 9 (unbekannt). Bei den historischen Variablen werden alle Straftaten erfasst, auch diejenigen, die nicht strafrechtlich verfolgt wurden. Aggressive Handlungen vor dem 14. Lebensjahr werden nach dem gleichen Schema beurteilt. Die klinischen Variablen fragen nach dem aktuellen klinischen Zustand eines Patienten sowie den „zuletzt“ beobachtbaren Verhaltensweisen. Die Risikovariablen beurteilen zu erwartendes künftiges Verhalten, verfügbare Hilfen und den sozialen Empfangsraum. Zusammengefasst stellt sich hier exemplarisch die Frage „in“ or „out“.

Was hat die Ergotherapie damit zu tun? Menzies und Webster (1995) fanden bei ihrer Untersuchung einer Klientel psychisch gestörter Rechtsbrecher heraus,

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

dass Beschäftigungslosigkeit zum Zeitpunkt der Inhaftierung eine von vier mit späterer Gewalttätigkeit korrelierenden Variablen darstellt. Harris et al. (1993) stellten fest, dass die Gruppe der Probanden, die gewalttätige Rückfälle während einer Beobachtungszeit von sieben Jahren zeigte, im Mittel nur halb so lange Beschäftigungszeiten hatte wie die Vergleichsgruppe. Andrews und Bonta (1995) beschrieben einen generellen Zusammenhang zwischen Problemen im Arbeitsbereich und krimineller Rückfälligkeit (Müller-Isberner et al. 1998). Das spiegelt sich u. a. im Item H4, Probleme im Arbeitsbereich, wider.

Dass Probleme im Arbeitsbereich gehäuft vorkommen, zeigt auch eine nicht veröffentlichte Stichtagsuntersuchung von Madsack aus dem Jahr 2002 in der Klinik Haina. Von 234 HCR-Datensätzen wurde Item H4 „Probleme im Arbeitsbereich" bei 149 Sätzen mit 2 (ja) geratet. Das entspricht ca. 64%. 85 Datensätze wiesen den Profilwert 1 (möglich) auf. Das entspricht 36%.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse wurde der (H)CR-ET entwickelt. Im *Abschnitt H* werden Informationen aus den Bereichen Schule und Beruf erfasst und bewertet. Er umfasst 6 Items:

- höchster erreichter Schulabschluss
- Lernschwierigkeiten
- schulische Anpassung
- Berufsausbildung
- Berufsverlauf
- berufliche Anpassung.

Im *Abschnitt C* werden beobachtbare Verhaltensweisen im ergotherapeutischen Kontext im Zielbereich Beschäftigung bzw. Arbeit erfasst und bewertet. Er umfasst ebenfalls 6 Items:

- Mangel an Einsicht
- negative Einstellungen
- aktive Symptome
- Impulsivität
- fehlender Behandlungserfolg
- Arbeitsethik.

Der *Abschnitt R* beinhaltet Einschätzungen im Hinblick darauf, welche Bedeutung Beschäftigung und Arbeit zukünftig haben können. Er beinhaltet 5 Items:

- Fehlen realisierbarer Arbeitspläne
- destabilisierende Einflüsse
- Mangel an Unterstützung
- mangelnde Akzeptanz im Hinblick auf Arbeitsperspektiven
- Arbeit als Stressor.

Das Kodierungsschema entspricht dem HCR, die Items sowie die Kodierungspunktwerte sind beschrieben. Die abschließende Gesamtbeurteilung kann folgendermaßen genutzt werden:

- als Status bzw. als Prozessinstrument während des forensisch-ergotherapeutischen bzw. klinischen Verlaufs
- als prognostische Information, die Bedeutung für die Beschäftigung, Arbeit oder Berufstätigkeit bzw. für die Rückfallprognose haben kann.

Voraussetzungen zur Anwendung

Um den (H)CR-ET einzusetzen, müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Das Rating erfolgt durch Aktenstudium und/oder Befragung eines erfahrenen ergotherapeutischen Diagnostikers.
- Der Proband muss vor einem Rating mindestens sechs Wochen an ergotherapeutischen Maßnahmen teilgenommen haben.
- Der Anwender des (H)CR-(ET) sollte umfassende Kenntnisse bzw. am besten eine Schulung für die Anwendung des HCR-20 durchlaufen haben.

5.5.9 Job Assessment Tools

IMBA und MELBA

Die Analyse der Arbeitsfähigkeiten von Patienten, die Ausprägung von arbeitsrelevanten Schlüsselqualifikationen und die optimale arbeitstherapeutische bzw. Arbeitsplatzierung sind zentrale Fragen der beruflichen Rehabilitation in der forensischen Ergotherapie. Die im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung geförderten Profilvergleichsverfahren Integration von Menschen mit Behinderung in der Arbeitswelt (IMBA) und Merkmale zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA) entsprechen diesen Anforderungen (Föhres et al. 1997).

Beide Verfahren sind Profilvergleichsverfahren, die einerseits die Fähigkeiten eines Patienten bzw. Rehabilitanden und andererseits die Anforderungen einer Tätigkeit erfassen und dokumentieren. Darüber hinaus bieten beide Verfahren einen Profilvergleich an. MELBA berücksichtigt psychische Merkmale. Für Fälle, in denen auch körperliche und ergonomische Aspekte erfasst werden müssen, steht IMBA zur Verfügung. Die Verfahren sind kompatibel.

Vor allem MELBA ist für die ergotherapeutische Arbeit von Bedeutung. Die Schlüsselqualifikationen, die zur Ausübung einer Arbeitstätigkeit notwendig sind (wie z. B. Konzentration, Teamarbeit, Verantwor-

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tung oder Ausdauer), sind in den 29 Merkmalen sowohl des Fähigkeitsprofils als auch des Anforderungsprofils enthalten. Die Merkmale sind definiert und werden in einer fünfstufigen Skala beurteilt. Das Anforderungsprofil, das die Anforderungen einer Tätigkeit beschreibt, enthält die gleichen Kriterien, die zur Beschreibung der Arbeitsfähigkeiten verwendet werden. Durch den identischen Aufbau der Profile ist es möglich, MELBA im Sinne eines Profilvergleichsverfahrens zu nutzen.

Mit dieser Methode sind z. B. standardisierte Dokumentationen von Potenzialen und Beeinträchtigungen, systematische Konzipierung von Förder- und Trainingsmöglichkeiten, transparente Entwicklungen in der Ergotherapie, ein Vergleich verschiedener Arbeitsplätze und im Rahmen eines Profilvergleichs die Gestaltung einer Tätigkeit entsprechend einer gewünschten Anforderungsstruktur möglich.

In der forensischen Ergotherapie Hessen wird als Basisdokumentation für jeden Patienten ein Fähigkeitsprofil erstellt. In anderen forensischen Einrichtungen z. B. in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg oder Niedersachsen kommt MELBA in Teilen zur Anwendung. Sinnvolle arbeitstechnische Platzierungen der Patienten innerhalb der Ergotherapieabteilung sowie adäquate Dokumentation von Behandlungsverläufen sind mit diesen Instrumenten möglich.

Die Bestandteile eines *Fähigkeitsprofils* sind:
- Patientenexploration
- Fremdexploration
- 14 standardisierte Arbeitsproben
- Verhaltensbeobachtung während der Arbeitsproben
- Auswertung der ergotherapeutischen Halbjahresdokumentation.

Die Bestandteile eines *Anforderungsprofils* sind:
- Beobachtung am Arbeitsplatz
- Befragung des Stelleninhabers und eines Ergotherapeuten
- schriftliches Material über den Arbeitsplatz.

Mit zwei Ratern dauert die Erstellung eines Fähigkeitsprofils zwischen vier und sechs Stunden und eines Anforderungsprofils zwischen einer und eineinhalb Stunden je Profil. Eine Schulung ist Voraussetzung zur sachgemäßen Anwendung.

Seit der Erweiterung von MELBA durch MELBA SL im Jahr 2004 hat eine weitere qualitative Verbesserung stattgefunden. Melba SL ergänzt das bisherige standardisierte Profilvergleichsverfahren sinnvoll. Die Erweiterung bezieht sich auf die Beurteilungen der Merkmale im unterdurchschnittlichen Bereich, d. h., die Profilwerte 1 und 2 werden durch eine ergänzende Differenzierung von zwei auf fünf Stufen erweitert.

Hamet2

Der Hamet2-Test (Handlungsorientiertes Testverfahren zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen) dient der qualifizierten Erfassung und Beurteilung von praktischen und motorischen Fähigkeiten, die mit Schul- oder Intelligenztests nicht erfasst werden. Der Hamet2 ist ein Testverfahren, das von einer Projektgruppe des Berufsbildungswerkes Waiblingen entwickelt wurde. Hinweise zur „Berufsreife“ sowie auf den möglichen Förderbedarf, Überprüfung (und Förderung) von handlungsorientierten Basiskompetenzen sowie die Beurteilung der Eignung für eine praktische Berufsausbildung stehen hier im Vordergrund. Anwendung findet er im forensisch-klinischen Setting vor allem, wenn es um die Frage einer praktischen Berufsausbildung geht.

Er besteht aus 26 Einzeltests, die sich auf folgende 6 Faktoren verteilen:
- Routine und Tempo 13%
- Werkzeugeinsatz und Steuerung (einfach) 11%
- Werkzeugeinsatz und Steuerung (komplex) 8%
- Instruktionsverständnis und Umsetzung 9%
- Wahrnehmung und Symmetrie 9%
- Messgenauigkeit und Präzision 6%
- jobspezifische Faktoren 44%.

5.5.10 Betreute Arbeitsplätze

Die Bereitstellung von betreuten Arbeitsplätzen innerhalb des Maßregelvollzugs gehört ebenfalls zum ergotherapeutischen Aufgabenspektrum. Die betreuten Arbeitsplätze stellen ein niedrigschwelliges tagesstrukturierendes Angebot dar, das von seinen Anforderungen auf die individuellen potenziellen Arbeitsfähigkeiten ausgerichtet ist. Etwa 60–70% der Patienten nehmen nach ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug einen Arbeitsplatz in einer Werkstatt für Behinderte ein. Das dort anzutreffende Arbeitsniveau sollte im Rahmen der betreuten Arbeitsplätze angestrebt werden.

Gerade wegen der langen Verweildauer unter geschlossenen Bedingungen ist ein niederschwelliges arbeitstherapeutisches Angebot unerlässlich. Arbeitslosigkeit verstärkt den Bindungs-, Chancen- und Partizipationsverlust, der nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug zu erhöhter Rückfälligkeit führen kann (Kaiser 1988). Es gilt, diesem Kreislauf

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

schon während der klinischen Unterbringung durch Erlernen bzw. Beibehaltung beruflicher Schlüsselqualifikationen entgegenzutreten und straffällig gewordenen psychisch Kranken ein Arbeitsangebot zu machen.

5.5.11 Berufliche Ausbildungs- und Qualifizierungsangebote

Nur ein geringer Anteil der forensischen Klientel von 24,4% hat eine abgeschlossene Berufsausbildung (Leygraf 1988). Da die durchschnittliche Verweildauer der Patienten vier und fünf Jahre beträgt, bietet es sich an, während der Maßregel berufliche Ausbildungs- und Qualifizierungsangebote anzubieten. Viele forensische Einrichtungen verfügen über unterschiedliche handwerklich orientierte Arbeitstherapiebereiche (z. B. Schreinerei, Gärtnerei). Mit häufig nur geringem finanziellem Mehraufwand können in diesen Bereichen Ausbildungsstätten geschaffen werden, die die Industrie- und Handelskammern als solche anerkennen.

Durch gezielte Personalauswahl von Ergotherapeuten mit Erstberufen (z. B. Mediengestalter, Schlosser, Holzmechaniker, Gärtner) lassen sich mit den Industrie- und Handelskammern Kooperationsvereinbarungen zu Ausbildungszwecken treffen. Die Ergotherapeuten, die in diesen Fällen in Personalunion Ausbilder und Therapeuten sind, müssen neben dem Gesellenbrief im Erstberuf noch die Ausbildereignungsprüfung vorweisen. Das berufliche Ausbildungsangebot innerhalb der Ergotherapie beinhaltet für die Patienten eine zusätzliche Chance, im Anschluss an den Maßregelvollzug Perspektiven für ein Leben in der Gesellschaft zu entwickeln.

Fallbeispiel: Herr S.

Der 23-jährige Herr S. wurde wegen einer Brandstifterserie im alkoholisierten Zustand, Diebstählen und einer sexuellen Nötigung in den Maßregelvollzug eingewiesen. Bei seiner Aufnahme gibt er an, dass er keine Ahnung habe, was er in der Klinik solle. Das Gericht habe ihm etwas untergeschoben. Im Stationsalltag ist Herr S. zurückgezogen und dadurch weitestgehend unauffällig. In der Ergotherapie nimmt er zu diesem Zeitpunkt im Rahmen der industriellen Arbeitstherapie an Montagetätigkeiten teil. In der Arbeitsgruppe hat er eine Außenseiterposition. Er arbeitet am liebsten auf einem Einzelarbeitsplatz bei der Endkontrolle. Auffallend sind massive Verstimmungszustände, die unvorhersehbar durch geringfügige Frustrationen entstehen. In solchen Phasen zieht er sich gänzlich zurück, fordert seine Verlegung in eine Justizvollzugsanstalt und nennt die Arbeitsbelohnung einen Ausbeuterlohn. Auf Station zeigt er vergleichbare Verhaltensmuster. Hier fällt vor allem auf, dass die Fernsehprogramme zum Ärgernis seiner Mitpatienten immer wieder verstellt sind. Weiterhin steht Herr S. im Verdacht, für kleinere Diebstähle verantwortlich zu sein. Er beschäftigt viele Klinikmitarbeiter durch die Bearbeitung seiner umfangreichen schriftlichen Beschwerden. Die Gespräche bei Wochenabschluss drehen sich im Kreis. Er fühlt sich nicht akzeptiert und weiß auch nicht, was die anderen gegen ihn haben. Nach einem Jahr der scheinbaren Stagnation erklärt sich Herr S. nach anfänglicher Skepsis bereit, an einem R&R-Programm teilzunehmen: „Das kann ja nicht immer so weitergehen, dann komm ich hier ja nie raus." Das Programm gefällt ihm wider Erwarten. Er arbeitet engagiert mit: „Endlich mal was, womit man was anfangen kann." Zeitgleich fragt Herr S. nach, wann im Rahmen der Ergotherapie wieder eine Projektgruppe stattfindet, die mit Holz überdimensionale Handschmeichlerskulpturen herstellt. Holz mag er, weil es „ein angenehmer, warmer Werkstoff" ist. Ein ähnliches Angebot hatte er zwei Monate zuvor als „Kinderkram" abgelehnt.

