

# 6 Lösungen zur Evaluation

- 6.1 Lösungen für Herrn Laupichler, Erwachsener mit bipolarer affektiver Störung · 216
- 6.2 Lösungen für Frau Brühl, Erwachsene mit Borderline-Persönlichkeitsstörung · 229
- 6.3 Lösungen für Frau Stiller, ältere Person mit Altersdepression · 244

# 6.1 Lösungen für Herrn Laupichler, Erwachsener mit bipolarer affektiver Störung

Heidrun Becker, Albrecht Konrad

## Lernziele

- In diesem Kapitel üben Sie:
- eigene Lösungen zu überprüfen
  - eigene Deutungen mit denen der Autoren zu vergleichen sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu reflektieren, um zu einem tieferen Verstehen aller beteiligten Personen zu gelangen
  - Arbeitsergebnisse auszuwerten
  - wichtige Erkenntnisse und Hinweise für die Praxis zu formulieren
  - neue Ziele zu setzen und Maßnahmen für weiteres Lernen zu überlegen

## Lösungen und Kommentare

### a. Betätigungsangebote

- Was erfahren Sie aus dem Interview über Betätigungsangebote, die Herrn Laupichler in der Ergotherapie gemacht wurden? Ordnen Sie die Angebote den Betätigungsbereichen Selbstversorgung, Freizeit/soziales Leben, Produktivität aus der Sicht von Herrn Laupichler zu (Tab.6.1).
- Welche positiven Wirkungen der Ergotherapie beschreibt Herr Laupichler? Was erfahren Sie darüber, warum diese aus seiner Sicht positiv wirkten (Tab.6.2)?
- Welche Erfahrungen in der Ergotherapie und WfbM bzw. beruflichen Rehabilitation waren für Herrn Lau-

pichler belastend und was erfahren Sie über die Gründe (Tab.6.3)?

- Was sind aus der Sicht von Herrn Laupichler sinn- und bedeutungsvolle Betätigungsangebote in der Akutphase und in der anschließenden Rehapphase?

Am Anfang einer Akutphase hat er kreativ-handwerkliche Techniken als hilfreich erlebt zur Stabilisierung und Ablenkung. Er konnte beobachten, dass diese Techniken für manche Klienten als Möglichkeit der Freizeitgestaltung hilfreich waren. Für die anschließende Rehapphase hält er lebenspraktische Tätigkeiten für wesentlich sinnvoller, z.B. aus dem Bereich der Selbstversorgung wie Kochen, Haushaltsführung, kleine Reparaturen, Finanzamt etc.

Tab. 6.1 Betätigungsangebote Herr Laupichler

| Angebote im Bereich Selbstversorgung | Angebote im Bereich Freizeit/soziales Leben | Angebote im Bereich Produktivität |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| Kochen                               | Stricken                                    | Holzarbeiten                      |
|                                      | Seidenmalerei                               | Produktion in Wfb                 |

Tab. 6.2 Positive Wirkungen und Gründe

| Positive Wirkung                                                                                                                                                                                                                       | Genannte Gründe                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ihm hat das Stricken als Alternative zum Nichtstun geholfen.                                                                                                                                                                           | Ablenkung,<br>soziale Kontakte zu Mitpatienten                                                            |
| In einem 2-jährigen Aufenthalt von 1987 bis 1988 konnte er mehr Selbstsicherheit gewinnen, wurde wacher, lernfähiger, belastungsfähiger. Er konnte Medikamente reduzieren und erst richtig am gesamten Therapieprogramm teilnehmen.    | sehr enger und guter Kontakt zum Ergotherapeuten (gute Beziehungsarbeit),<br>klientenzentriertes Vorgehen |
| In der ersten WfbM hat man ihn sehr gefordert und gefördert. Er konnte 8 Stunden Belastung am Tag aushalten und in betreutes Wohnen umziehen. Sein Selbstvertrauen wurde gestärkt und half ihm, ehrenamtliche Tätigkeiten zu beginnen. | Interdisziplinäre Zusammenarbeit des Teams. Es wurde im richtigen Maß gefordert und gefördert.            |
| kreative, handwerkliche Angebote in Akutphasen                                                                                                                                                                                         | anfänglich stabilisierend,<br>bei Mitpatienten wichtig für Freizeitgestaltung                             |
| lebenspraktische Angebote wie Kochen                                                                                                                                                                                                   | unabhängig werden,<br>Selbstsicherheit gewinnen,<br>„Lebensstress“ reduzieren                             |

Tab. 6.3 Belastende Erfahrungen und Gründe

| Belastende Erfahrungen                                                                                                                                  | Genannte Gründe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Im Heim des Reha-Vereins waren die Anforderungen eintönig, 4 Jahre nur Holzarbeiten „Handschmeichler“, Arbeitsangebote basierten auf dem Zwangsprinzip. | Die Kommunikation zwischen ihm und dem Team stimmte nicht.<br>Zwang, am Angebot teilnehmen zu müssen, um in der Einrichtung bleiben zu dürfen.<br>Die Prämie war an die Arbeitsleistung und Qualität gekoppelt.<br>Die Arbeitsangeboten waren zu einseitig auf Handwerk reduziert.<br>Die Motivation sank immer mehr.<br>Wünsche wurden nicht berücksichtigt. |
| Produktionsorientierung in der Werkstatt für psychisch Kranke.<br>Dauerbelastung überfordert,<br>Arbeitsinhalt unterfordert.                            | Er kam mit den Betreuern nicht zurecht,<br>keine Ergotherapeutin im Team,<br>Wirtschaftsorientierung (keine Klientenzentrierung),<br>der Name störte,<br>er fühlte sich im angebotenen Setting „austherapiert“.                                                                                                                                               |

Arbeit soll in der Normalität stattfinden, nicht in aus-  
gegliederten Einrichtungen. Therapie soll dabei helfen,  
in der normalen Arbeitswelt zurechtzukommen.

- Herr Laupichler schlägt ehrenamtliche Tätigkeiten vor, die man Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung anbieten könnte. Listen Sie die von ihm genannten Tätigkeiten auf und erweitern Sie sie um weitere 5 Ideen.