Die Gespräche mit ihm beginnen sich zu verändern. Differenziert beschreibt er Alltagsprobleme, wägt unterschiedliche Problemlösungen unter Berücksichtigung ihrer Folgen ab und bedenkt dabei, welche Auswirkungen sein Verhalten auf die anderen hat. Sein Verhalten in der Ergotherapie ist deutlich sozialverträglicher geworden; so hält er beispielsweise inne und denkt nach, bevor er handelt. Wut und Ärger kann er besser kontrollieren. So spricht er an, dass er in der Regel sein monatliches Taschengeld unmittelbar nach Erhalt ausgegeben hat und sich dann an den Kaffee- und Zigarettenvorräten seiner Mitpatienten bediene, wenn diese nicht im Raum sind. Die Patienten würden das schon mitbekommen. Es sei klar, dass sie „sauer" auf ihn sind. Er entwickelt einen monatlichen Finanzplan, den er nach anfänglichen Schwierigkeiten einhält.

Die Arbeit in der Montagegruppe wird ihm zu monoton. Er fragt nach, ob er nicht in die Schreinergruppe wechseln könne, da er auch gerne mit Holz arbeite. Vielleicht könne er ja auch eine Ausbildung beginnen, da er bisher oft nur Jobs als Hilfsarbeiter bekommen habe: „Da musst du alles machen, Mitbestimmen gibt es da nicht." Er erklärt sich bereit, an einer Arbeitsdiagnostik mitzuarbeiten, die abklären soll, ob er die Voraussetzungen erfüllt, die zum Erlernen des Berufes des Holzmechanikers notwendig sind. Gleiches gilt für einen Berufsschultest. Nach erfolgreichem Prozedere und einer halbjährigen „Probezeit" in der Schreinerei beginnt Herr S. mit der Ausbildung. Bei den regelmäßigen Wochenabschlussbesprechungen in der Schreinergruppe hört er bei Kritik von Mitpatienten zu und setzt sich mit kritischen Anmerkungen auseinander. Seine Grundstim-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

mung wird stabiler. Er sucht in der Arbeitssituation häufiger das Gespräch mit Mitpatienten. Auf der Station zeigt er ähnliches Verhalten.

Da er eine positive Entwicklung gemacht hat und nach allgemeiner Einschätzung derzeit kein Rückfallrisiko besteht, erhält Herr S. eine höhere Stufe, die es ihm erlaubt, in Personalbegleitung zum Kleidereinkauf in die Stadt zu gehen und mit dem Ergotherapeuten Möbel außerhalb der Klinik zu montieren. Ein weiteres Zeichen für den günstigen Verlauf ist das Bemühen von Herrn S. um die Teilnahme an einer Rückfallvermeidungsgruppe.

Bei der jährlichen Überprüfung der Maßregel wird in Aussicht gestellt, dass Herr S. innerhalb der nächsten ein bis zwei Jahre auf eine halboffene Station wechseln kann. Wenn dies unter der Voraussetzung einer weiteren positiven Entwicklung von Herrn S. eintreten würde, könnte er seine Ausbildung ambulant betreut von der Ergotherapie außerhalb der Klinik beenden.

5.5.12 Fazit

Für psychisch kranke Rechtsbrecher im Maßregelvollzug hat das ergotherapeutische Angebot eine zentrale Bedeutung. Es trägt in der Regel über Jahre dazu bei, einen mit sinnvollen Aufgaben gefüllten Lebens- und Arbeitsrhythmus „hinter Mauern“ zu ermöglichen. Zwischen 60 und 70% der gesamten forensischen Klientel nehmen täglich an ergotherapeutischen Maßnahmen teil.

Die Zukunftsaufgaben der Ergotherapie in der Forensik liegen vor allem in der Entwicklung, Erweiterung, Verbesserung und Evaluierung standardisierter Methoden, die dazu beitragen, die zentrale Fragestellung der Forensik, nämlich die Praxis der Prognose zukünftig gewalttätigen Verhaltens, zu verbessern. Gleiches gilt für ein maßgeschneidertes Training von beruflich und sozial relevanten Schlüsselqualifikationen bis hin zur beruflichen Qualifizierung. Künftig ist es auch wichtig, qualifizierte ergotherapeutische Angebote und Maßnahmen in der ambulanten Nachsorge zu etablieren. Die Ergotherapie kann und muss durch ihre starke Handlungsorientierung einen wichtigen Beitrag zu einer Reintegration und -sozialisierung forensischer Patienten leisten.

5.6 Literatur

Adler G. Paranoide Störungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Schattauer; 2001.

Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiak W. Psychosomatische Medizin. 5. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg; 1996.

Ahrens S, Schneider W. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2002.

Aissen-Crewett M. Kunst und Therapie in Gruppen. 5. verb. Auflage Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2002.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie – Enquete. Bd. 1 und 2. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.

Alexander F. Psychosomatic medicine. New York: Norton; 1950.

Ambühl H, Strauß B. Therapieziele. Göttingen: Hogrefe; 1999.

Andrews D, Bonta J. The level of service inventory-revised. Toronto: Multi-Health Systems; 1995.

Arasin B, Winter B. Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme; 2007.

Arendt H. Vita activa, München: Piper; 1981.

Axline VM. Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt; 1997.

Ayres J. Bausteine der kindlichen Entwicklung. Heidelberg: Springer; 2002.

Ayres J. Sensory Integration and Praxis Test (SIPT). Göttingen: Hogrefe; 1991.

Ayres J. Southern California Sensory Integration Tests: Motor Accuracy Test Revised. Western Psychological Services; 1985.

Badegruber B, Pirkl F. Geschichten zum Problemlösen. 5. Auflage. Linz: Veritas; 1996.

Bahlke S, Braun H, Hrsg. Arbeitsplatznahe Rehabilitation Behinderter. Idstein: Schulz-Kirchner; 2000.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Chicago: Model of Human Occupation (OSA). Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), Wissenschaftliche Reihe Assessments. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.

Basdekis-Jozsa R, Krausz M. Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen: Sucht Aktuell. 2002; 1:63.

Battegay R. Vom Hintergrund der Süchte. 5. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Blaukreuz; 1993.

Bauer P. Das integrierte psychologische Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1. Lengerich: Pabst Science; 2002.

Bauer P. Dialektisch-behaviorale Therapie in der Borderline-Störung (DBT). In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1. Lengerich: Pabst Science; 2002.

Beck U. Schöne neue Arbeitswelt. Bd. 2. Frankfurt/Main: Campus; 1999.

Becker J. Die Wegwerf-Windel auf der Wäscheleine. 6. Auflage. Darmstadt: afw-Arbeitshilfe Demenz; 2000.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

mung wird stabiler. Er sucht in der Arbeitssituation häufiger das Gespräch mit Mitpatienten. Auf der Station zeigt er ähnliches Verhalten.

Da er eine positive Entwicklung gemacht hat und nach allgemeiner Einschätzung derzeit kein Rückfallrisiko besteht, erhält Herr S. eine höhere Stufe, die es ihm erlaubt, in Personalbegleitung zum Kleidereinkauf in die Stadt zu gehen und mit dem Ergotherapeuten Möbel außerhalb der Klinik zu montieren. Ein weiteres Zeichen für den günstigen Verlauf ist das Bemühen von Herrn S. um die Teilnahme an einer Rückfallvermeidungsgruppe.

Bei der jährlichen Überprüfung der Maßregel wird in Aussicht gestellt, dass Herr S. innerhalb der nächsten ein bis zwei Jahre auf eine halboffene Station wechseln kann. Wenn dies unter der Voraussetzung einer weiteren positiven Entwicklung von Herrn S. eintreten würde, könnte er seine Ausbildung ambulant betreut von der Ergotherapie außerhalb der Klinik beenden.

5.5.12 Fazit

Für psychisch kranke Rechtsbrecher im Maßregelvollzug hat das ergotherapeutische Angebot eine zentrale Bedeutung. Es trägt in der Regel über Jahre dazu bei, einen mit sinnvollen Aufgaben gefüllten Lebens- und Arbeitsrhythmus „hinter Mauern“ zu ermöglichen. Zwischen 60 und 70% der gesamten forensischen Klientel nehmen täglich an ergotherapeutischen Maßnahmen teil.

Die Zukunftsaufgaben der Ergotherapie in der Forensik liegen vor allem in der Entwicklung, Erweiterung, Verbesserung und Evaluierung standardisierter Methoden, die dazu beitragen, die zentrale Fragestellung der Forensik, nämlich die Praxis der Prognose zukünftig gewalttätigen Verhaltens, zu verbessern. Gleiches gilt für ein maßgeschneidertes Training von beruflich und sozial relevanten Schlüsselqualifikationen bis hin zur beruflichen Qualifizierung. Künftig ist es auch wichtig, qualifizierte ergotherapeutische Angebote und Maßnahmen in der ambulanten Nachsorge zu etablieren. Die Ergotherapie kann und muss durch ihre starke Handlungsorientierung einen wichtigen Beitrag zu einer Reintegration und -sozialisierung forensischer Patienten leisten.

5.6 Literatur

Adler G. Paranoide Störungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Schattauer; 2001.

Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiak W. Psychosomatische Medizin. 5. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg; 1996.

Ahrens S, Schneider W. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2002.

Aissen-Crewett M. Kunst und Therapie in Gruppen. 5. verb. Auflage Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2002.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg. 25 Jahre Psychiatrie – Enquete. Bd. 1 und 2. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.

Alexander F. Psychosomatic medicine. New York: Norton; 1950.

Ambühl H, Strauß B. Therapieziele. Göttingen: Hogrefe; 1999.

Andrews D, Bonta J. The level of service inventory-revised. Toronto: Multi-Health Systems; 1995.

Arasin B, Winter B. Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme; 2007.

Arendt H. Vita activa, München: Piper; 1981.

Axline VM. Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt; 1997.

Ayres J. Bausteine der kindlichen Entwicklung. Heidelberg: Springer; 2002.

Ayres J. Sensory Integration and Praxis Test (SIPT). Göttingen: Hogrefe; 1991.

Ayres J. Southern California Sensory Integration Tests: Motor Accuracy Test Revised. Western Psychological Services; 1985.

Badegruber B, Pirkl F. Geschichten zum Problemlösen. 5. Auflage. Linz: Veritas; 1996.

Bahlke S, Braun H, Hrsg. Arbeitsplatznahe Rehabilitation Behinderter. Idstein: Schulz-Kirchner; 2000.

Baron K, Kielhofner G, Lyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment. Chicago: Model of Human Occupation (OSA). Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), Wissenschaftliche Reihe Assessments. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.

Basdekis-Jozsa R, Krausz M. Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen: Sucht Aktuell. 2002; 1:63.

Battegay R. Vom Hintergrund der Süchte. 5. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Blaukreuz; 1993.

Bauer P. Das integrierte psychologische Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1. Lengerich: Pabst Science; 2002.

Bauer P. Dialektisch-behaviorale Therapie in der Borderline-Störung (DBT). In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1. Lengerich: Pabst Science; 2002.

Beck U. Schöne neue Arbeitswelt. Bd. 2. Frankfurt/Main: Campus; 1999.

Becker J. Die Wegwerf-Windel auf der Wäscheleine. 6. Auflage. Darmstadt: afw-Arbeitshilfe Demenz; 2000.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bennett DH. Das Arbeitstraining in teilstationären Einrichtungen in England. In: Reimer F, Hrsg. Arbeitstherapie, Praxis und Probleme in der Psychiatrie. Stuttgart; 1977:7.
Berg IK, Reuss NH. Lösungen – Schritt für Schritt. Bd. 19. Dortmund: Verlag modernes lernen; 1999.
Bernhardt T, Seidler A, Fröhlich L. Der Einfluss von psychosozialen Faktoren auf das Demenzerkrankungsrisiko. Fortschr Neurol Psychiat. 2002; 70:283.
Besems T, van Vugt G. Gestalttherapie mit geistig behinderten Menschen, Teil 1. Geistige Behinderung. 1988; 4:1.
Beyschlag R. Altengymnastik und kleine Spiele. 8. bearb. Auflage München/Jena: Urban und Fischer; 1999.
Blonski H, Grond E, Kipp J. Wahn und Wahnhafte Erkrankungen im Alter. München/Basel: Reinhardt Verlag; 1996.
Böhm E. Verwirrt nicht die Verwirrten. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1988.
Böhmer A, Eggert M, Krüger A. Fühlen – Wahrnehmen – Handeln. Unterrichtsideen. Materialien zur Prävention von sexuellem Missbrauch. Leipzig: Klett; 1995.
Bohus M. Borderline-Störung, Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2002.
Bolz N. Gadget Lover. In: Schuller A, Kleber JA, Hrsg. Gier. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1993.
Booth R. Ich spanne meine Muskeln an, damit ich mich entspannen kann. Progressive Muskelrelaxation für Kinder. München: Kösel; 1997.
Böttger A, Holterhoff-Schulte I. Therapie und Arbeit. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen; 2001.
Braus D. EinBlick ins Gehirn. Stuttgart: Thieme; 2004.
Braveman B, Robson M, Velozo C, Kielhofner G, Fisher G, Forsyth K, Kerschbaum J. WRI. Benutzerhandbuch für das Worker Role Interview. Version 10.0. Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B u. J. Edition Vita Activa. Idstein: Schulz-Kirchner; 2007.
Brehmer C. Snoezelen, schnuppern und dösen. Ergotherapie und Rehabilitation. 1995; 2:182.
Bundeskriminalamt, Hrsg. Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland 1999; Falldatei Rauschgift Stand 31. 1. 2000, Wiesbaden; 2000. http://www.bka.de.
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg. Forschungsbericht 236, Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter. Berlin; 1993.
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg. IMBA – Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt. Loseblattsammlung. Bonn; 1996.
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg. Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit – MELBA. Forschungsbericht Nr. 259. Bonn; 1997.
Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. Suchtbericht 2000. Bonn; http://www.bmgs.de 2000.
Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. Suchtbericht 2001, Bonn; http://www.bmgs.de 2001.
Bundesministerium für Gesundheit. Wenn das Gedächtnis nachlässt. Stand August 2005. www.bsmgs.bund.de. Abruf: 28. 8. 2008.
Buser K, Kaul-Hecker U. Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie. 4. Auflage. Stuttgart: Gustav Fischer; 1996.
Cardenas B. Diagnostik mit Pfiffigunde. Ein kindgemäßes Verfahren zur Beobachtung von Wahrnehmung und Motorik. Göttingen: Hogrefe; 2000.
Cohn RC. Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart: Klett; 2004.
Coulacoglou C. Fairy Tale Test (FTT). Ein projektiver Persönlichkeitstest für Kinder. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2003.
Cumming J, Cumming E. Ich und Milieu. Theorie und Praxis der Milieutherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1979.
Dalhoff A, Döring A, Hirsekorn B, Timmer A. Das ergotherapeutische Handlungsfeld in der Psychiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 1999.
de Beauvoir S. Das Alter. Reinbek/Hamburg: Rowohlt; 1986.
Deegener G. et al. Tübinger Luria-Cristensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder (TÜKI). Göttingen: Hogrefe; 1997.
Deutsch F. Über das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der inneren Medizin. Wiener Med Wschr. 1922; 72:809.
Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren, Hrsg. Jahrbuch Sucht 2002. Geesthacht: Neuland; 2002.
Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren, Hrsg. Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. In: DHS Info. Ahaus: Lensing; 2000.
Diekmann U. Psychiatrische Erkrankung im Alter und ihre medikamentöse Behandlung. Wunstorf: Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf; 2000.
Dieterich M, Goll M, Pfeiffer G, Tress J, Schweiger F, Hartmann F. Hamet2. Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen. Herausgegeben und vertrieben durch das BBW Waiblingen gGmbH Steinbeisstraße 16, 71332 Waiblingen, Stand 2007.
Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber; 1993/2000.
Döpfner M, Frölich J, Lehmkuhl G. Hyperkinetische Störungen – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2000.
Döpfner M, Lehmkuhl G. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). 2. erweiterte Auflage. Bern: Huber; 2000.
Drogenbeauftrage des Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. Drogen- und Suchtbericht 2007. Berlin 2007.
Eggert D. Lincoln-Oseretzky-Skala Kurzform (LOS KF 18). 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1974.
Erikson EH. Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1950.
Eucker S. Relaps Prevention. In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1. Lengerich: Pabst Science; 2002.
Eucker S. Verhaltentherapeutische Methoden in der Straftäterbehandlung. In: Kröber H-L, Dahle KP, Hrsg.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf, Behandlung, Opferschutz. Heidelberg: Kriminalistik Verlag; 1998:189.
Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), Hrsg. Akzeptanz und Grenzen – Beziehungsw(a)eisen in der Suchtarbeit. Dokumentation 15. Bundesdrogenkongress/e. V. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH; 1993.
Fachverband Sucht e. V., Hrsg. Sucht und Erwerbstätigkeit – wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Beiträge des 8. Heidelberger Kongresses 1995. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH; 1997.
Fagerström G, Hansson G. Peter, Ida und Minimum. Familie Lindström bekommt ein Baby. Ravensburg: Maier; 1987.
Faust V. Alzheimer Demenz. Psychiatrie heute. 2001 http:www.volker-faust.de/psychiatrie/texte/alzheimer.html(1–23)(02. 09. 2001).
Faust V. Depressionen, Teil 1. Psychiatrie heute. 2001 http:www.volker-faust.de/psychiatrie/texte/depression 4a.html(1–32)(09. 09. 2001).
Faust V. Psychiatrie. 2. Auflage. München: Urban und Fischer; 2002.
Feil N. Validation. Ein Weg zum Verständnis alter Menschen. München: Reinhardt Verlag; 1999, 2005.
Fengler J. Süchtige und Tüchtige. München: Peiffer; 1994.
Ferber R, Gans M. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., Hrsg. Indikationskatalog Ambulante Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
Ferber R. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., Hrsg. Indikationskatalog Ambulante Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
Fikar H. Die integrative Körpertherapie nach Besems. Geistige Behinderung. 1987; 4:5.
Fischer T. Berufsfindung und Arbeitserprobung. Dortmund: Verlag modernes lernen; 1987.
Fisher A, Murray E, Bundy A. Sensorische Integrationstherapie, Theorie und Praxis. Berlin: Springer; 1998:4.
Fleck-Bangert R. Was Kinderbilder uns erzählen. 2. Auflage. München: Kösel; 1999.
Föhres F, Kleffmann A, Müller B, Weinmann S. MELBA – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration, Hrsg. Siegen: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; 1997.
Forck M, Lücke K, Reuschel A. Snoezeln für Kinder und Jugendliche mit auffälligem Verhalten unterschiedlicher Genese in der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Marl Sinsen. Schriftenreihe Psychiatrie SPE 7, BTZ Köln; 1998.
Forck M, Lücke K, Siefen R. Snoezel-Therapie für geistig Behinderte und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Vortrag auf der XIII. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie; 1993.
Franke U, Hrsg. Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder. 3. Auflage. München: Urban & Fischer; 1999.
Freese R. Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 2. Lengerich: Pabst Science; 2003.
Frei K. Sexueller Missbrauch. Schutz durch Aufklärung. Ravensburg: Maier; 1993.
Friedrich S, Friebel V. Entspannung für Kinder. Reinbek/Hamburg: Rowohlt; 1993.
Fröhlich A. Basale Stimulation. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben; 1991.
Frohn B. Handbuch der psychoaktiven Pflanzen. Augsburg: Weltbild; 1999.
Frostig M, Bratfisch O. Frostigs Test der motorischen Entwicklung (FTM). Stockholm. AOB Studium; 1985.
Frostig M, Lockowandt O. Frostigs Test der visuellen Wahrnehmung. 9. Auflage. Göttingen: Beltz; 2000.
Gede H, Kriege S, Strebel H, Sulzmann-Dauer I. Kinder zu Wort kommen lassen. Idstein: Schulz Kirchner; 2007.
Gede H, Kroll M, Meisgeier K. KZP und CMOP in der Arbeit mit Grundschulkindern – theoretische Gedanken treffen die pädiatrische Praxis. Diplomarbeit erstellt an der Hogeschool Zuyd; 2001 (überarbeitete Ausgabe 2002).
GEO Wissen, Hrsg. Sucht und Rausch. Hamburg: Gruner + Jahr; 1990.
Gipser D. Kriminalität der Frauen und Mädchen. In: Schneider HJ, Hrsg. Die Psychologie des 20. Jahrhunderts – Auswirkungen auf die Kriminologie. Delinquenz und Gesellschaft. 1981; 14:437.
Götze P. Psychoanalytische Therapieverfahren. In: Ahrens S, Schneider W. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2002.
Götze P. Psychoanalytische Therapieverfahren. In: Möller H-J, Hrsg. Therapie psychiatrischer Erkrankungen. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2000; 82.
Gretenkord L. Das Reasoning and Rehabilitation Programm (R&R). In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1. Lengerich: Pabst Science; 2002.
Gretenkord L. Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag; 2001.
Grimm H, Schöler H. Heidelberger Sprachentwicklungstest. Göttingen: Hogrefe; 1991.
Grond E. Altersschwermut. München: Reinhardt; 2001.
Grond E. Praxis der psychischen Altenpflege. München: Werk-Verlag; 1990.
Grond E. Wahnerkrankungen im Alter aus sozialmedizinischer Sicht. In: Blonski H, Grond E, Kipp J. Wahn und Wahnhafte Erkrankungen im Alter. München/Basel: Reinhardt Verlag; 1996.
Habermann C, Wittmershaus C. Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Stuttgart: Thieme; 2005.
Haerlin C. Wie erarbeite ich mit dem Kranken eine realistische Perspektive in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit? In: Kunze H, Lehmann K, Hrsg. Praxis und Probleme der Arbeitstherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1987.
Hagedorn R. Ergotherapie – Theorien und Modelle. Stuttgart: Thieme; 2000.
Hamburger Fortbildungs-Institut Drogen und AIDS, Hrsg. Drogen und AIDS. Seminardokumentation 1995/1996. Bd. 1. Hamburg: Mottendruck; 1996.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Hammill DD, Pearson NA, Voress JK. Development Test of Visual Perception (DTVP-2). Göttingen: Hogrefe; 1993.
Hand I, Wittchen HU, Hrsg. Verhaltenstherapie in der Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer; 1989.
Hand I. Multimodale Verhaltenstherapie. In: Ahrens S, Schneider W. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2002.
Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders. The development of a statistical prediction instrument. Criminal Justice and Behavior. 1993; 20:315.
Hartwanger A. Den Körper als Ganzes spüren. Altenpflege. 1996; 9:587.
Hawton K. Suicide and attempted suicide among children and adolescents. London: Sage Publications; 1986.
Heckmann W. Drogentherapie in der Praxis. Weinheim: Beltz; 1991.
Heide M. „Wenn ich erst wieder Arbeit habe…". Geesthacht: Neuland; 2001.
Hellbrügge T. Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. 2. und 3. Lebensjahr. Göttingen: Hogrefe; 1994.
Herwig-Lempp J. Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Dortmund: Löer; 1994.
Hoffmann L. Das kleine Buch der Gefühle. Geschichten zum Nachdenken, darüber Reden und Mitmachen. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
Hofstetter V. Psychoedukation. In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1. Lengerich: Pabst Science; 2002.
Hoppe U. „Die 10-Minuten-Aktivierung mit Verwirrten", Altenpflege – Aus- und Fortbildung durch Video. Hannover: Vincentz; 1996.
Höring C. Körperorientierte Beziehungsarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachhochschule Münster; 2000.
Horn W. Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB). Göttingen: Hogrefe; 1969.
Hüllinghorst R, Merfert-Diete C, Lindemann F. Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht: Neuland; 1999.
Irle M, Allehoff W. Berufsinteressentest II. Göttingen: Hogrefe; 1988.
Jahoda M. Wieviel Arbeit braucht der Mensch. Berlin: Ullstein; 1986.
Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P, Hrsg. Ergotherapie – Reflexion und Analyse: Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Bd. 49. Heidelberg: Springer; 1999.
Jung M. Seele – Sucht – Sehnsucht. Lahnstein: emu; 1999.
Kaiser G. Kriminologie. 2. Auflage. Heidelberg: CF Müller; 1988.
Kayser A, Kayser E. Spiel, Spielen, Therapie. 3. unveränderte Auflage Idstein: Schulz-Kirchner; 2003.
Kayser E. Objektbeziehungen und Körperselbst in der Ergotherapie. 2. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner; 1999/2002.
Kerkhoff B, Hallbach A. Biografisches Arbeiten. Hannover: Vincentz Verlag; 2002.
Kernberg OF. Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1975.
Keyserlingk von L. Die schönsten Geschichten für die Kinderseele. Freiburg: Herder; 2001.
Kielholz P. Vermeidbare Fehler in Diagnostik und Therapie der Depression. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 1984.
Kiphard EJ, Schilling F. Körper-Koordinationstest für Kinder KTK. Weinheim: Beltz; 1974, 1985.
Kiphard EJ. Wie weit ist ein Kind entwickelt? Eine Anleitung zur Entwicklungsüberprüfung. Göttingen: Hogrefe; 2000.
Kipp J. Wahn bei alten Menschen aus psychiatrischer Sicht – ein verstehender Zugang. In: Blonski H, Grond E, Kipp J. Wahn und Wahnhafte Erkrankungen im Alter. München/Basel: Reinhardt Verlag; 1996.
Kleffmann A, Föhres F, Müller B, Weinmann S. MELBA – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Siegen: Universitätsklinik; 1997.
Knölker U. Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch. Bremen: Uni-Med; 1997.
Knopp M, Napp K, Hrsg. Wenn die Seele überläuft. Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1995.
Knopp M, Ott G. Total durchgeknallt. Hilfen für Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2002.
Koch-Suna B, Berghoff T. Konzept zur Dementenbetreuung. Revidierte Fassung 2007. http://www.vitaliswohnpark.de. Abruf: 8. 9. 2008.
Kohut H. Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt: Suhrkamp; 1973.
König K. Arbeitsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1998.
Kratzmeier H, Horn R. Raven-Matrizen-Test, Standard Progressive Matrices. Weinheim: Beltz; 1979.
Krausz M, Dittmann V. Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Freyberger HJ, Steglitz R, Hrsg. Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Basel: Karger; 1997.
Krausz M, Haasen C. Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens. Freiburg: Lambertus; 1996.
Kröber H-L, Hrsg. Psychiatrische Versorgung und Maßregelvollzug in Hessen. Berlin: Institut für Forensische Psychiatrie FU Berlin; 2001.
Kruse G, Behrendt K, Bonorden-Kleij K, Gößlingen HW. Fix(en) und fertig? Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1996.
Kurz A. Warum werden Altersdepressionen oft nicht erkannt. Neu Isenburg: Lingua Med; 1999:9.
Ladner-Merz S, Konzelmann A, Danz S. Therapeutische Standards für das HLT. Ergotherapie und Rehabilitation. 2002; 5:15.
Lamprecht F, Johnen R, Hrsg. Salutogenese. Frankfurt/Main: VAS; 1997.
Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e. V. (LSSH), Hrsg. Sucht und Lebensumfeld. Geesthacht: Neuland; 1992.
Landgarten HB. Klinische Kunsttherapie. Karlsruhe: Gerardi; 1990.
Landgarten HB. Kunsttherapie als Familientherapie. Karlsruhe: Gerardi; 1991.
Langer W, Haag G. Realitätsorientierungstraining in der Praxis. Altenpflege. 1987; 5:330.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Längle G, Welte W, Buchkremer G, Hrsg. Arbeitsrehabilitation im Wandel. Tübingen: Attempto; 1999.
Laux G, Müller W, Hrsg. Altersdepression: Erkennen und Behandeln. Neu-Isenburg: Lingua-Med; 1999.
Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. COPM – Canadian Occupational Performance Measure. Deutsche Übersetzung Dehnhardt B, Harth A, Meyer A. Im Eigenverlag der Übersetzerinnen 1999 (Originalarbeit 1998). Zu beziehen über: www.copm-zertifikat.de.
Leygraf N. Psychisch kranke Straftäter. Heidelberg: Springer; 1988.
Lieb H, von Pein A. Der kranke Gesunde. Stuttgart: Trias; 1990.
Linden M, Hautzinger M. Verhaltenstherapie. 3. Auflage. Heidelberg: Springer; 1996.
Linehan MM. Dialektisch behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien; 1996.
Lipsey MW. What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In: Mc Guire J (ed). What works: reduction reoffending. Chinester: Wiley; 1995:63.
Löhmer C, Standhardt R, Hrsg. TZI – Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach R. Cohn. Stuttgart: Klett-Cotta; 1995.
Lösel F. Ist der Behandlungsgedanke gescheitert? Eine empirische Bestandsaufnahme. ZtStrVo. 1996; 5:259.
Madsack T. Ergotherapeutisches Prognosemodul (EPM). Haina: Klinik für Forensische Psychiatrie; 2002.
Madsack T. Verhaltensbeobachtung in der Ergotherapie (VidE). Haina: Klinik für Forensische Psychiatrie; 2002.
Malan DH. The frontier of brief psychotherapy. New York: Plenum; 1976.
Manteufel E, Seeger N. Selbsterfahrung mit Kindern und Jugendlichen. München: Kösel; 1992.
Marker KR. Info zum Programmpaket Cogpack. Ladenburg: Marker Software; 2001.
Maßregelvollzugsgesetz. Hessen vom 3.12. 1981.
Matsutsuyu J. The Interest Checklist. Amer J Occup Ther. 1967; 11:170.
Mattejat F, Hrsg. Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4 Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. München: CIP-Medien; 2006.
May R. Entwicklungsstörungen als Risikofaktor kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. Schriftenreihe Psychiatrie; BTZ Köln 1997.
McGuire J (ed). What Works? Reducing Reoffending. Chinchester: Wiley; 1995.
Meermann R, Vandereycken W. Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer; 1991.
Meier C, Richle J. Sinn-voll und alltäglich – Materialien für Kinder mit Wahrnehmungsstörungen. 2. Auflage. Dortmund: verlag modernes lernen; 1995.
Menzies R, Webster CD. Construction and validation of risk assessments in a six-year follow-up of forensic patients: A tridimensional analysis. J Consult Clin Psychol. 1995; 63:766.
Meyer AE, Richter R, Grawe K, v. d. Schulenburg J-M, Schulte B. Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit; 1991.
Meyer AE. Historische Entwicklung des Fachgebiets Psychosomatik/Psychotherapie in Deutschland. In: Ahrens S, Schneider W. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2002.
Moore-Corner R, Kielhofner G. Work Environment Impact Scale (WEIS). Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber. (Marotzki U, Trans). Im Eigenverlag der Übersetzerin. AHA…Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), 1999 (Originalarbeit erschienen 1995).
Moore-Corner R, Kielhofner G, Work Environment Impact Scale (WEIS). Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber. Deutsche Übersetzung: Marotzki U. Reihe Vita activa. Idstein: Schulz-Kirchner; voraussichtliches Erscheinen 2009.
Müller J. Ganz schön aufgeklärt. Bindlach: Loewe; 1997.
Müller-Isberner R, Jöckel D, Gonzales-Cabeza S. Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20. Haina: Institut für forensische Psychiatrie; 1998.
Müller-Isberner R. Prinzipien der psychiatrischen Kriminaltherapie. In: Müller-Isberner R, Gonzalez-Cabeza S, Hrsg. Forensische Psychiatrie. Godesberg: Forum Verlag; 1998.
Müller-Isberner R. Psychiatrische Kriminaltherapie. In: Müller-Isberner R, Gretenkord L, Hrsg. Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 1. Lengerich: Pabst Science; 2002.
Neun H, Hrsg. Psychosomatische Einrichtungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1990.
Nolte D. Asthma, Das Krankheitsbild, Der Asthmapatient, Die Therapie. 5. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg; 1991.
Nowak M, Schifman R, Brinkmann R. Drogensucht. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 1996.
Oakley F, Kielhofner G, Barris R. The Role Checklist. Occup Ther J Res. 1986; 6:157.
Oerter R, Montada L. Entwicklungspsychologie. 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1995.
Oppolzer U. Gehirntraining mit Phantasie und Spaß. Dortmund: Borgmann; 1996.
Oswald WD, Rödel G, Hrsg. SIMA-Projekt Gedächtnistraining, Psychomotorisches Training. Göttingen: Hogrefe; 1995.
Pätzold I, Wolf M, Hörning A, Hoven J. Weißt du eigentlich, was mir wichtig ist? COSA. Child Occupational Self Assessment. Dortmund: verlag modernes lernen; 2005.
Pauli S, Kisch A. Geschickte Hände: Feinmotorische Übungen für Kinder in spielerischer Form. 3. Auflage. Dortmund: verlag modernes lernen; 1996.
Petermann U. Ruherituale und Entspannung mit Kindern. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren; 1996.
Petzold HJ. Multifaktorielle Genese psychotischer und anderer schwerer Erkrankungen. Paderborn: Junfermannscher Verlag; 1996.
Pigorsch M, Kleeberg B, Sohn N. RückSchau-Arbeit. Dortmund: Verlag Modernes Leben; 2002.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Plassmann R. Münchhausensyndrome und artifizielle Erkrankungen. In: Ahrens S, Schneider W. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2002.
Plassmann R. Psychoanalyse artifizieller Krankheiten. Habilitationsschrift. Medizinische Hochschule Hannover 1991. Aachen: Shaker; 1993.
Pollhäne H. Lockerungen im Maßregelvollzug. Frankfurt/Main: Lang; 1994.
Prinzhorn H. Bildnerei der Geisteskranken. Wien: Springer; 1921.
Pschyrembel W, Zink C, Dornblüth O. Klinisches Wörterbuch. 255. Auflage. Berlin: de Gruyter; 1986.
Psychrembel W, Zink C, Dornblüth O. Klinisches Wörterbuch. 259. Auflage. Berlin: de Gruyter; 2002.
Puls W. Stress, Arbeitsbedingungen und der Konsum von Alkohol. Leverkusen: Leske und Budrich; 1999.
Radebold H. Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen. Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht; 2000.
Radebold H. Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen. Gießen: Psychosozial Verlag; 2004.
Reich G, Schiess G. Praxisbezogene Einführung in die Erziehungswissenschaft. Stuttgart: Kohlhammer; 1984.
Reichel K. Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie. DVE Neue Reihe Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2005.
Revenstorf D. Psychotherapeutische Verfahren. Band III: Humanistische Therapien. Stuttgart: Kohlhammer; 1983.
Richards N. Integrative Validation, IVA-Script. 1997.
Roder V, Brenner H, Kienzle N, Hodel B. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1988.
Rogers CR. Therapeut und Klient. 16. Auflage. Frankfurt/Main: Fischer; 2001.
Ross RR, Fabiano EA, Ewles CD. Reasoning and Rehabilitation. Int J Offender Ther Comp Criminol. 1988; 32:29.
Rothenberger A. Wenn Kinder Tics entwickeln. Stuttgart: Fischer; 1991.
Rounsaville B, Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS. Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived topology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiatry 1992; 49:599.
Rudolf H. Graphomotorische Testbatterie (GMT). Göttingen: Hogrefe; 1986.
Saß H, Wittchen HU, Zandig M (dt. Bearbeitung). DSM IV: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2003.
Schaade G. Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. 2. Auflage. Heidelberg: Springer; 2002.
Schaade G. Stationäre Betreuung demenzkranker Menschen und ergotherapeutische Aufgaben. Ergotherapie und Rehabilitation. 2003; 5:17–25.
Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 1999/2000 und 2007.
Scheiber I. Ergotherapie in der Psychiatrie. Köln: Bardtenschlager; 1989/1995.
Schenk-Danzinger L. Entwicklungspsychologie. Band I. 23. Auflage. Wien: ÖBV; 1995.
Schindler R. Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. In: Psychologie des XX. Jd. II. 1957/58.
Schindler U, Hrsg. Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben, Mäeutik im Pflegealltag. Hannover: Vincentz; 2003.
Schmidbauer W, vom Scheidt J. Handbuch der Rauschdrogen. 2. Auflage. Zwickau: Westermann; 1997.
Schmidbauer W. Psychotherapie im Alter. Stuttgart: Kreuz Verlag; 2005.
Schmidt G. Gedächtnistraining für Senioren. München: Don Bosco Verlag; 1995.
Schmidtchen S. Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1991.
Schmidt-Hackenberg U. Wahrnehmen und Motivieren. Hannover: Vincentz-Verlag; 1996.
Scholz S, Strebel H, Sulzmann I. Don't tell. Ask! Ergotherapeutischer Ratgeber. Für die praktische Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes in der Pädiatrie. Diplomarbeit erstellt an der Hogeschool Zuyd Limburg; 2002.
Schottenloher G. Kunst- und Gestaltungstherapie. 3. Auflage. München: Kösel; 1992.
Schrode H. Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 1995.
Schuller A, Kleber JA. Gier. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1993
Schuntermann MF. Einführung in die ICF. Landsberg: ecomed Medizin; 2005.
Schwäbisch L, Siems M. Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2000.
Schwoon DR. Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg G, Hrsg. Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1992.
Seyfried E, Bühler A, Gmelin A. Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg. Forschungsbericht 236. Berlin; 1993.
Speck O. Chaos und Autonomie in der Erziehung. München: Reinhardt Verlag; 1991.
Steingrüber H-J, Lienert GA. Hand-Dominanz-Test. Handanweisung. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1976.
Steinhausen H-C. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 3. und 4. Auflage. München: Urban & Fischer; 1996/2000.
Stengel F. Gedächtnis spielend trainieren. Stuttgart: Klett; 1987.
Stiensmeier-Pelster J, Schürmann M, Duda K. Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Göttingen: Hogrefe; 2000.
Strafgesetzbuch. Beck Texte im dtv. 30. Auflage. München: Beck; 1996.
Strafprozessordnung. Beck Texte im dtv. 28. Auflage. München: Beck; 1997.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Strafvollzugsgesetz. Beck Texte im dtv. 15. Auflage. München: Beck; 2001.
Sumsion H, Hrsg. Klientenzentrierte Ergotherapie. Stuttgart: Thieme; 2002.
Svoboda W. Das rangdynamische Positionsmodell. Wien: Eigenverlag; 1993.
Tasseit S. Ambulante Suchttherapie. Geesthacht: Neuland; 1992.
Trauernicht G. Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch. 2. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales; 2000.
Tretter F, Müller A. Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe; 2001.
Unnewehr S, Schneider S, Margraf J. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Kinder-DIPS). Berlin: Springer; 1995.
Van den Brink W. Personality disorders and addiction (Editorial). Europ Addiction Res 1995; 1:161.
Van der Kooij C. Der Lohn ist ein Lächeln. Heim und Pflege. 2000; 7:278.
Velozo G, Kielhofner G, Fisher D. Worker Role Interview (WRI). (Dehnhardt B, Trans.). Im Eigenverlag der Übersetzerin. AHA…Edition vita activa, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), 1999 (Originalarbeit erschienen 1998).
Vesenbeckh W. Ergotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Zielke M, Sturm J. Handbuch der stationären Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz; 1994:439.
Voges W. Soziologie des höheren Lebensalters. Augsburg: Maro; 1989.
Volckart B. Maßregelvollzug. 4. Auflage. Neuwied: Luchterhand; 1997.
Volkamer M, Zimmer R. Motorik-Test für 4–6-jährige Kinder (MOT 4–6). 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1987.
von Uexküll T, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1988.
Wächtler C. Suizidalität im Alter. Ergotherapie und Rehabilitation. 2002; 10:11.
Wächtler C. Suizidalität im höheren Lebensalter. Suizidprophylaxe. 2001; 4:133.
Weber P, Marotzki U, Philippi R. Arbeitstherapeutische Verfahren. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 1999.
Weber P, Marotzki U, Philippi R. Arbeitstherapeutische Verfahren. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, Hrsg. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 2007.
Weber P, Steier F. Arbeit schaffen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1998.
Webster CD, Eaves D. The HCR-20 Scheme. The Assessment of Dangerousness and Risk. Vancouver: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia; 1995.
Weinberger S. Klientenzentrierte Gesprächsführung. Weinheim: Beltz; 1984.
Weiser E. Sucht und Umwelt. 14. Landestagung 1993. Geesthacht: Neuland; 1994.
Weiss E, English OS. Psychosomatic medicine. The application of psychopathology to general medicine. Philadelphia: Saunders; 1943.
Wienberg G, Sibum B. Psychoedukative Therapien schizophren Erkrankter. Einordnung und Überblick. In: Wienberg G, Hrsg. Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. 4. akt. Auflage. Bonn: Psychatrie-Verlag; 2003.
Williams MS, Shellenberger S. Wie läuft eigentlich Dein Motor? Theorie und Praxis der Selbstregulierung für Menschen mit ADS/HKS – Das „Alert Program", Dortmund: Verlag modernes Lernen; 2001.
Wilson Schaef A. Co-Abhängigkeit. 5. Auflage. München: Heyne; 1998.
Wojnar J, Schaade G. Besondere stationäre Versorgung Demenzkranker. Unveröffentlichter Vortrag. Hamburg: Ergotherapiekongress; 18. 4. 2002.
Wojnar J. Wahn und Halluzination in der stationären Versorgung alter Menschen. In: Blonski H, Grond E, Kipp J. Wahn und Wahnhafte Erkrankungen im Alter. München/Basel: Reinhardt Verlag; 1996.
World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health 2001– ICF. Geneva. www.who.int/classification/icf. Abgerufen: 4. 9. 2008.
Young KS. Cought in the Net. München: Kösel; 1999.
Zgola J. Etwas tun. Bern: Huber; 1989.
Zielke M, Sturm J. Handbuch der stationären Verhaltenstherapie. Weinhein: Beltz; 1994.
ZSP Haina. Klinik für forensische Psychiatrie Haina. Stichtagsuntersuchung. www.zsp-haina.de/kffp.