Genannte ehrenamtliche Tätigkeiten für chronisch Kranke:

- Vorlesedienst im Altenheim
- Hol- und Bringdienst für ältere Menschen
- Mitarbeit im Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen

Weitere Möglichkeiten:

- Vorlesen im Kindergarten, Kinderheimen etc.
- Hilfe bei Hausaufgaben
- Hilfe bei den „Tafeln“
- Hilfe bei der Unterstützung von Migranten
- „Freiwillige in Parks“
- Tierheim oder andere Tierschutzorganisationen
- Umweltschutzorganisationen unterstützen wie z. B. NABU und BUND
- Nachbarschaftshilfe

### b. Die Ergotherapeutin als Sozialcoach

- Wie stellt sich Herr Laupichler die Rolle der Ergotherapeutin in der Zukunft vor?

Er wünscht sich einen „Lebens- und Sozialcoach“. Aufgabe der Ergotherapie wäre es, nach der Akutphase besonders zum Erwerb lebenspraktischer Tätigkeiten beizutragen, eine Wiedereingliederung an einem „normalen“ Arbeitsplatz zu ermöglichen oder die Vorbereitung und Wahrnehmung eines Ehrenamtes zu begleiten (bei chronisch Kranken). Der Sozialcoach sollte dabei helfen, nach draußen zu gehen und im „reellen Leben“ Netzwerke zu knüpfen. Er könnte ein Helfer an der Seite des Betroffenen sein, der ihn von Anfang an und vielleicht „ein Leben lang“ begleitet und ein fester Ansprechpartner ist (siehe hierzu auch Konrad „Soziale Unterstützung“ in Kubny-Lüke 2009).

- Erweitern Sie die Vorstellung um eigene Gedanken, indem Sie eine Stellenbeschreibung für einen Ergotherapeuten als „Sozialcoach“ formulieren. Recherchieren Sie dazu zunächst, was die Aufgaben eines Coachs sind. Zeigen Sie die Unterschiede zwischen Therapie und Coaching auf!

### Aufgaben eines Coachs

Definition Coaching nach dem Deutschen Bundesverband Coaching e. V. (dbvc):

Coaching ist professionelle Beratung, Begleitung und Unterstützung von Personen. Als ergebnis- und lösungsorientierte Beratungsform dient Coaching der Steigerung und dem Erhalt der Leistungsfähigkeit. Inhaltlich ist Coaching eine Kombination aus individueller Unterstützung zur Bewältigung verschiedener Anliegen und persönlicher Beratung. In einer solchen Beratung wird der Klient angeregt, eigene Lösungen zu entwickeln. Der Coach ermöglicht das Erkennen von Problemursachen und dient daher zur Identifikation und Lösung der zum Problem führenden Prozesse. Der Klient lernt so im Idealfall, seine Probleme eigenständig zu lösen, sein Verhalten/seine Einstellungen weiterzuentwickeln und effektive Ergebnisse zu erreichen.

Ein grundsätzliches Merkmal des professionellen Coachings sind die Förderung der Selbstreflexion und -wahrnehmung und die selbstgesteuerte Erweiterung bzw. Verbesserung der Möglichkeiten des Klienten bezüglich Wahrnehmung, Erleben und Verhalten.

### Abgrenzung zur Therapie

„Im Gegensatz zur Psychotherapie richtet sich Coaching an ‚gesunde‘ Personen und widmet sich vorwiegend den Problemen, die aus der Berufsrolle heraus entstehen, die ohne entsprechendes Fachwissen des Coaches nicht bearbeitet werden können. Psychische Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen oder andere Beeinträchtigungen der Selbststeuerungsfähigkeit gehören ausschließlich in das Aufgabenfeld entsprechend ausgebildeter Psychotherapeuten, Ärzte und medizinischer Einrichtungen“ (<http://www.dbvc.de>, Einsicht 25. 11. 2008).

Beim Klienten wird immer vorausgesetzt, dass er eine funktionierende Steuerungsfähigkeit besitzt und zu Eigenverantwortlich bereit und fähig ist. Daraus ergibt sich, dass ein Klient, solange er als akut psychisch krank gilt, kein Coaching, sondern Therapie benötigt. Hat er in der Phase der Wiedereingliederung den Krankenstatus verlassen, würde Coaching ihn in diesem Übergang begleiten. Zu klären wäre die Frage der Finanzierung. Ergotherapie wird überwiegend als medizinische Leistung über die Krankenkassen abgerechnet.

Coaching müsste möglicherweise auf anderem Wege finanziert werden (siehe SGB IX).

## Die Ergotherapeutin als „Lebens- und Sozialcoach“

Die Ergotherapeutin als Lebens- und Sozialcoach betreut Menschen mit einer psychischen Erkrankung. In akuten Krankheitsphasen unterstützt sie die Stabilisierung durch ergotherapeutische Behandlung. In den Phasen der Wiedereingliederung übernimmt sie die Begleitung und Unterstützung des Klienten in die Selbstständigkeit und Teilhabe. Coaching gehört zu den Schlüssel-Befähigungskompetenzen (key enablement skills) der Ergotherapeutin (Townsend et al. 2007). Dazu gehört die Entwicklung einer klientenzentrierten Partnerschaft im Gespräch über die Betätigungen, die der Klient ausführen möchte oder die von ihm erwartet werden. Coaching ist eng verbunden mit Ermutigung und Empowerment. Klienten werden dazu befähigt, ihre Stärken, Ressourcen, Herausforderungen und gewünschten Ziele zu erkennen. Sie werden sich über ihre Motivationen klar, verändern ihre Denkmuster und Prioritäten, um mehr Übereinstimmung zwischen ihrer Selbstwahrnehmung und ihren Handlungen zu erlangen. Zum Coaching kann Beratung und Training gehören. Es kann nur den Einzelnen oder auch das soziale Umfeld einbeziehen, an dem er teilhaben möchte (Townsend et al. 2007). Beispiele:

- Die Ergotherapeutin unterstützt den Klienten z. B. darin, im Internet eine Selbsthilfegruppe in seiner Nähe zu finden oder eine Organisation, in der er ehrenamtlich mitarbeiten möchte.
- Der Klient entwickelt mit ihrer Unterstützung Pläne, um seine Wohnung sauber zu halten.
- Mithilfe von Rollenspielen trainiert sie mit ihm für ein Vorstellungsgespräch bei einer Organisation für das Ehrenamt.