Tonträger

Kreusch-Jacob D. Lieder aus der Stille – Das Wolkenboot, Klangbilder und Meditationen für Kinder. Düsseldorf: Patmos; 1998.
Friebel V. Weiße Wolken Stille Reise. Ruhe und Entspannung für Kinder ab 4 Jahren. 2. Auflage. Münster: Ökotopia; 1997.
Klemm T, Grube P. Ich bin ich und du bist du! Lieder vom Großwerden und eine Geschichte zum Nachdenken. „Pehnert + Hoffmann, Künstler-Medien-Konzepte, Berlin" für JAKO-O; 1999.
Klemm T, Grube P. Miteinander! Lieder vom Großwerden und eine Geschichte zum Nachdenken. „Pehnert + Hoffmann, Künstler-Medien-Konzepte, Berlin" für JAKO-O; 2000.

Internet

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Leitlinien zur Diagnostik. Deutscher Ärzte-Verlag; 2003. www.awmf.de.

Ku
Di rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 2.17 Das innere Selbstbild einer Patientin mit Leibhalluzinationen.
a Von vorne.

Abb. 2.17 **b** Von hinten.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 2.18 Frauenkörper aus Ton, geschaffen durch „Vorbildlernen“ am Modell der Therapeutin.
a Fassbare Stabilität von vorne.

Abb. 2.18 b Stehen ohne Unterstützung von hinten.

Abb. 2.19 a, b Selbstständig geschaffene Figur der Patientin.

Abb. 2.19 b

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 2.20 Lieblingsfigur der Patientin „Halt und Haltung“.

Abb. 2.21 „Offen sein, für das was kommt“.

Abb. 2.22 Auf einem tragfähigen Boden steht die „Erinnerungsmauer“.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 4.5 Bei dissoziativen Zuständen malt Frau B. während der Behandlung wiederholt ihren Todeswunsch (schwarzes Kreuz) und ihr Gedankenkreisen um die innere Leere.

Abb. 4.6 Wie viel „gut“, wie viel „schlecht“ ist für Frau B. spürbar? Das „Gut“ ist wieder da.