Dies kann in den Tagesstätten, Tageskliniken und Praxen geschehen. Eine gute Vernetzung der verschiedenen therapeutischen Einrichtungen ist wichtig.

- Nennen Sie mindestens drei wichtige Schlüsselqualifikationen eines „Sozialcoachs“.

## Schlüsselqualifikationen des Lebens-Sozialcoaches

- konsequentes klientenzentriertes Vorgehen
- sehr gute Vernetzungsfähigkeiten (social networking/ soziale Netzwerke „knüpfen“ können)
- Kenntnisse und praktische Umsetzung von sozialer Unterstützung (social support)
- hohes Maß an sozialen Kompetenzen
- Beratungskompetenz und
- Methodenkompetenz
- Flexibilität

Wie sinnvoll finden Sie die Idee „Ergotherapeutin als Sozialcoach“? Welche Probleme sehen Sie in der Abgrenzung zum Sozialarbeiter?

## Abgrenzung Ergotherapie zu Sozialarbeit

Die beruflichen Aufgaben von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen stehen ebenfalls in einem unmittelbaren Bezug zur alltäglichen Lebenspraxis ihrer Klienten. Regelmäßige Hausbesuche, die Kontrolle der Haushaltsführung, Beschaffung von Kleidung gehören zum Aufgabenbereich der Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen. Darüber hinaus gehört es auch zum Berufsbild, den Klienten in allen Belangen um das Thema Arbeit zu beraten bzw. den Klienten aktiv zu unterstützen, wieder in Arbeit zu kommen oder ihn in sein bestehendes Arbeitsverhältnis einzugliedern. Zur Beratung in angemessener Lebensführung gehört ebenfalls entsprechende Personen im Netzwerk, den behandelnden (Fach-) Arzt, Arbeitgeber etc. aufzusuchen, um Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Soziale Arbeit als ein Element staatlicher Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik ist neben ihrem Auftrag „Hilfe und Kontrolle“ in ein verzweigtes Netz rechtlicher und bürokratischer Regelungen eingebunden (Bosshard et al. 2007).

Die Ergotherapeutin als Sozialcoach ist nicht ganz unproblematisch zu sehen, denn sie kann sehr schnell in Aufgabengebiete und Verantwortungsbereiche eines Sozialarbeiters kommen. Eine notwendige Abgrenzung innerhalb der eigenen Profession wie zum Sozialarbeiter ist schwierig, aber möglich.

In der klientenzentrierten Behandlung, mit dem Ziel die Selbstverantwortung zu stärken, werden alle therapeutischen Aktivitäten mit dem Klienten und dem be-

handelnden interdisziplinären Team abgesprochen. Die Ergotherapeutin in der Rolle des Sozialcoachs muss sich ein klares Bild verschaffen, welche Professionen in die aktuelle Behandlung des Klienten involviert sind. Nachdem sie sich ausreichend informiert hat, wird sie im Rahmen der Vernetzung in Rücksprache mit dem Klienten die beteiligten Professionen des Netzwerks über ihre anstehenden Aktivitäten informieren bzw. sich absprechen.

Ist ein Sozialarbeiter ebenfalls Teil des interdisziplinären Teams, ist eine genaue Absprache zwingend notwendig. Hier gilt es eine klare Aufgabenteilung zu bewirken. Primär sollten sich die Netzwerkaktivitäten der Ergotherapeutin darauf beschränken, Möglichkeiten zu finden und ggf. Kontakt herzustellen, in dem der Klient sinnvolle Betätigungen ausüben kann, ungeachtet dessen ob es eine ehrenamtliche oder bezahlte Tätigkeit ist. Alle Fragen zur rechtlichen und bürokratischen Regelungen gehören nicht in das Verantwortungsgebiet der Ergotherapeutin. Hier kann und muss sie den Klienten an kompetente, weiterführende Ansprechpartner verweisen.

Durch die Verkürzung der klinischen Behandlung ist der ambulante psychosoziale „Betreuungs- und Therapiemarkt“ stark umkämpft von verschiedenen Professionen. Dieser Konkurrenzkampf darf nie auf dem Rücken des Klienten ausgetragen werden. Eine qualitativ wertvolle Behandlung ist gekennzeichnet durch ein Hand-in-Hand-Arbeiten aller beteiligten Personen, die über den Klienten gut miteinander vernetzt sind.

### Abgrenzungsmerkmale als Sozialcoach zur Sozialarbeit

- Alle rechtlichen (juristischen) und bürokratischen Fragen gehören nicht in das Aufgabengebiet der Ergotherapie und müssen delegiert werden.
- Sind andere Fachkollegen, wie z.B. Sozialarbeiter/Casemanager oder ein Mitarbeiter eines Integrationsfachdienstes oder ggf. ein Jurist, bereits im Kontakt zum Arbeitgeber, muss sich die Ergotherapeutin, wenn sie ebenfalls Kontakt zum Arbeitgeber aufnehmen will, vorher mit allen entsprechenden Personen absprechen.
- Vernetzung heißt primär Kontakte herstellen und nachfragen, ob der Klient sie aufgesucht hat. Ist der Klient an der entsprechenden, unterstützenden Adresse gut angekommen, endet das Engagement der Ergotherapeutin bei diesem Thema.

- Im Fall eines selbst organisierten Praktikums, eines Ehrenamtes oder einer Arbeit begleitet die Ergotherapeutin, wenn erforderlich, das Geschehen und berät den Klienten bzw. die jeweilige Ansprechperson vor Ort.
- Die Ergotherapeutin sollte in diesem Bereich ihr Kerngeschäft wahrnehmen, d.h. eine gezielte und fundierte Arbeitsdiagnostik erstellen und diese Ergebnisse innerhalb des Netzwerks kommunizieren und sich als kompetente Ansprechpartnerin anbieten.

## c. Definition von Arbeit

- Bitte nennen Sie mindestens 7 Definitionsmerkmale von Arbeit.

Arbeit ist:

1. eine zeitlich, inhaltlich definierte und zielgerichtete Tätigkeit, die entlohnt wird
2. mit Rechten und Pflichten gegenüber der eigenen Person oder Dritten verbunden
3. in der Regel gesellschaftlich und wirtschaftlich sinnvoll
4. erfordert körperliche, geistige und emotionale Anstrengungen
5. mit einer gesellschaftlichen Rolle (Arbeitnehmer- oder Arbeitgeberrolle) verbunden, z. B. der Fabrikarbeiter, die Ärztin, der Kaufmann, die Gärtnerin
6. verschafft soziale Kontakte und Netzwerke
7. vermittelt das lebensnotwendige Gefühl, von anderen gebraucht zu werden, sich nützlich machen (dazuzugehören)
8. eine Struktur, die täglich, wöchentlich und jährlich erfahrbar ist
9. stabilisiert die Gesundheit und das seelische Gleichgewicht
10. auch stabilisierend in den dazwischen liegenden Erholungsphasen, den der sog. Müßiggang wird als Genuss erlebt und nicht als Verdross
11. förderlich für die Persönlichkeitsentwicklung und Bildung, sofern sie mit Erwerb von Wissen und Fertigkeiten verknüpft ist

(Jahoda 1982, Schwendy 2008)

Die einzelnen Merkmale können jeweils sowohl positiv als auch negativ erlebt werden.

## d. Auswirkung und Bedeutung von Arbeit

- Nennen Sie kurz und prägnant mindestens 5 mögliche negative Auswirkungen, die eine Arbeitssituation haben kann und die als belastend erlebt werden können.

### Mögliche negative Auswirkungen und Belastungen

- Routine kann als monoton erlebt werden.
- Sich nicht angemessen entlohnt und darüber nicht anerkannt und wertgeschätzt zu fühlen.
- Soziale Kontakte können anstrengen und belasten (im schlimmsten Fall *Mobbing*).
- Sich über- oder unterfordert fühlen.
- Stress erleben (körperlich und/oder emotional/seeleisch).
- Identifikation oder Sinnhaftigkeit mit der Arbeit/Rolle fehlen.
- Minderwertigkeitsgefühle können entstehen.
- Arbeit kann als „Strafe“ erlebt werden.
- Erläutern Sie die Bedeutung von Arbeit für Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung aus einer gesellschaftlichen und aus ergotherapeutischer Perspektive.

### Bedeutung von Arbeit für Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung

Es ist eine andauernde Diskussion in der psychiatrischen Fachwelt, wie Menschen mit einer psychischen Erkrankung am Arbeitsleben teilhaben können (Weber 2005). Es wird argumentiert, dass Arbeit sowohl heilende als auch krank machende Faktoren beinhalten kann.

Einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen hat aus gesellschaftlicher Sicht einen hohen Stellenwert in westlichen Kulturen. Ein Mensch, der regelmäßig arbeitet, erfährt ein hohes Maß an sozialer Akzeptanz. Dies bedeutet zusätzlich eine Entstigmatisierung und eine bessere gesellschaftliche Integration für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. In einem Angestelltenverhältnis zu sein wird beschrieben als sinnstiftende

Handlung zur Identifikationsbildung. Einer regelmäßigen Arbeit nachzukommen bedeutet finanzielle Absicherung, soziale Netzwerke zu knüpfen und eine soziale Rolle innezuhaben (Haerlin 2006, Kielhofner 2004, Wilcock 1998, Jahoda 1982).

Die Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben sich in den letzten Jahren deutlich verschlechtert, zunehmende krankheitsbedingte Ausfälle insbesondere bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung beweisen dies (DAK-Gesundheitsreport 2003, zitiert von Köhler und Steier-Mecklenburg 2007). Arbeit kann auch eine andauernde Über- bzw. Unterforderung darstellen; beides bedeutet Stress für den Menschen, so wie es auch Herr Laupichler geschildert hat. Zudem können soziale Kontakte als belastend wahrgenommen werden bis hin zum Gefühl, gemobbt zu werden (Weber 2005).

### Zusammenfassung zu Aspekten von Arbeit

- Anerkennung
- Sinnstiftung
- finanzielle Absicherung
- soziale Akzeptanz
- soziale Netzwerke und soziale Unterstützung
- Entstigmatisierung und Integration
- Identifikation
- Rollenübernahme
- zeitlich erfahrbare Struktur

Aus **ergotherapeutischer Sicht** kann Arbeit sowohl „heilende“ und stärkende Kräfte als auch destabilisierende und krank machende Kräfte in einem Menschen freisetzen. Das richtige Maß von Anforderung auf der physischen, kognitiven und sozioemotionalen Ebene hat einen positiven Effekt auf das Selbstbild und motiviert den Einzelnen, sich weiterzuentwickeln, was auch als „heilende“ Kraft angesehen werden kann (Stichwort hierzu: Occupational Balance).

Das Selbstbild bezeichnet das subjektive Wissen, dass man bestimmte Vorgänge in der Welt aktiv beeinflussen kann. Es besteht aus dem erlebten Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, dem Denkvermögen und der emotionalen/physischen Stärke. Dieses Vertrauen in sich selbst (Selbstvertrauen) hat Einfluss auf unser Verhalten und es vermittelt eine innere Sicherheit, die erwünschten Ergebnisse einer Handlung kontrollieren

zu können (vergleiche hierzu auch Kielhofner 2005). Durch Erfahrung entwickeln wir ein Bewusstsein für die Dinge, die uns gut gelingen, und andere, an denen wir eher scheitern. Aus diesem Bewusstsein resultiert die Neigung, bestimmte Betätigungen zu suchen und andere zu meiden; Kielhofner bezeichnet dies als Disposition. Die Überzeugung unserer Wirksamkeit gibt uns das Gefühl, dass die Kontrolle unserer Lebensumstände in uns selbst liegt. Allerdings hängt das jeweils von den Lebensbereichen ab. Wir können also z. B. das Gefühl haben, wirksam in familiären Situationen handeln zu können, aber vielleicht nicht im Beruf. Das Selbstbild ist nach Kielhofner ein wichtiger Teil des Subsystems Volition (2005).