Abb. 5.2 Ton bzw. Wulsttechnik.

Abb. 5.3 Feilarbeit am Holzklotz.

Abb. 5.4 Fertige Holzarbeit eines 15-jährigen Patienten, nach Vorlage gearbeitet.

Abb. 5.5 Interaktionelle Gemeinschaftsarbeit: gemeinsame Bildgestaltung mit Pastellkreiden, ohne miteinander zu sprechen.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 5.6 Ergotherapeutisches Gruppenprojekt nach der interaktionellen und ausdruckszentrierten Methode mit einer Jugendlichengruppe: Erstellung und Gestaltung der eigenen Maske.

Abb. 5.7 Ergotherapeutisches Gruppenprojekt nach der interaktionellen und ausdruckszentrierten Methode mit einer Jugendlichengruppe: Maskenspiel und Erinnerungsfoto im Wald.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 5.8 Holzarbeit an der Biber-Tretlaubsäge: Verbesserung der bilateralen motorischen Koordination und Tonusregulation.

Abb. 5.9 Ausdruckszentrierte Einzelarbeit in der Gruppe: „Fantasiegestalten aus Ton“.

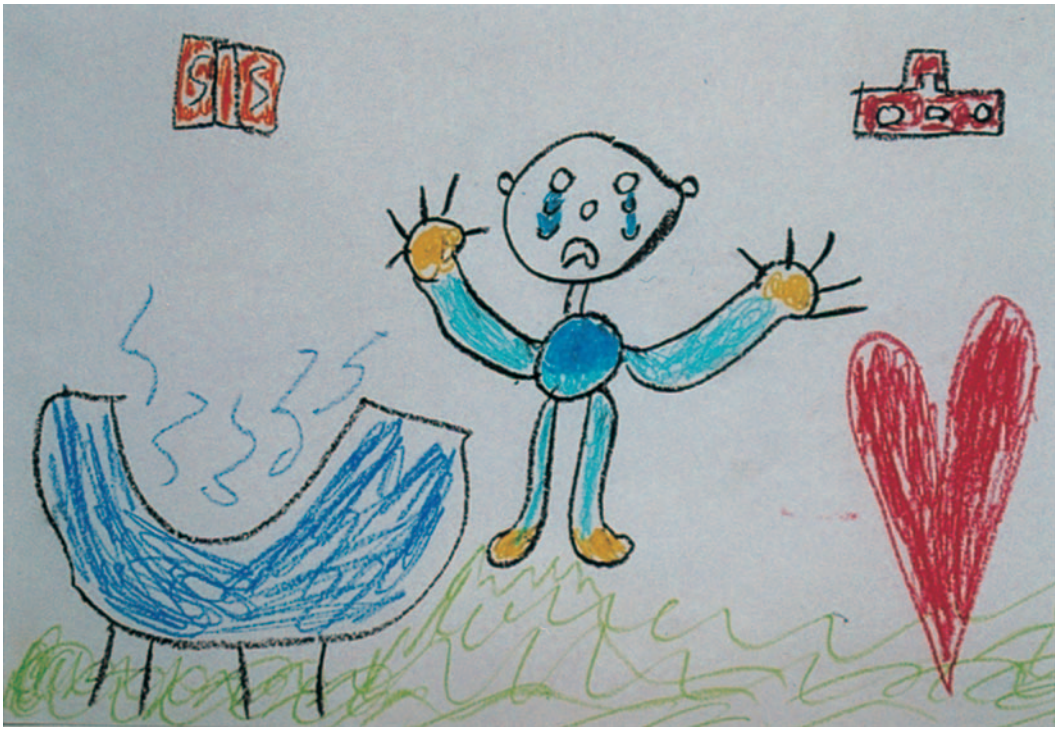

Abb. 5.13 Bewältigungsstrategien bei Stress: Buch lesen, Radio hören, in der Wanne baden, Zuwendung holen (Herz).

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 5.14 Faltblatt aus Tonkarton, theoretischer Bezug: Skillstraining nach Bohus (2002).

Abb. 5.15 Schwarzer Ton: „Schrei des Entsetzens".

Abb. 5.16 Weißer Ton: „Partnerschaftskonflikt, Verkettung, ich (Patientin) bin der untere Teil".

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

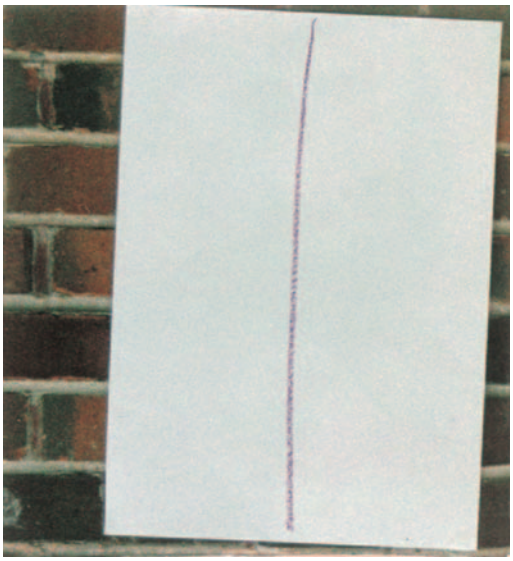

Abb. 5.17 „Aggression gegen mich (Patientin) selbst gerichtet“.

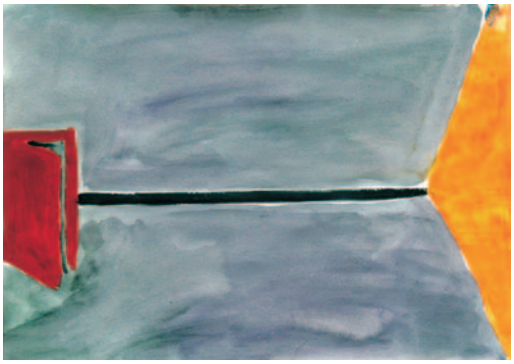

Abb. 5.18 Fingerfarben: „Ich (Patientin) möchte alle Gefühle begraben“.

Abb. 5.19 Volltonfarben: „Bedrohung und Weg zum Licht“.

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sachverzeichnis

A

Abhängigkeit 390
Abhängigkeitserkrankung s. Suchterkrankung
Abwehrhaltung 401
Activity of daily living (ADL) 349ff, 357
ADHS s. Hyperkinetische Störung 278
Adipositas 370
ADL (Activity of daily living) 349ff, 357f
Affektregulation, Störung 239
Affektstabilität 420
Affektstörung 218
Affolter-Modell 323
Agoraphobie 250
Aktionsplan 89
Aktivität
– ICF-Definition 23
– körperliche 352
– Leben, tägliches (Activity of daily living, ADL)
– – Altersdepression 349ff
– – Demenz 357f
– sportliche 409
Aktivitätswahl 36
Alkoholabhängigkeit (s. auch Suchterkrankung)
– Arbeitsstörung 419
– Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) 92
– Suchtgruppe 440
Alltag, forensischer 432
Alltagsbewältigung 153
Alltagstheorie 150
Alter
– Aspekt
– – physiologischer 338
– – soziologischer 338f
– Suizidalität 339f
Altersdepression s. Depression, Gerontopsychatrie
Altersparanoia s. Psychose, paranoide
Alterswahn 347
Ambivalenzkonflikt 238
Angehörigenarbeit
– Depression, Therapie 228
– Gesprächsführung, klientenzentrierte 113
Angehörigengruppe 220
Angstneurose s. Angststörung
Angststörung (Angstneurose) 249
– Ergotherapie 254ff
– – Befunderhebung 254
– – Behandlungsmethode 255
– – Haltung 254
– – Ziel 254
– Faktor, psychosozialer 254
– generalisierte 251
– Klassifikation nach ICD-10 250f
– Modell
– – medizinisches 251
– – psychologisches 251
– Therapie 252ff
– Ursache 251f
– Verlauf 252
Anorexia nervosa (Magersucht) 287f
– Ätiologie 287f
– Diagnostik 287
– Klassifikation 287
– Psychosomatik 370
– Therapie 288
Antrieb, Lübecker Fähigkeitenprofil 120f
Arbeitender, Interview (Worker Role Interview, WRI) 58f
Arbeitsbelohnung 438f
Arbeitsdiagnostik 381
Arbeitsebene 8
Arbeitsfähigkeit
– allgemeine, Einschätzungsbogen 416
– Depression 226
– Diagnostik, handlungsorientierte 181f
– Suchterkrankung 416f
Arbeitsfähigkeitenkreis 179f
Arbeitsfeld, ergotherapeutisches 91
Arbeitsgenauigkeit 419
Arbeitslosigkeit 411f
Arbeitsorganisation 420
Arbeitsphase 161
Arbeitsplatzsuche 423
Arbeitsrehabilitation s. Arbeitstherapie
Arbeitsstörung
– Definition 419
– substanzspezifische 419
– Suchterkrankung 418ff
Arbeitstempo 419
Arbeitstherapie 178f
– Ablauf, prozesshafter 180f
– Anamnese 181
– Behandlungsabschluss 185
– Behandlungsmaßnahme 183f
– Behandlungsziel 179f
– – Patientenentscheidung 182
– Diagnostik 181f
– Drogensüchtiger 414
– Informationsauswertung 182
– Kinder- und Jugendpsychiatrie
– – Indikation 324
– – Zielsetzung 324
– Lübecker Fähigkeitenprofil (LFP) 182
– Maßnahme, Durchführung 183
– Suchterkrankung 411ff
– – Befunderhebung 415
– – Behandlungskonzept 415f
– – Fallbeispiel 413f, 417f
– – Form 412f
– – Ziel 414
– Tätigkeitsfeld 179
– Überweisung 180f
– Wiedereingliederung, berufliche 396
– Zwangsstörung (Zwangsneurose) 263
Arbeitstraining 381
Arbeitsumgebung, Fragebogen (Work Environment Impact Scale, WEIS) 59
Artikulationsstörung 280
Asperger-Syndrom 280
Assessment of Communication and Interaction Skills (Assessment der Kommunikationsund Interaktionsfähigkeiten, ACIS)
– Therapieplanung 61f
– Befunderhebung, ergotherapeutische 116
– – Psychose 229
Assessmenttechnik 209f
Asthma bronchiale 368
Aufmerksamkeit
– Lübecker Fähigkeitenprofil 120f
– Störung
– – Schizophrenie 216
– – Kinder- und Jugendpsychiatrie s. Hyperkinetische Störung
Aufmerksamkeitstraining, handlungsorientiertes (HAT) 278
– Ausund Weiterbildungseinrichtung, Qualitätsmanagement (QM) 110
Ausbildung, abgebrochene 424
Ausdauer 419
Ausdrucksform, sprachliche 114
Ausflug, Suchterkrankung 410
Autismus 280
Autogenes Training 327f
Autorität, Umgang 420
AZAZ (Grundprinzipien, sensomotorisch-perzeptive) 277

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

B

BApK (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) 5
Basisstörung 215
Befunderhebung
– Arbeitstherapie 415f
– ergotherapeutische 115ff, 229ff
Befunderhebungsinstrument 52ff, 229
– kombiniertes 62f
Befundungskriterien 249
Behandlung, ergotherapeutische s. Ergotherapie
Behandlungsansatz
– Definition, Hagedorn 139f
– ergebnisorientierter 142
– ergotherapeutischer, Gerontopsychiatrie 348
– klientenzentrierter 114f
– – CMOP/COPM 85
– prozessorientierter 142
– psychodynamischer 227
– theoretischer, Auswahl 87f
– tiefenpsychologischer 227
– traditioneller 115
Behandlungsmethode, ergotherapeutische
– – ausdruckszentrierte 155ff
– – – Abgrenzung Kunst- und Gestaltungstherapie 162f
– – – Angststörung (Angstneurose) 255
– – – Borderline-Persönlichkeitsstörung 246
– – – Depression 230
– – – Hintergrund, theoretischer 155
– – – Kinder- und Jugendpsychiatrie 315ff
– – – – Fallbeispiel 318f
– – – – Indikation 316
– – – – Maßnahme 317
– – – – Sozialform 316f
– – – Medien 158
– – – Psychosomatik 372
– – – – Einzeltherapie 372
– – – – Gruppentherapie 382f
– – – Schizophrenie 222
– – – Sozialform 157
– – – Sozialverhalten, Störung 275
– – – Störung 162
– – – Suchterkrankung 404
– – – Ziel 158
– – – Zwangsstörung (Zwangsneurose) 263
– – Definition 147
– – Durchführung, Qualitätsmanagement (QM) 109, 117
– – evidenzbasierte s. EBP-Methode
– – Gerontopsychiatrie 356
– – interaktionelle
– – – Angststörung (Angstneurose) 255
– – – Depression 231f
– – – Einsatz 148
– – – – alltagsorientierter 154
– – – Kinderund Jugendpsychiatrie 309ff
– – – – Fallbeispiel 312ff
– – – – Indikation 310
– – – – Maßnahme 311f
– – – – Rahmenbedingung 312
– – – – Sozialform 311
– – – – Zielsetzung 310
– – – Psychosomatik 385f
– – – Schizophrenie 223
– – – Sozialverhalten, Störung 275
– – – Suchterkrankung 403
– – – Zwangsstörung (Zwangsneurose) 263
– – kompetenzzentrierte
– – – Angststörung (Angstneurose) 255
– – – Borderline-Persönlichkeitsstörung 246
– – – Depression 230
– – – Einsatz 147f
– – – – alltagsorientierter 152
– – – Kinder- und Jugendpsychiatrie 305ff
– – – – Fallbeispiel 307f, 309f
– – – – Indikation 306
– – – – Maßnahme 308
– – – – Rahmenbedingung 308
– – – – Sozialform 307
– – – – Zielsetzung 306f
– – – Psychosomatik 372
– – – Schizophrenie 222
– – – Sozialverhalten, Störung 275
– – – Suchterkrankung 403
– – – Zwangsstörung (Zwangsneurose) 263
– – Psychosomatik 370ff
– – wahrnehmungszentrierte (s. auch Integrationstherapie, sensorische) 163ff
– – – Kinder- und Jugendpsychiatrie 319ff
Behandlungsverfahren
– arbeitsrehabilitives 178ff
– arbeitstherapeutisches 139, 178ff
– neuropsychologisches 139
– – Hirnleistungstraining 173f
– Psychiatrie 137ff
– psychosoziales 139ff
Behinderung, ICF-Definition 23f
Belastungserprobung 412
Belastungsstörung, somatoforme 21
Beobachtungsinstrument, kombiniertes 62
Beraten 64
Beratungsstelle, Suchterkrankung 394
Beruf, suchtgefährdender 422, 425
– Berufs- und Arbeitsanamnese (BAA) 181
Berufsausbildung, fehlende 425
Berufsbildungswerk (BBW) 16
Berufsförderungswerk (BFW) 15f
Berufstrainingszentrum 15
Berufsverständnis, prozesshaftes, dynamisches 66
Beschäftigungstherapie, Begriffsbestimmung 178
Betätigung (Occupation)
– Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) 85
– Definition 84f, 140
– Einfluss, kultureller 204
– Fragebogen 55ff, 90
– Kawa-(Fluss-)Modell 95
– Klienteneinbindung 63
– Model of Human Occupation (MOHO) 34ff, 45ff
– Umgebungsfaktor 202
– Wahl
– – klientenbezogene 64
– – umweltbezogene 64
Betätigungsdysfunktion 38ff
Betätigungsfertigkeit 49
Betätigungsfunktion 37f
Betätigungspartizipation 49
Betätigungsperformanz 49
– Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 86
– Komponente 66
– Problemidentifizierung 302
Betätigungsproblem, Kawa-Konzept 104f
Betätigungssetting 47f
Betätigungwahl 36
Bewegungstherapie, konzentrative (KBT) 165ff
– – Arbeitsweise 165f
– – Einzeltherapie 168
– – Gruppenangebot, ambulantes 388
– – Gruppentherapie 168
– – Kombination Ergotherapie 169
– – Rückfallprophylaxe 169
Beziehung
– soziale, Suchterkrankung 397f
– therapeutische 400f
Beziehungsarbeit 168
Beziehungsdreieck 145
Bezugsrahmen
– analytischer 68ff
– entwicklungsorientierter 72ff
– lerntheoretischer 79ff
– Modell der adaptiven Fähigkeiten 67ff
– Mosey Anne 65ff