Auf psychiatrische Hilfe angewiesen zu sein kann das Selbstbild negativ beeinflussen, da das Gefühl der Kontrolle und Wirksamkeit in wichtigen Bereichen des Lebens und Erlebens beeinträchtigt wird. Es ist deshalb nicht selten zu beobachten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ein negatives Selbstbild haben. Eine Arbeit, die sie im richtigen Maße fordert und deren Ergebnis (Produkt, Dienstleistung etc.) wirklich gebraucht wird, kann das Bewusstsein für die eigenen Fähigkeiten und das Gefühl der Wirksamkeit und Kontrolle (re)aktivieren. Auch ein geleisteter Teilschritt innerhalb einer Gruppenarbeit kann Gefühle auslösen, deren Auswirkungen in Tab. 6.4 dargestellt sind.

Ein weiterer Aspekt von Arbeit ist die Notwendigkeit einer festen Tages- und Wochenstruktur. Besonders Menschen mit einer psychischen Erkrankung benötigen diese zur inneren Stabilisierung und auch zur Orientierung.

Darüber hinaus wird die Ergotherapeutin Arbeiten anbieten, die den Klienten weder dauerhaft überfordern noch unterfordern, denn sie weiß, dass beides für den Klienten Stress bedeutet. In der Therapie mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung gilt es insbesondere, dauerhaften Stress zu vermeiden, da er eine Verstärkung der Symptome bedeuten kann.

Zusammenfassung der Aspekte von Arbeit, ergänzend zu den gesellschaftlichen Faktoren, die Themen einer ergotherapeutischen Behandlung sein können

- kognitive Leistung, Merkfähigkeit, logisches Denken etc.
- physische Leistung, dazu gehört auch das äußerliche Erscheinungsbild
- soziale Kompetenz, wie z. B. Umgang mit Kritik und Abgrenzung
- Stabilität/Struktur, sich zeitlich und örtlich zu organisieren
- Konzentration, Qualität und Quantität einer Arbeit (Grundarbeitsfähigkeiten)
- Umgang mit Stress und Emotionen (Motivation)
- Arbeitnehmerrolle, Umgang mit Verantwortung
- Selbstbild und Selbstvertrauen
- Fähigkeitsprofil bzw. berufsspezifische Fähigkeiten
- Erstellen von Anforderungsprofilen
- Orientierung und (berufliche) Perspektivenentwicklung

Im Interview spricht Herr Laupichler immer wieder auch die Geschichte der Psychiatrie an, daher die folgende Frage:

- Wie hat sich der Stellenwert von Betätigung und Arbeit im Lauf der Geschichte der psychiatrischen Ergotherapie verändert?

Stellenwert von Betätigung und Arbeit im Lauf der Geschichte

Insgesamt war die Geschichte der Psychiatrie über viele Jahrhunderte hinweg eine Geschichte der Ausgrenzung, die in Deutschland während des Nationalsozialismus ihren grausamen Höhepunkt fand. Der Stellenwert von sinnvoller Betätigung und Arbeit beschränkt sich hier auf die Zeit des 20. Jahrhunderts bis heute, den

Tab. 6.4 Ausgelöste Gefühle und Auswirkungen

| Gefühl                                  | Auswirkung                    |
|-----------------------------------------|-------------------------------|
| Ich kann was (Fähigkeiten)              | Auswirkung auf das Selbstbild |
| Ich gehöre dazu (soziale Kontakte)      | Auswirkung auf das Selbstbild |
| Ich werde gebraucht (soziale Akzeptanz) | Auswirkung auf das Selbstbild |



Zeitraumen, in dem sich das Berufsbild der Ergotherapie (Occupational Therapy) entwickelt hat.

Im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die Ergotherapie in den USA und England kontinuierlich. In Deutschland war zu dieser Zeit der Beruf unbekannt. Es gab in den verschiedenen psychiatrischen Anstalten Deutschlands eine Zeit des Umdenkens hin zu einer menschenwürdigeren Psychiatrie. Das wohl bekannteste Beispiel ist die Arbeitstherapie in der psychiatrischen Anstalt Gütersloh unter der damaligen Leitung des Psychiaters Hermann Simon (1920–1934). Simon entwickelte einen Stufenplan, der sich an der Leistungsfähigkeit des Patienten orientierte. Die ausgeführten Arbeiten dienten dem Wohl der Klinik und auch zur Existenzsicherung des Patienten. Die Arbeiten hatten ein hohes Maß an Routine. Die Patienten mussten sich an die Arbeit anpassen. Der Umgang mit den psychisch erkrankten Menschen war pädagogisch ausgerichtet und geprägt durch positive und negative Sanktionen.

Aus dieser Zeit ist bis heute die Erkenntnis geblieben, dass sinnvolle Handlungen und strukturierte Arbeitsabläufe einen positiven Effekt haben auf das Selbstwertgefühl und den Genesungs- und Stabilisierungsprozess von Patienten in Psychiatrien. Zwang und fehlende Entscheidungsfreiheiten wirken sich hingegen negativ auf das Selbstbild des Einzelnen aus und sind heute im Therapiealltag undenkbar.

Über die englische Besatzungsmacht kam nach dem Zweiten Weltkrieg der Beruf des Ergotherapeuten nach Deutschland, damals noch unter der Bezeichnung „Beschäftigungstherapie“. Primär wurde in dieser Zeit die „Beschäftigungstherapie“ für Kriegsversehrte angewendet.

In der Psychiatrie kam in den 50er-Jahren unter mit dem Einsatz der Neuroleptika eine erste Kehrtwendung. Wenn vorher die Psychiatrien eher einer „Aufbewahrungsanstalt“ glichen, waren nun Konzepte gefragt, um die neu entstandenen Zeiträume für die Patienten irgendwie zu füllen. Ergotherapie wurde in dieser Zeit primär eingesetzt mit dem Ziel „Ablenkung“ und „Füllen der freien Zeit“ (Kubny-Lücke 2003).

Beschäftigung um der Beschäftigung willen zeigt sich bald als eine Zumutung und ließ den Patienten damals kaum Platz sich positiv zu entwickeln. Abstumpfung, Aggressionen und Hospitalismus waren

nicht selten, wie es Herr Laupichler selbst im Interview eindrucksvoll geschildert hat.