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bindungsstörung, reaktive 293
– – Enthemmung 294
Biografiearbeit 358
Borderline-Persönlichkeitsstörung 235ff
– Affektregulationsstörung 239
– Ergotherapie 242ff
– – Assessment 244f
– – Befunderhebung 244
– – Behandlungsmethode 245ff
– – Haltung 243f
– – Therapieverlauf 248
– – Verhaltenstherapie, dialektisch-behaviorale 242
– Erklärungsmodell
– – dialektisch-behaviorales 239
– – psychoanalytisches 237
– Grundhaltung, therapeutische 241
– Hilfsabwehrmechanismus 237
– Klassifikation 236
– Säuglingsforschung 238f
– Symptomatik 240
– Therapie 240f
– – Phase 241
– – stationäre 240ff
– – – dialektisch-behaviorale 241
– – – psychoanalytische 240
– Verlauf 242f
Bottem-up-Ansatz 117
BPE (Bundesverband der Psychatrie-Erfahrenen) 5
Budget, persönliches 6
Bulimia nervosa 288f
– Diagnostik 288
– Psychosomatik 370
– Therapie 289
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) 5
Bundesverband der Psychatrie-Erfahrenen (BPE) 5

C

Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) 91
Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) 84ff
– Grundlage 84
– Modelldarstellung 84
– Umsetzungsbeispiel 92
– Weiterentwicklung 91
Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 85
– Anwendungsbereich 90f
– Betätigungsperformanz 305
– Durchführung 87f
– – Kinder- und Jugendpsychiatrie 302
– Erhebung, zweite 89
– Fallbeispiel 86f
– Grenze 90
Canadian Practice Process Framework (CPPF) 91
Children Occupational Self Assessment (COSA) 55f
– Kinder- und Jugendpsychiatrie 303f
– – Beispiel 304f, 307
Clinical Reasoning 115ff
– Form 118
CMOP s. Canadian Model of Occupational Performance
Coachen 64
Cogpack-Training 176
– Schizophrenie 220, 223
Colitis ulcerosa 368
Computer 174f
– Lernprogramm 177f
– Standardprogramm 177
– Therapiebedeutung 175
– Therapieprogramm 176f
– Therapieziel 175
Computerarbeitsplatz 178
Computerspiel 178
Computersucht 391
COPM s. Canadian Occupational Performance Measure
COSA s. Children Occupational Self Assessment
Cranach´sches Modell 143
(H)CR-ET 442f

D

Datenbank, Literaturrecherche 126, 130
DBT-Fertigkeitentraining 440
Deliktverteilung, Forensik 431
Dementia praecox 214
Demenz 343ff, 355ff
– Aspekt
– – emotionaler 345
– – sozialer 345
– Ergotherapie 355f
– – Arbeits- und Sozialform 356
– – Behandlungsansatz 356ff
– – – Fallbeispiel 359f
– – Zielsetzung 356
– Symptomatik 344
– Verhaltensveränderung 344
Demenzform 343
Denkstörung 218
Depression
– Alter 341f
– Arbeitsstörung 421
– Ergotherapie 228ff
– – Befunderhebung 229
– – Behandlungsmethode 230ff
– Gerontopsychatrie 341
– – Ergotherapie
– – – Behandlungsansatz 349ff
– – – – Fallbeispiel 353
– – – Methodik 349f
– Gruppe, ausdruckszentrierte 159
– Symptomatik 225f, 342f
– Therapie 227ff
– Vorläuferbedingung, Modell 225
Depressionsstation 227
Deprivation 293
Deprivationssyndrom 293
Diagnostik, ergotherapeutische
– – Instrument, Integrations-(SI-)Therapie 321
– – Qualitätsmanagement (QM) 109
Dienstleistungsstruktur 205
Dienstleistungssystem 205
Differenzierung, kognitive 154
Dimension
– affektive 144
– ethische 144
– funktionale 144
– manipulative 144
Distanzierung, psychodynamische 157
Dokumentation
– Checkliste 244f
– Qualitätsmanagement (QM) 110
– Terminologie 65
Drogenabhängigkeit (s. auch Suchterkrankung) 289
DSM (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) 21f

E

EBP s. Evidence Based Practice
Echtheit (Kongruenz) 112f
EFQM-Modell für Excellence der European Foundation of Quality Management (EFQM) 110
Einzelarbeit
– ausdruckszentrierte 157, 333f
– in der Gruppe 141
– – Kinder- und Jugendpsychiatrie 307
– – Methode
– – – ausdruckszentrierte 316
– – – interaktionelle 311
– – – kompetenzzentrierte 307
– – Suchterkrankung 406
Einzeltherapie 141
– Altersdepression 349
– ambulante 373ff
– Angststörung (Angstneurose) 255
– Behandlungsmethode, ergotherapeutische
– – – ausdruckszentrierte 316
– – – interaktionelle 311
– – – kompetenzzentrierte 307, 372
– Borderline-Persönlichkeitsstörung 246
– Depression 230
– in der Gruppe
– – Borderline-Persönlichkeitsstö-

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

– Kinder- und Jugendpsychiatrie 307
– klinische 371
– Psychosomatik 371
– Schizophrenie 222
– Spieltherapie 330
– Suchterkrankung 405f
– Zwangsstörung (Zwangsneurose) 263
Eltern-Kind-Therapie 307
– Behandlungsmethode, ergotherapeutische
– – – ausdruckszentrierte 317
– – – interaktionelle 310f
– – – kompetenzzentrierte 307
Elterntraining, ergotherapeutisches (ETET) 278
Empathie
– Gesprächsführung, klientenzentrierte 113
– illusionslose 400
– Persönlichkeitstheorie nach Rogers 63, 112f
Enabling Occupation 85
Enkopresis 289
Entspannungsinstruktion 380
Entspannungsverfahren 253
– Kinder- und Jugendpsychiatrie 327
Entwicklungsstörung 280ff
– Einteilung, diagnostische 21
– Klassifikation 280
– umschriebene
– – Fertigkeit, schulische 281ff
– – Funktion
– – – motorische 283
– – – – Diagnostik 284
– – – – Klassifikation 283
– – – – Therapie 284
– – Sprechen/Sprache 280f
– – – Ätiologie 281
– – – Diagnostik 280f
– – – Klassifikation 280
– – – Therapie 281
Enuresis 289
Ergotherapeutisches Prognosemodul (EPM) 442
Ergotherapie
– Abschluss 118
– alltags- und lebensweltorientierte 150
– – Grundsätze 151f
– – Methode
– – – interaktionelle 154
– – – kompetenzzentrierte 152
– – Therapieplanung 151
– – Vorgehensweise 152
– Angststörung (Angstneurose) 254ff
– Arbeitsfeld 90f
– Befunderhebung 115ff, 229ff
– Behandlungsmethode s. Behandlungsmethode, ergotherapeutische
– Behandlungsziel, Klient 117
– Berufsverständnis 66
– Borderline-Persönlichkeitsstörung 242ff
– Depression 228ff
– Dokumentation 119ff
– Einfluss, amerikanischer 135
– Entwicklung, USA 135
– forensische 437, 441f
– Gerontopsychiatrie 356ff
– Gesprächsführung 111ff, 161f
– Gesundheitsförderung 186
– Grundannahme Mosay 65ff
– Grundhaltung, therapeutische 111ff, 400ff
– Handwerkseinsatz 136f
– Informationsauswertung 117
– Institutionsambulanz 13
– Integrationsfirma 17f
– Kawa-(Fluss-)Modell 94ff
– Kinder- und Jugendpsychiatrie 299ff
– klinische, stationäre 12
– klienten- und kontextzentrierte 94ff
– klientenzentrierte 93f, 114f
– Manie 233f
– Methode s. Behandlungsmethode, ergotherapeutische
– Modell, internationales 207ff
– Praxis
– – internationale 206ff
– – Model of Human Occupation (MOHO) 63ff
– Prozess 115
– Psychiatrie 9ff
– – Blickwinkel, internationaler 202ff
– – EBP-Methode 129f
– – Unterstützung, soziale 189
– Psychosomatik 370ff
– Qualitätssicherung 107ff
– Schizophrenie 221ff
– Stellenwert 10
– Suchterkrankung 400ff
– Tätigkeitsfeld 10
– Technik, handwerklich-gestalterische 134
– teilstationäre 12
– Theorie, länderabhängige 207f
– Therapieplanung 34ff
– Therapieprogramm, Erstellung 117
– Therapieziel 119
– Unterstützung, soziale 186ff
– Versorgung, psychiatrische, Komplementärbereich 13
– Zwangsstörung (Zwangsneurose) 261ff
Erkrankung
– demenzielle s. Demenz
– depressive s. Depression
– manisch-depressive 341f
– psychische, Klassifikation 19f
– psychosomatische s. Psychosomatik
– wahnhafte s. Psychose
Ermutigen 64
Erwerbsfähigkeit, Suchterkrankung
– – Feststellung 417
– – Wiedereinstieg 425
Essstörung
– Kinder- und Jugendpsychiatrie 287ff
– Psychosomatik 370
Evaluation, ergotherapeutische 122ff
– – Bezugsrahmen
– – – analytischer 71
– – – entwicklungsorientierter 78f
– – – lerntheoretischer 82f
– – Ergebnis 127f
Evidence Based Medicine (EBM) 124
Evidence Based Practice (EBP) 124ff
– Bedeutung 124f
– Ergotherapie, psychiatrische 129f
– Evaluation 127
– Evidenzsuche 125
– Notwendigkeit 125
– Studientyp 127f
– Vorgehensweise 126ff
Evidenz
– beste 129
– externe 124
– interne 124
– Suche 125f
Expressed-Emotion-Forschung 220
Expressed-Emotion-Modell 216
Externalisierung, psychodynamische 156

F

Fähigkeit
– Arbeitstherapie 417
– Fehleinschätzung, eigene 38
– Lübecker Fähigkeitenprofil 116
Faktor
– personenbezogener, ICF-Definition 23
– psychosozialer 227
Fallbericht 129
Fall-Kontroll-Studie 129
Fallstudie 129
Familienberatung 274
Feedback 63
– Funktion 141
Feiertag, Suchterkrankung 410
Fertigkeit
– adaptive 74ff

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

– Identität, sexuelle 76
– Integration, sensorische 74
– kognitive 75f
– Kommunikation, Interaktion 49f, 52
– motorische (motor skills) 49f, 51
– prozesshafte (process skills) 49f, 52
– Selbstidentität 76
– soziale 155
– – Training, Schizophrenie 220
Fibromyalgie 367
Forensik s. Psychiatrie, forensische
Fragebogen
– Occupational Questionnaire (Fragebogen zur Betätigung, OQ) 56f
– Volitional Questionnaire (Fragebogen zur Volition, VQ) 60f
– Work Environment Impact Scale (Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber, WEIS) 59
Frauengruppe 388
Freizeitgestaltung 153f
– Suchterkrankung 409
Freizeitverhalten
– Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 302
– Depression 226f
Fremdeinschätzungsinstrument 60ff
Frostig-Konzept 323
Funktion, gefühlsverstärkende 141
Funktionsablauf, Qualitätsmanagement (QM) 109
Funktionsfähigkeit
– Beeinträchtigung 24f
– Beurteilungsmerkmal 26
– ICF-Definition 23
Funktionsstörung, psychosoziale 86

G

Gedächtnistraining 351f
Gedeihstörung, frühkindliche 293
Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) 7f
Gemeinschaftsarbeit 141
– Methode
– – ausdruckszentrierte 317
– – interaktionelle 311
Gerontopsychatrie 337ff
– Krankheitsbild 341ff
– Stimulation, basale 165
Geschlechterverteilung, Psychiatrie, forensische 432f
Geschwisterrivalität 271
Gesprächsführung
– ergotherapeutische 161f
– klientenzentrierte 112f
– Nachbesprechung 161
– therapeutische 111f
Gesprächsstil 401
Gestaltung
– Technik 134
– Umgang 160f
– Wahrnehmungsübung 164
Gestaltungsarbeit 353
Gestaltungsgruppe 382f
Gestaltungsphase 161
Gestaltungstherapie, Psychosomatik 383
Gesundheitsförderung 186
Gesundheitssystem 205
Gewaltfreiheit 401
Gewohnheit (habit) 41f
Gilles-de-la-Tourette-Syndrom 286
Grundhaltung, therapeutische 111f
– – Altersdepression 348
– – Demenz 356
– – Depression 228
– – Manie 233
– – Psychose 360f
– – Schizophrenie 221f
– – Suchterkrankung 400ff
– – Zwangsstörung (Zwangsneurose) 261f
Grundprinzipien, sensomotorisch-perzeptive (AZAZ) 277
Gruppe
– ausdruckszentrierte 158
– – Arbeit, themenzentrierte 159
– – Aufbau 159
– – Psychosomatik 382f
– – Teilnahmevorraussetzung 158
– Einzelarbeit 141
– soziale 46
– Störung 162
Gruppenangebot
– ambulantes 387ff
– klinisches 378ff
Gruppenarbeit 141
– Methode
– – ausdruckszentrierte 317
– – interaktionelle 247, 311
– Psychosomatik 377
Gruppendynamik 157
Gruppenentwicklung 149
Gruppeninteraktionsfertigkeit 76f
– Übersicht 79
Gruppenleiter
– Behandlungsmethode, interaktionelle 149
– Gruppe, ausdruckszentrierte 160
Gruppenprozess 149
Gruppenstruktur 150
Gruppentherapie
– Altersdepression 349
– Angststörung (Angstneurose) 255
– Borderline-Persönlichkeitsstörung 246
– Demenz 356
– Depression 230
– KBT-Gruppe 388
– Psychiatrie, forensische 439ff
– Schizophrenie 222
– Spieltherapie 330
– Suchterkrankung 406
– Zwangsstörung (Zwangsneurose) 263
Gymnastik 352, 356f

H

Habituation 40ff
– Angst 261
– Betätigungsdysfunktion 41
– Betätigungsfunktion 41
– Betätigungssetting, Diskrepanz 47
– Interventionsziel 43
Haftzeit 423f
Halluzination 215, 218
Haltung, therapeutische s. Grundhaltung, therapeutische
Hamet2-Test (Handlungsorientiertes Testverfahren zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen) 444
Hand, Wahrnehmung 164
Handlung, Definition 140
Handlungsfähigkeit
– Erfassungsbogen 143ff
– individuelle 134
Handlungsmöglichkeit, relevante 103
Handlungstheorie, nach von Cranach 142f
Handwerk
– Einsatz, ergotherapeutischer 136
– Technik 134
Hausdienst, Suchterkrankung 414
HCR-20 442
Herzkrankheit, koronare 368
Herz-Kreislauf-Störung, funktionelle 367
Hilfeerbringung 8
Hilflosigkeit, gelernte 227
Hilfsabwehrmechanismus 237
Hirnleistungstraining 173
Holz 408
Hörsturz 369
Hyperkinetische Störung 275ff
– – Ätiologie 276
– – Differenzialdiagnose 273
– – Klassifikation 275
– – Prognose 278
– – Symptom 275
– – Therapie 277f
– – Therapieprogramm, ergotherapeutisches, nach Winter und Arasin 278
Hyperventilationssyndrom 367

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

I

ICD (International Classification of Diseases) 20ff
ICD-10, Einteilung, diagnostische 20f
ICF s. International Classification of Functioning, Diability and Health
ICF-Modellblatt 27f
Ich-Bewusstseins-Störung 218
Ich-Störung 215
IDA-(Instrumentarium zur Diagnostik der Arbeitsfähigkeiten-)Koffer 182
Identität, sexuelle 76
Identitifizieren 63
IMBA (Integration von Menschen mit Behinderung in der Arbeitswelt) 443f
Impulsivität 276
Impulsstörung 441
Informationsverarbeitung, Störung 216
Institutionsambulanz Ergotherapie 13
Integration von Menschen mit Behinderung in der Arbeitswelt (IMBA) 443f
Integration, sensorische
– – Definition 319
– – Schizophrenie 223
Integrationsfirma 17f
Integrations-(SI-)Therapie, sensorische (SI-Therapie) 164f, 319ff
– – Hyperkinetische Störung 277
– – Kinder- und Jugendpsychiatrie
– – – Diagnostik 320f
– – – Fallbeispiel 322f
– – – Indikation 319f
– – – Maßnahme 321f
– – – Rahmenbedingung 322
– – – Zielsetzung 320
– – psychiatrie
Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) 440
Intelligenzminderung 270
Intelligenzstörung 21
Interaktionsfertigkeit 49f
– dyadische 75f
Interessen 37ff
Interessencheckliste (Interest Checklist, IC) 53f, 229f
Interessensverlust 39f
Internalisierung, psychodynamische 156
International Classification of Diseases (ICD) 20ff
International Classification of Functioning, Diability and Health
– Anwendung 25
– Aufbau 24
– Definition 23
– Ergotherapie, psychiatrische 28f
– Klassifikation, 1. Ebene 25
– Umsetzung 26f
Internet 178
Internetseite, thematisch relevante 132
Internetsucht 391
Intervention
– arbeitstherapeutische 183f
– ergotherapeutische
– – Bezugsrahmen
– – – analytischer 70ff
– – – entwicklungsorientierter 78f
– – – lerntheoretischer 83f
– – Kawa-(Fluss)-Modell 99f
– Technik, internationale 209f
– Veränderungsprozess (Mosay) 70
Interview
– semistrukturiertes 57ff, 85
IPT (Integriertes Psychologisches Therapieprogramm) 440

K

Kawa-(Fluss-)Modell 94ff
– Anwendung 101ff
– Anwendungsweg, kulturell bedingter 106
– Inventarisierung 103f
– Komponenten 96ff
KBT s. Bewegungstherapie, konzentrative
– Kinder- und Jugendpsychiatrie 268ff
– Anamnese 300
– Behandlungsdauer 269f
– Elternberatung 269
– Ergotherapie 299ff
– – Befunderhebung 300
– – Befundinstrument 301ff
– – Behandlungsmethode 305ff
– – Erstgespräch 300
– Fallbeispiel 331ff
– Nachsorge, ambulante 270
– Störungsbild 270ff
– Teamarbeit 269
– Therapievoraussetzung 268f
– Versorgungsform 269
Kindesmisshandlungen
– Diagnostik 294
– Therapie 295
Klassifikation 19ff
– internationale
– – DSM-IV, Aufbau, multitaxialer 22
– – Funktionsfähigkeit, Behinderung, Gesundheit, Weltgesundheitsorganisation (ICF) 22f
– – statistische, Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) 20ff
Klassifikationssystem, diagnostisches 19f
Klient
– Einbindung 63
– Bedürfniseinschätzung 115
– Ressourcen 88f
Klient-Therapeut-Beziehung 114
Klinik, psychiatrische
– – forensische, Belegungsentwicklung 427f
– – Ergotherapie 11
– – Qualitätsmanagement (QM) 110ff
Kohortenstudie 129
Kokainabhängiger (s. auch Suchterkrankung) 419
Kommunikation
– Terminologie 65
– verbale 155
Kommunikationsfertigkeit 49f
Kompetenz, soziale 420
Kontinuum, Funktion und Dysfunktion, Bezugsrahmen
– – – analytischer 68
– – – entwicklungsorientierter 73
– – – lerntheoretischer 80
Konzentrative Bewegungstherapie s. Bewegungstherapie, konzentrative
Konversionsstörung 369
Konzentrationsstörung 38
Konzept, ergotherapeutisches, Qualitätsmanagement (QM) 109
Koordinationsschulung und Selbstregulationstraining (KSST) 278
Körpererfahrung, angeleitete 164
Körperfunktion, ICF-Definition 23, 25
Körperhaltung 50
Körperstruktur, ICF-Definition 23
Körpertherapie, integrative, nach Besems und van Vugt 325ff
Körperwahrnehmung 167
Kostenträger 412
KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) 110f
Kriminaltherapie 437
Kultur 46
– Einfluss 204
– Suchterkrankung 410
– Kunst- und Gestaltungstherapie
– – Kinder- und Jugendpsychiatrie 331ff
– – klinische, Abgrenzung 162

L

Lebensenergie, Kawa-(Fluss-)Modell 96
Lebenshindernis, Kawa-(Fluss-)Modell 98

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Legasthenie s. Lese-Rechtschreib-Störung, spezifische 282
Leibhalluzination 169f, 215
Leistungsfähigkeit, ICF-Definition 24
Leistungsprofil 182
Lese-Rechtschreib-Störung, spezifische 281f
– – Diagnostik 282
– – Klassifikation 281
– – Therapie 283
Literaturrecherche, EBM 126f
Logopädie 281
Lübecker Fähigkeitenprofil (LFP) 116, 121
– Arbeitstherapie 182

M

Mäeutik 358
Magersucht s. Anorexia nervosa
Makshivim-Projekt 210f
Malen, meditatives 379f
Maßnahme
– ergotherapeutische, Qualitätsmanagement (QM) 109
– psychoedukative, Schizophrenie 220
Manie 232ff
– Ergotherapie 233f
– Folge, psychosoziale 232
– Symptomatik 232
Manual, diagnostisches, statistisches, Störung, psychische (DSM) 21f
Maßregelvollzug, psychiatrischer s. Psychiatrie, forensische
Maßregelvollzugsgesetz (MRVG) 430
Materialgruppe 379
Medien, ergotherapeutische 146
– – Suchterkrankung 406f
MELBA (Merkmale zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) 443
MELBA-Verfahren 116
– Arbeitstherapie 181
– Psychiatrie, forensische 443
Merkfähigkeit 420
Metaanalyse 127ff
Methode s. Behandlungsmethode, ergotherapeutische 383
Minderwuchs, psychosozialer 293
Minussymptom 215
10-Minuten-Aktivierung 358
Missbrauch, sexueller 295
– – Klassifikation 295
– – Therapie 296f
Mittel, ergotherapeutisches 146
Mittelalter 2
Mizu (Wasser) 96
Model of Human Occupation (MOHO) 34ff
– Angststörung (Angstneurose) 254
– Befunderhebung, ergotherapeutische 229
– Befunderhebungsinstrument 52ff
– Dimension des Tuns 48ff
– Habituation 40ff
– Performanzvermögen 43ff
– Praxis 63ff
– Terminologie 65
– Umwelt 45ff
– Volition 36ff
Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) 62
Model of Profession and Concept of Adaptive Skills (Anne Mosey) 65ff
Modeling 150
Modell
– dialektisch-behaviorales 239
– Diathese-Stess-Modell 252
– der adaptiven Fähigkeiten 67f
– DIN EN ISO 9000:2000ff 110f
– entwicklungstheoretisches 251
– kanadisches s. Canadian Model of Occupational Performance 84ff
– Kawa-(Fluss-)Modell 94ff
– kognitiv-behavioristisches 252
– konzeptionelles 34ff
– – Kinder- und Jugendpsychiatrie 302
– lerntheoretisches 251
– MOHO s. Model of Human Occupation
– Mosey (Model of Profession and Concept of Adaptive Skills) 65ff
– nach von Cranach 142f
– neurobehaviorales 239
– neurobiologisches 251
– psychoanalytisches 237, 252, 258
– Qualitätsmanagement 110ff
Modellvorstellung
– kognitions- und lerntheoretische 227
– psychodynamisch-psychoanalytisches 227
MOHO s. Model of Human Occupation
Morbus Alzheimer 343f
Morbus Crohn 368
Mosay Anne, Modell 65ff
Motivation, Lübecker Fähigkeitenprofil 120f
Münchhausen-Sydrom 369
Muskelrelaxation, progressive 328f
Mutismus 284f
– Ätiologie 285
– elektiver 284
– Therapie 285
– totaler 285
Mutter-Kind-Behandlung, ergotherapeutische 313ff

N

Nachbesprechungsphase 161f
Nachbetreuung 190ff
Nachsorge, ambulante 395
Naturerlebnisraum, Suchterkrankung 409
Netzwerk, soziales 188f
Neurobiologisches Modell 251
Neurobehaviorales Modell 239
Neurologie, Psychosomatik 369ff
Neuropsychologie, Hirnleistung 173
Neurose 249ff

O

Objektbeziehungstheorie 144f
– Methode, ausdruckszentrierte 155f
Objektkonstanz, emotionale 238
Occupation s. Betätigung
Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (OCAIRS) 229
Occupational Performance History Interview (OPHI) 229
Occupational Performance History Interview II (Interview zur Betätigungsanamnese (Interview zur Betätigungsanamnese II, OPHI-II) 59f
Occupational-Performance-Prozess (OPP) 86
Occupational Questionnaire (Fragebogen zur Betätigung, OQ) 56f
Occupational-Science-Richtung 48
Occupational Self Assessment (Selbstbeurteilungsbogen zur Betätigung, OSA) 55, 90
– Beispiel 123
Occupational Therapy Practice Framework 65
Opiatabhängiger (s. auch Suchterkrankung) 419
Organisationsebene 8

P

Panikstörung 251
Papier/Pappe 408f
Partizipation, ICF-Definition 23, 25
Partnerarbeit 141
– ambulante, Psychosomatik 377
– Kinder- und Jugendpsychiatrie 307
– klinische, Psychosomatik 376
– Methode
– – interaktionelle 311
– – kompetenzzentrierte 307

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Partnerarbeit (s. auch Gruppenarbeit) 246
Partnerschaft, Depression 226f
PEGASUS (Psychoedukative Gruppenarbeit mit Schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen) 439f
Performanzbereich 303
Performanzkomponente 66f
– Identifikation 87
Performanzvermögen 43ff
– Betätigungsdysfunktion 44
– – Bedeutung 49
– Betätigungsfunktion 44
– Betätigungssetting, Diskrepanz 47
– Interventionsziel 45
Person, Model of Human Occupation (MOHO) 36
– Selbstbild 37f
– Spiritualität 85
Personal, Qualitätsmanagement (QM) 109
Persönlichkeitsstörung 234ff
– Arbeitsstörung 420
– Einteilung, diagnostische 21
– – – DSM-IV 399f
– Forensik 431
– Psychosomatik 366f
– Suchterkrankung 398
Persönlichkeitsstruktur 420
Persönlichkeitstheorie nach Rogers 112
Pharmakotherapie, Hyperkinetische Störung 277
Phobie
– Kindesalter 271f
– soziale 250
– spezifische 250
Plussymptom 215
Polytoxikomaner (s. auch Suchterkrankung) 419
Praxis
– ergotherapeutische
– – internationale 206ff
– – psychisch Kranker 19
– – Qualitätsmanagement (QM) 111
– evidenzbasierte, Definition 124
– klientenzentrierte 114
Problemlösen, interpersonelles 155
Problemlösevermögen 50
ProCumCert-Modell 111
Profilwert 120f
Programmwahl, Handlungstheorie 143
Projektgruppe 141
– Methode, interaktionelle 311
– Psychosomatik 385
– – Auswertungsbogen 386
– – Gruppenverlauf 386
– – Therapeutenverhalten 386
Prozess
– Definition 107
– ergotherapeutischer, Clinical Reasoning 115ff
– therapeutischer, Occupational Therapy Practice Framework 65
Psychiatrie
– Behandlungsverfahren 137ff
– forensische 426ff
– – Arbeitsplatz, betreuter 444
– – Aufnahmephase 436
– – Ausbildungsangebot, berufliches 445f
– – Behandlungsphase 436ff
– – Besonderheit 433ff
– – DBT-Fertigkeitstraining 440
– – Deliktverteilung 431f
– – Diagnoseverteilung 431
– – Entlassungsvorbereitung 438
– – Ergotherapie 441ff
– – – Prognosestellung, forensische 442f
– – Geschlechterverteilung 432
– – Grundlage
– – – rechtliche 429ff
– – Gruppentherapie, stationsübergreifende 439
– – IPT (Integriertes Psychologisches Therapieprogramm) 440
– – Job Assesment Tool 443f
– – Klientel 431ff
– – Kriminaltherapie 436f
– – Nachsorge, ambulante 438
– – PEGASUS (Psychoedukative Gruppenarbeit mit Schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen) 439f
– – Prognoseverfahren 442f
– – Rückfallprävention 441
– – Sicherheitsmaßnahme 434ff
– – Stufenplan 433f
– – Suchtgruppe, Schwerpunkt Alkohol 440
– – Therapieprogramm R&R 441
– – Vollzugslockerung 433
– Geschichte 2ff
– Praxis, evidenzbasierte (EBP) 124ff
– Selbsthilfe 5
– Training, computergestütztes 174
Psychiatrie-Erfahrener, Bundesverband (BPE) 5
Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) 6
Psychiatriereform 4f
Psychoanalyse 68
Psychoanalytisches Modell
– Borderline-Persönlichkeitsstörung 237
– Angsterkrankung 252
– Zwangserkrankung 258
Psychopharmakatherapie 253
Psychose 214ff
– affektive 224ff
– – Kindes- und Jugendalter
– – – Diagnostik 292
– – – Therapie 292f
– – Klassifikation nach ICD-10 225
– chronifizierte, Alter 345f
– Kindes- und Jugendalter 291
– paranoide, Alter 345f
– – Faktor, auslösender 346
– – Fallbeispiel 361ff
– – Grundhaltung, ergotherapeutische 360f
– – Kritierium 346
– – Therapie 348
– schizophrene s. Schizophrenie
Psychosedativa, Suchterkrankung, stoffgebundene 390
Psychosomatik 363ff
– Arbeitsdiagnostik 381
– Arbeitstraining 381
– Ergotherapie 370ff
– – Einzeltherapie 372ff
– – Gruppenangebot 377ff
– – – ambulantes 387ff
– – – klinisches 378ff
– – Partnerarbeit 375ff
– Grundlage, theoretische 364
– Krankheitsbild 366ff
– Störung, psychosomatische 368f
– Syndrom, funktionelles 367f
– Therapieverfahren, psychoanalytisches 365
– Verhaltensstörung 369ff
– Verhaltenstherapie, multimodale 365
– Versorgungsangebot 365f
Psychostimulanzien 390
Psychosyndrom, posttraumatisches 369
Psychotomimetika 390
Psychotraumatologie 369