Durch die Psychiatrieenquete in den 70er-Jahren und den Grundsatz „ambulant vor stationär“ wurden die Großpsychiatrien sukzessive aufgelöst und in Akut- und Versorgungskliniken umgewandelt. Durch die Enthospitalisierung bedurfte es für die ehemaligen Langzeitpatienten neuer Konzepte zur sinnvollen Beschäftigung. Die Arbeitstherapie entwickelte sich zu einem weiteren Behandlungsangebot der Ergotherapie und in den 80er-Jahren kontinuierlich zu einem wichtigen Baustein in der Arbeitsrehabilitation. Die Therapieziele der damaligen Arbeits- und Beschäftigungstherapien (1977–1999) wurden entsprechend den medizinischen Diagnosen vom Therapeuten bestimmt und dem Patienten mehr oder weniger vorgegeben. Dieses Wissen floss noch am Anfang des 21. Jahrhunderts in einen vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) herausgegebenen Indikationskatalog für die Ergotherapie (2004) mit ein.

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts und bis heute haben sich klientenzentrierte Therapien in der Ergotherapie durchgesetzt. Die alltagsrelevanten Bedürfnisse und Ziele des Klienten bilden die Grundbasis jeder ergotherapeutischen Behandlung. Zudem haben ergotherapeutische Modelle aus dem englischsprachigen Raum die deutschsprachige Ergotherapie stark beeinflusst. Das Bedürfnis, sich sinnvoll zu betätigen, wird als ein Grundbedürfnis des menschlichen Daseins angesehen (Kielhofner 2004).

Beruf/Arbeit, Freizeit- und lebenspraktische Aktivitäten und die Identifikation mit den eigenen Tätigkeiten und Rollen sind im Fokus der heutigen Therapien. Darüber hinaus wird der physikalischen und sozialen Umwelt des Einzelnen eine große Bedeutung zugemessen und auch Spiritualität findet Beachtung im therapeutischen Gespräch. Die Wünsche, Ziele und die Motivation des Patienten und die Bedeutung, den er seinen eigenen Handlungen zumisst, stehen im Mittelpunkt der Therapien.

## e. Schlussfolgerungen für die Praxis

- Herr Laupichler wünscht sich, dass seine Wünsche berücksichtigt werden und er keine starren Programme absolvieren muss. Durch welche Verhaltensmöglichkeiten kann die Therapeutin dazu beitragen, dass

der Klient sich mit seinen eigenen Wünschen und Bedürfnissen in die Therapie einbringen kann und befähigt wird, wieder selbstbestimmt sein Leben zu führen?

Die Therapeutin bringt dem Klienten Wertschätzung und Respekt entgegen. Diese ethische Grundhaltung bedeutet, dass sie ihn so akzeptiert, wie er ist, seine Herkunft, sein Aussehen, Bildung, persönliche Reife, Motivation, Einstellungen und Erfahrungen. Sie zeigt Interesse und Aufmerksamkeit und möchte möglichst viel über ihr Gegenüber erfahren. Sie versucht sich in das Erleben, die Gefühle und Gedanken des Klienten einzufühlen und fragt nach, um besser zu verstehen. Mittels Sprache, Körpersprache und ihrer Angebote drückt sie aus, dass sie ganz speziell auf den Klienten eingeht. Sie wendet die Technik des aktiven Zuhörens an. Durch ihr Verhalten zeigt sie dem Klienten, dass er sich auf sie verlassen und ihr vertrauen kann (Feiler 2003). Feiler nennt einige Strategien, die eine gute Zusammenarbeit ermöglichen (2003, S. 41):

- das Anbieten von Auswahlmöglichkeiten
- individuelle Behandlung
- Erfolgsbestätigung

- „etwas füreinander tun“
- das Austauschen persönlicher Geschichten
- das gemeinsame Lösen von Problemen.

Die Therapeutin nimmt die Ziele des Klienten ernst. Sie sichert Transparenz in der Durchführung gemeinsam vereinbarter Therapieschritte. Die Therapeutin leistet Hilfe zur Selbsthilfe und ermutigt den Klienten zu eigenen Lösungswegen. Sie gibt dem Klienten das Gefühl, dass er nicht allein ist und sich mit Ängsten und Sorgen an sie wenden kann.

Taylor (2008) beschreibt in ihrem „Modell der intentionalen Beziehung“ 6 Modi, mit denen die Therapeutin die Interaktion gestaltet (Abb. 6.1):

- beraten
- zusammenarbeiten
- mitfühlen
- ermutigen
- instruieren
- Problem lösen

Townsend et al. (2007) unterscheiden 10 Schlüssel-fähigkeiten, die die Therapeutin einsetzt, um Klienten zu befähigen:

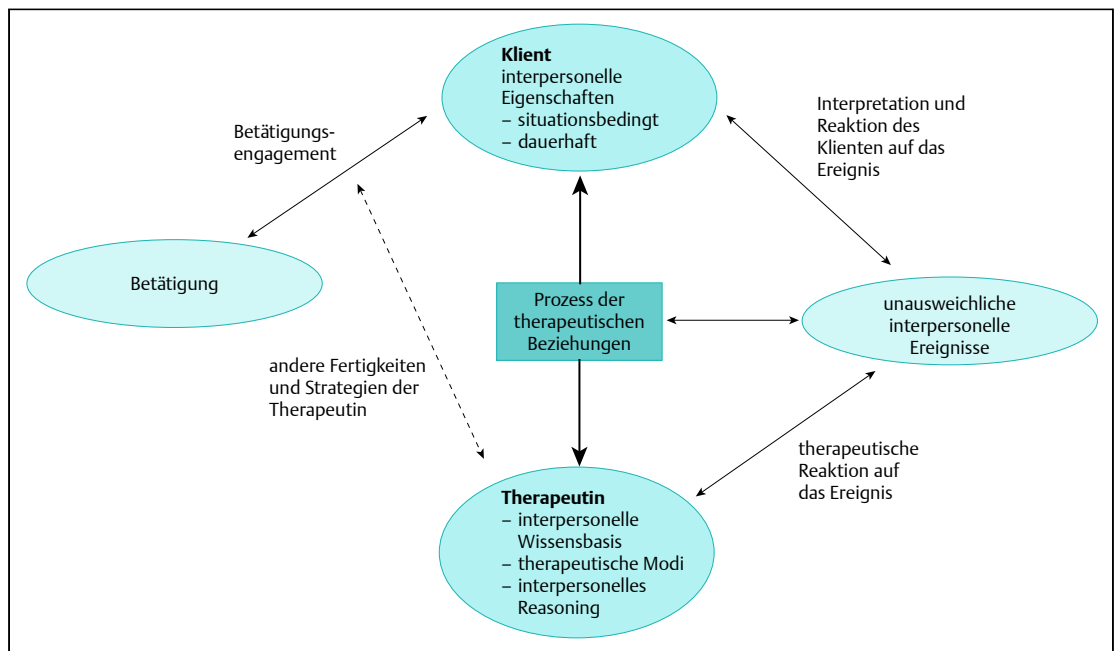


Abb. 6.1 Modell der intentionalen Beziehung. Modell der intentionalen Beziehung (Taylor 2008).

- Adaptieren
- Anwaltliche Vertretung (*advocate* im Sinne von Lobbyarbeit, politischer Arbeit)
- Coachen
- Zusammenarbeiten
- Beraten
- Koordinieren
- Herstellen (z. B. von Hilfsmitteln)
- Bilden, Aufklären (Educate)
- Engagieren
- Spezialisieren (im Sinne von spezielle Techniken und Methoden anwenden)

**Tipp:** Beschäftigen Sie sich näher mit diesen Beschreibungen und analysieren Sie eine Ihrer praktischen Behandlungen nach den Modi oder Fähigkeiten, die sie selbst anwenden.

- Beschreiben Sie klientenzentriertes Vorgehen bezogen auf Zielsetzung, Angebote und Evaluation der Therapie!

### Klientenzentrierte Vorgehensweise

Klientenzentrierte Vorgehensweise stellt sicher, dass die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten miteinbezogen werden.

Konzeptionelle Modelle, die das Vorgehen unterstützen können, sind z. B. das kanadische Modell (CMOP, Townsend et al. 1997, CMOP-E, Townsend et al. 2007) oder das Model of Human Occupation von Kielhofner (2005). Auch das Kawa-River-Modell von Iwama kann hierbei gut herangezogen werden (Kubny-Lüke 2009).

Der **Erstkontakt** ist ausschlaggebend für die Vertrauensbildung und die Compliance. Die hier gemachten Fehler im zwischenmenschlichen Kontakt können nur schwer wiedergutmacht werden. Daher sollte das und jedes weitere Gespräch offen, wertschätzend und respektvoll erfolgen. Der Klient hat die Möglichkeit über seine Wünsche, Ängste und Vorstellungen zu sprechen. Die Therapeutin hört zu und stellt Fragen, die dem Klienten helfen sich selbst zu konkretisieren. Absolut vermieden werden voreilige und ungefragte Wertungen, Ratschläge, Tipps und der Versuch, dem Klienten etwas ausreden zu wollen.

**Zielsetzung:** Für die gemeinsame Zielsetzung mit dem Klienten stehen zahlreiche Instrumente zur Verfügung, z. B. :

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- Worker Role Interview (WRI)
- Interessencheckliste (IC)
- Kölner Instrumentarium (Haerlin 2006)

**Basisdiagnostik/Prozessdiagnostik:** Die Zielsetzung sollte immer auf einer soliden Diagnostik basieren, auch hier stehen diverse Assessments und andere Diagnostikinstrumente zur Verfügung, z. B.

- Melba-Schlüsselqualifikationen behinderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Work Environment Impact Scale (WEIS)
- Kölner Kreisbild zur Arbeit
- Ergotherapeutisches Assessment (EA)

Ungeachtet dessen, welcher Assessmentbogen herangezogen wird, ersetzt er nicht das klientenzentrierte Therapeutengespräch. Jeder Assessmentbogen ist eine strukturierte (im besten Fall evidierte/evaluierte) Form, die Daten und Ziele zu erfassen.

Ist der Klient in einer akuten Phase nicht dazu in der Lage, selbst Auskunft zu geben, können eventuell Angehörige als erweiterte Klienten in das COPM miteinbezogen oder das Volitional Questionnaire durchgeführt werden.

**Angebote:** Der Therapieplan sollte gemeinsam erstellt und formuliert werden. Die Angebote sind dabei in Methode und Aktivitäten individuell mit dem Klienten abzustimmen. Bei der Durchführung wird besonders darauf geachtet, dass der Klient seine Wünsche, Erfahrungen und Verhaltensweisen reflektieren und eigene Problemlösungswege entwickeln lernt. Transfer und Generalisierung in die Lebenswelt werden von der Therapeutin bewusst initiiert und der Klient dazu befähigt, sie zu steuern, wenn die Therapie nicht in der Lebenswelt stattfinden kann.

**Evaluation:** Zeitraum und Methode für eine Evaluation werden ebenfalls mit dem Klienten vereinbart, z. B. eine Wiederholung des COPM. Die Ergebnisse zeigen die subjektive Einschätzung des Klienten im Hinblick auf seine Zufriedenheit und Ausführung mit den von ihm gewünschten Betätigungen. Es kann besprochen

werden, wo er noch Unterstützungsbedarf hat und wie dieser weiterhin gegeben werden kann. Dabei ist z. B. die Überleitung von stationärer in ambulante Behandlung wichtig.

Eine fundierte und qualitative Behandlung endet mit einem schriftlichen Abschlussbericht. In diesem Bericht wird kurz (Metaebene) das Ziel, die Ausgangssituation und der Verlauf der Therapie beschrieben. Das jeweilige Fähigkeitsprofil (die Stärken und Problemfelder) des Klienten und seine förderlichen bzw. hinderlichen Rahmenbedingungen werden kurz benannt. Wichtig ist, eine Anschlussperspektive zu benennen und weitere förderliche Schritte (Zwischenziele), die für das Fernziel des Klienten notwendig sind. Im besten Falle sollte dieser Bericht mit dem Klienten besprochen werden und danach eine Kopie des Berichts an alle relevanten Personen des medizinisch-therapeutischen Netzwerks des Klienten versandt werden.