Q

QM-Modell 110ff
Qualität, Definition 107
Qualitätsmanagement (QM) 10, 108ff
– Anforderung
– – konzeptionelle 109
– – strukturelle 109
– Klinik, psychiatrische 110f
– Praxis, ergotherapeutische 111ff
Qualitätssicherung 107ff
Querschnittsstudie 129

R

Räumlichkeit, Qualitätsmanagement (QM) 109
Real-Externalisierung 156f
Realitätsorientierungstraining 358
Realitätsverlust 397
Recapitulation of Ontogenesis 72f

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Rechenstörung, spezifische 281
– – Diagnostik 282
– – Klassifikation 281
– – Therapie 283
Recovery 187f
Reflexionstraining 279
Rehabilitation
– berufliche 14
– – Schizophrenie 220, 223
– – Suchterkrankung 422ff
– medizinisch-berufliche 18
– Ziel 264
Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) 18
– Suchterkrankung 412
Reintegration s. Rehabilitation, berufliche
Renaissance 2
Ressourcen, Steuerung, regionale 8
Rett-Syndrom 280
Review
– Form, quantitative 128
– systematischer 129ff
Revolution, französische 2
Role Checklist (Rollencheckliste, RC) 54
Rolle, verinnerlichte (internalized roles) 41f
Rollenkonflikt 42
Ryuboku (Treibholz) 99

S

Säuglingsforschung 238f
Schädigung, ICF-Definition 23, 25
Schizophrenie 214ff
– Arbeitsstörung 420
– Behandlungsmodell, komplementäres 223
– Einteilung, diagnostische 20
– Ergotherapie 221ff
– Erklärungsmodell 216f
– Faktor, psychosozialer 217f
– Forensik 431
– Kindes- und Jugendalter 291f
– – Diagnostik 291
– – Therapie 292
– Klassifikation nach ICD-10 215f
– koenästhetische 169f
– Symptomatik 214f, 218
– Therapie 219ff
– Therapieprogramm, psychologisches, integriertes 154
– Verlauf 218f
Schlafstörung, Psychosomatik 368
Schmerzsyndrom, Psychosomatik 367
Schreibkrampf 369
Schwindel 369
Schwingungsfähigkeit, affektive 120f
Seidenmalen 408
Selbst, therapeutisches 63
Selbstbeobachtung 260
Selbstbild
– Model of Human Occupation (MOHO) 37ff
– Suchterkrankung 397, 417
Selbsteinschätzung, unrealistische 424
Selbsteinschätzungsinstrument 53f
– Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 85
Selbstgefühlstörung 218
Selbstidentität 76
Selbstkontrolle 420
Selbstorganisation 399
Selbstständigkeit 420
Selbstüberwachung 143
Selbstverletzung 298
Sensomotorik, Wahrnehmungsübung 164
Setting, einzeltherapeutisches s. Einzeltherapie
Sexualleben 226f
Shaping 150
Situationsorientierung 143
Snoezelen
– Gerontopsychiatrie 359
– Kinder- und Jugendpsychiatrie 324f
Social Referencing 239
Sozialdienst 414
Sozialform, Methode
– – ausdruckzentrierte 157
– – interaktionelle 148
– – kompetenzzentrierte 148
– Unterscheidung 141
Sozialrecht 9
Sozialverhalten, Störung 272ff
– – Ätiologie 274
– – Diagnostik 274f
– – Klassifikation 273f
– – Prävalenzrate 273
– – Symptom 272f
– – Therapie 274f
Soziotherapie, psychiatrische 147
Speckstein 407f
Spiel, therapeutisches
– – Altersdepression 351
– – Kinder- und Jugendpsychiatrie 329
– – Suchterkrankung 410
Sprachentwicklungsstörung s. Entwicklungsstörung, umschriebene, Sprechen/Sprache
Sprachstörung
– expressive 280
– repressive 280
Stimulation, basale
– – Demenz 358f
– – Gerontopsychiatrie 165
Störung
– affektive 224ff
– – bipolare, rezidivierende 234
– – Einteilung, diagnostische 21
– emotionale, Kindheit/Jugend 270ff
– – – Diagnostik 271f
– – – ICD-10-Klassifikation 270f
– – – Therapie 272
– – Kindheit/Jugend 21
– funktionelle 367f
– hyperkinetische s. Hyperkinetische Störung
– neurotische, Psychosomatik 366, 369
– phobische 250
– – Kindheit/Jugend 271
– psychische
– – Kindes- und Jugendalter, Diagnostiksystem 274
– – organische 20
– – Substanz, psychotrope 20
– – Symptomatik, körperliche 286ff
– – symptomatische 20
– psychomotorische 218
– psychosomatische 367f
– schizotype 20
– somatoforme 21
– Sozialverhalten s. Sozialverhalten 274
– wahnhafte 20, 215, 347
Strafgesetzbuch (StGB) 429
Strafprozessordnung (StPO) 429
Strafrechtsreform 430
Strafvollzugsgesetz (StVollzG) 430
Strategie, therapeutische 63
Stressor, Schizophrenie 220
Strukturieren 64
Studie, kontrollierte, randomisierte (RCT) 129, 131ff
Studientyp 127ff
Substanzmissbrauch, Definition 390
Substanzmissbrauchsstörung s. Sucht 289f
Sucht 289ff, 389ff
– Arbeitswelt 422f
– Ätiologie 290
– Definition 390
– Diagnostik 290
– Differenzialdiagnose 273
– Einteilung, diagnostische 20
– Störung, komorbide 290
– Therapie 290f
Suchterkrankung 396ff
– Arbeitslosigkeit 411
– Arbeitsstörung 418ff
– Arbeitstherapie 411ff
– Beziehung 397f
– Canadian Model of Occupational Performance (CMOP), Umsetzungsbeispiel 92

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

– Doppeldiagnose 398
– Ergotherapie 400ff
– – Behandlungsmethode 400ff
– – Therapieform 405ff
– – Werkstoffangebot 407ff
– Erklärungsversuch 397
– Forensik 431
– Haltung, therapeutische 400ff
– nichtstoffgebundene 390ff
– Persönlichkeitsstörung 398
– – Arbeitsstörung 420
– Realitätsverlust 397
– Selbstbild 397
– stoffgebundene 390
– Symptom 399f
– Systematik 389
– Tod 398
Suchtgruppe, Schwerpunkt Alkohol 440
Suchthilfesystem 392f
– Angebot
– – ambulantes 395f
– – arbeitsrehabilitatives 396
– – niederschwelliges 393
– Beratungsstelle 394
– Hilfe
– – ärztliche, ambulante 393
– – stationäre 394
– Nachsorge 395
– Rehabilitation 395
Suchtkarriere 423f
Suchtrisiko 422f
Suchtstoff, Systematik 389
Suizidalität
– Alter 339
– Depression 227
Suizidgedanken 297
Suizidmethode, Alter 340
Suizidprophylaxe, Therapiemöglichkeit 340
– Suizidversuch, Kindes- und Jugendalter 297
– – Häufigkeit 297
– – Therapie 298
Sukima (Räume zwischen den Hindernissen) 99
Syndrom, funktionelles, Psychosomatik 367f
Synkope, Psychosomatik 367

T

Tagesrhythmus 42
Tagesstätte, psychiatrische 14
Teamgespräch 113
Technik, handwerklich-gestalterische 134
Teilfertigkeit 74ff
THC-Konsument (s. auch Suchterkrankung) 419
Theorie
– kognitive, Beck 227
– psychoanalytische, Borderline-Persönlichkeitsstörung 237
Therapeutenvariable, nach Rogers 112
Therapie
– ambulante, Suchterkrankung 395
– integrative 253
– kognitiv-behaviorale 253
– kognitive, Schizophrenie 220
– psychodynamische 253
– stationäre, Suchterkrankung 394
Therapieergebnis, Festlegung 89
Tic-Störung 285f, 369
– Diagnostik 286
– motorische 286
– Therapie 286
– vokale 286
Tinnitus 369
Tipptrainer 177
Tod, Suchterkrankung 398
Ton 407f
Top-down-Ansatz 117
Torimaki 97
Tourette-Syndrom 286
Training, autogenes 327f
Trainingsprogramm, kognitives, computergestütztes
– – – Diagnostik, handlungsorientierte 182
– – – Schizophrenie 220
Trainingszentrum, berufliches (BTZ) 15
Triade, kognitive 227
Trial and Error 150

U

Überempfindlichkeit, soziale 271
Übungsbehandllung, psychomotorische 277
Ulcus duodeni 368
Umfeldberatung, begleitende, ADHS 278
Umgebungsfaktor 202f
Umwelt
– Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) 85
– Model of Human Occupation (MOHO) 45ff
Umweltfaktor
– Bezugsrahmen, entwicklungsorientierter 73
– ICF-Definition 23
– Rolle, soziale 42
Umweltpassung (Funktion) 46f
– fehlende (Dysfunktion) 47f
Unaufmerksamkeit 275
Uniform Terminology 179
Unterstützung, soziale (social support) 186ff
– – Definition 186
– – Ergotherapie, psychiatrische 189
– – Recovery 187f
– – Wirkung 187
Unterbringung
– gerichtliche 429f
– Heim 293

V

Validation, Naomi Feil 356
Validieren 63
Veränderungsprozess (Mosay) 70
Verbund, gerontopsychiatrischer 338
Verhalten
– gewalttätiges, Vorhersageinstrument 442
– indikatives 68f
– selbstschädigendes 369f
– soziales 51
Verhaltensanalyse 260
Verhaltensauffälligkeit 21
Verhaltensbeobachtung
– in der Ergotherapie (VidE) 442
– Zwangsstörung (Zwangsneurose) 260
Verhaltensstörung
– Einteilung, diagnostische 20f
– Krankheitsursache 369
Verhaltenstherapie
– dialektisch-behaviorale, Borderline-Persönlichkeitsstörung 242
– kognitiv-behaviorale, Angststörung 253
– kognitive, Zwangsstörung 259
– Sozialverhalten, Störung 274f
Verhandeln 64
Verlässlichkeit 401
Vermeidungsverhalten 424f
Versorgung
– ambulante 365f
– integrierte 6
– personenzentrierte 8
– psychiatrische
– – Entwicklung 2ff
– – Komplementärbereich 13
– sozialpsychiatrische, Funktionsbereich 11
– stationäre 366
– Vernetzung, Qualitätsmanagement (QM) 110
Vertrauen 63
– Suchterkrankung 400
VidE (Verhaltensbeobachtung in der Ergotherapie 442
Volition
– Betätigungsdysfunktion 38
– Betätigungsfunktion 37
– Betätigungssetting, Diskrepanz 47
– Fragebogen 60
– Interessen 37, 39
– Interventionsziel 40
– Model of Human Occupation

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

– Selbstbild 37f
– Werte 37f
Volitional Questionnaire (Fragebogen zur Volition, VQ) 60
Vulnerabiltäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modell 217
Vulnerabilitäts-Stress-Modell 216f
– SI-Therapie 164
– Therapiemethode 219

W

Wahn 215, 347
Wahrnehmung, soziale 154f
Wahrnehmungsbehandlung (KBT) 167
Wahrnehmungsverarbeitungsstörung 164
Werkangebot, offenes
– – Psychosomatik 378
– – Suchterkrankung 406
Werkstätte für behinderte Menschen (WfbM) 16
Werte 37ff
Wertfreiheit, Suchterkrankung 400
Wertschätzung, positive (Akzeptanz) 112f
Wiedereinstieg, beruflicher 396, 425
Wir-Funktion 141
Wohnheim 14f, 438
Wohnsituation 223
Work Environment Impact Scale (Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber, WEIS) 59
Worker Role Interview (Interview zur Rolle des Arbeitenden, WIR) 58

Z

Zeitmanagement 42
Zielbestimmung, ergotherapeutische, Qualitätsmanagement (QM) 109
Zielkarteikarte 136, 256
Zielwahl, Handlungstheorie 143
Zwangsgedanken 257
Zwangshandlung 257
Zwangsstörung (Zwangsneurose) 257ff
– Ergotherapie 261ff
– – Befunderhebung 262f
– – Behandlungsmethode 263f
– Faktor, psychosozialer 261
– Klassifikation nach ICD-10 258
– Modell
– – medizinisches 259
– – psychologisches 258f
– Therapieziel 261f
– Verhaltenstherapie, kognitive 259ff
– Verlauf 259

Ku
Di
rf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.