## f. Zusammenfassung und Auswertung der Selbstevaluation

### Meine Auswertung: Erwachsener mit bipolarer affektiver Störung

Sie können Ihre Arbeitsergebnisse und neuen Erkenntnisse in einer Übersicht zusammenfassen. Ein Muster zeigt Abb. 6.2.

### Meine Ergebnisse bewerten und weitere Ziele und Lernaktivitäten planen

Mit der folgenden Tab. 6.5 können Sie Ihre Ergebnisse konkret bewerten und planen, was Sie noch verbessern und üben wollen.

## Zusammenfassung und Auswertung der Selbstevaluation

### Meine Auswertung: Erwachsener mit bipolarer affektiver Störung

Wichtige Erkenntnisse aus der Fallbearbeitung:

---

---

Tipps für die Praxis:

---

---

---

---

---

Abb. 6.2 Zusammenfassung und Auswertung der Selbstevaluation. Auswertungsbogen: Erwachsener mit bipolarer affektiver Störung.

Tab. 6.5 Bewertung – Planung – Verbesserung

| <i>Lernziele</i>                                                                                                 | <i>Ergebnis-<br/>bewertung</i> | <i>Was noch besser<br/>werden sollte –<br/>Ziele setzen</i> | <i>Plan zur Verbesserung<br/>(Was will ich tun, was<br/>brauche ich dafür?)</i> | <i>Veränderung überprüfen<br/>(Wann und wie prüfe ich,<br/>ob sich etwas verändert<br/>hat?)</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nachvollziehen, welche positiven und negativen Erfahrungen ein Klient mit ergotherapeutischer Behandlung machte. |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| Feststellen, welche Gründe aus Sicht des Betroffenen zu einer positiven oder negativen Erfahrung führten.        |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| Zusammenfassen, welche Angebote aus Sicht des Betroffenen in welcher Phase sinnvoll sind.                        |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| Möglichkeiten ehrenamtlicher Tätigkeiten für chronisch psychisch Kranke überlegen.                               |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| Die Arbeit einer Ergotherapeutin als „Lebens- und Sozialcoach“ beschreiben und diskutieren.                      |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| Definitionsmerkmale von Arbeit nennen.                                                                           |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| Mögliche negative Auswirkungen von Arbeit aufzählen.                                                             |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| Die veränderte Bedeutung von Betätigung und Arbeit in der Geschichte der psychiatrischen Ergotherapie darlegen.  |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| Wichtige Aspekte eines klientenzentrierten Vorgehens zusammenfassen.                                             |                                |                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |

### Literatur

- Amering M, Schmolke M. Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit, 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2007
- Bosshard M, Ebert U, Lazarus H. Soziale Arbeit in der Psychiatrie, 3. vollständig überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2007
- DAK-Gesundheitsreport 2003/Grundlagen. Steier-M. 2007 Köhler K./Steier Mecklenburg. Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation-Arbeitsfelder in der Ergotherapie, 1. Auflage Thieme Verlag 2008
- Deutsche Gesellschaft Für Soziale Arbeit; Forum für Wissenschaft und Praxis, <http://www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de/links.shtml>; abgerufen am 25. 11. 2008
- Deutscher Bundesverband Coaching e. V., [www.dbvc.de](http://www.dbvc.de); abgerufen am 25. 11. 2008
- Feiler M. Klinisches Reasoning in der Ergotherapie. Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln. Heidelberg: Springer; 2003
- Fischer A. Rede von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer zum Festakt und Kongress „25 Jahre Psychiatrie Enquete – Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform“ am 21. November 2000 in Bonn. In: Psychosoziale Umschau, 16. Jg. 2001, Nr. 1, S. 10 – 11
- Fischer-Epe M, Schulz von Thun F. Coaching. Miteinander Ziele erreichen. Reinbek: Rowohlt; 2004
- Haerlin C, Mecklenburg H. Aufgaben der Ergotherapie im Rahmen der Behandlung psychisch Kranker. Serie Ergotherapie; psychoneuro 2003, 29(4):184 – 186
- Haerlin C. „Arbeit und Rehabilitation, Kölner Instrumentarium“ (Work and Rehabilitation – individual and structural aids) Kerbe, 3/06, [kerbe@beb-ev.de](mailto:kerbe@beb-ev.de); Kölner Instrumentarium, [www.btz-koeln.de/koelner](http://www.btz-koeln.de/koelner) 2006
- Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H. Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch. 1. Auflage. Edition Suhrkamp 769, 1975
- Jahoda M. Employment and unemployment. Cambridge: Cambridge University Press; 1982
- Kaweh B. Das Coaching-Handbuch. Kirchzarten bei Freiburg: VAK; 2005
- Kielhofner G, Marotzki U, Mentrup C. Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer; 2005
- Kielhofner G. Conception foundation of occupational therapy; 3 rd edition. Philadelphia: FA Davis; 2004
- Köhler K, Steier-Mecklenburg F. Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation. Stuttgart: Thieme; 2007
- Konrad A. Soziale Unterstützung. In: Kubny-Lüke B. Ergotherapie im Arbeitsfeld der Psychiatrie. 2. Auflage. Thieme; 2009
- Kubny Lüke B. Hrsg. Ergotherapie im Arbeitsfeld der Psychiatrie. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2009
- Kubny-Lüke B, Hrsg. Ergotherapie im Arbeitsfeld der Psychiatrie, 1. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2003
- Mecklenburg H, Storck J, Hrsg. Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2008
- Simon-Adorf U. Was Sie schon immer über Coaching wissen wollten ... Antworten auf 53 wichtige Fragen. Paderborn: Jungfermann; 2008
- Sozialgesetzbuch, [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb\\_9/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf); abgerufen am 25. 11. 2008
- Taylor R. „Use of Self“ in der Ergotherapie: Beziehungen bewusst gestalten. ergoscience 2008; 3: 22 – 31
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J, Stewart D, Brown J. Enabling: Occupational Therapy's core competency. In: Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT; 2007
- Weber P, Hrsg. Tätig sein, jenseits der Erwerbstätigkeit. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2005
- Wikipedia, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org); abgerufen am 25. 11. 2008
- Wilcock AA. An Occupational Perspective of Health. Thorofare: Slack; 1998