



# Walkenhorst, U./ Ott, U Fallbuch Ergotherapie in der Psychiatrie



*zum Bestellen [hier klicken](#)*

**by naturmed Fachbuchvertrieb**

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: [info@naturmed.de](mailto:info@naturmed.de), Web: <http://www.naturmed.de>

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung zum Fallbuch Psychiatrie</b> . . . . .	1	II	Arbeiten mit dem Buch – Hinweise für den Nutzer . . . . .	6
I	1	III	Ausblick . . . . .	8
	2			

## A Aufgaben

<b>1 Aufgaben zur Problemanalyse</b> . . . . .	11	<b>2 Aufgaben zur Interventionsplanung</b> . . . . .	57
1.1 Sandro, Kind mit Störung des Sozialverhaltens <i>Ragna Trömel</i>	12	2.1 Tim, Kind mit Angststörung . . . . . <i>Eva Gawantka</i>	58
1.2 Herr Meier, Erwachsener mit Schizophrenie . . <i>Christiane Tilly, Christina Eiling, Thorsten Jordan, Murat Sakar</i>	16	2.2 Frau Janz, Erwachsene mit Persönlichkeitsstörung . . . . . <i>Ulrike Siepelmeyer-Müller</i>	66
1.3 Frau Gröne, Erwachsene mit Depression . . . . . <i>Jutta Berding</i>	29	2.3 Frau Schöller, ältere Person mit Demenz vom Alzheimer-Typ, mittleres Stadium . . . . . <i>Agnes Willinger</i>	73
1.4 Frau Schulze, Erwachsene mit Alkoholismus . . <i>Heike Lagemann</i>	35	<b>3 Aufgaben zur Evaluation</b> . . . . .	85
1.5 Frau Schöller, ältere Person mit Demenz vom Alzheimer-Typ, frühes Stadium . . . . . <i>Agnes Willinger</i>	42	3.1 Herr Laupichler, Erwachsener mit bipolarer affektiver Störung . . . . . <i>Heidrun Becker, Albrecht Konrad</i>	86
1.6 Frau Sander, ältere Person mit Altersdepression <i>Ulrike Ott</i>	48	3.2 Frau Brühl, Erwachsene mit Borderline-Persönlichkeitsstörung . . . . . <i>Bianca Jacobsohn</i>	97
		3.3 Frau Stiller, ältere Person mit Altersdepression <i>Renate von der Heyden</i>	102

## L Lösungen

<b>4 Lösungen zur Problemanalyse</b> . . . . .	109	4.4 Lösungen für Frau Schulze, Erwachsene mit Alkoholismus . . . . . <i>Heike Lagemann</i>	141
4.1 Lösungen für Sandro, Kind mit Störung des Sozialverhaltens . . . . . <i>Ragna Trömel</i>	110	4.5 Lösungen für Frau Schöller, ältere Person mit Demenz vom Alzheimer-Typ, frühes Stadium . . <i>Agnes Willinger</i>	161
4.2 Lösungen für Herrn Meier, Erwachsener mit Schizophrenie . . . . . <i>Christiane Tilly, Christina Eiling, Thorsten Jordan, Murat Sakar</i>	118	4.6 Lösungen für Frau Sander, ältere Person mit Altersdepression . . . . . <i>Ulrike Ott</i>	176
4.3 Lösungen für Frau Gröne, Erwachsene mit Depression . . . . . <i>Jutta Berding</i>	127		

<b>5</b>	<b>Lösungen zur Interventionsplanung</b> . . . . .	189	6.2	Lösungen für Frau Brühl, Erwachsene mit Borderline-Persönlichkeitsstörung . . . . .	229
5.1	Lösungen für Tim, Kind mit Angststörung . . . <i>Eva Gawantka</i>	190	6.3	Lösungen für Frau Stiller, ältere Person mit Altersdepression . . . . .	244
5.2	Lösungen für Frau Janz, Erwachsene mit Persönlichkeitsstörung . . . . .	197		<i>Renate von der Heyden</i>	
5.3	Lösungen für Frau Schöller, ältere Person mit Demenz vom Alzheimer-Typ, mittleres Stadium	203	<b>7</b>	<b>Fallorientierte Didaktik – Fälle im Unterricht einsetzen</b> . . . . .	259
	<i>Agnes Willinger</i>		7.1	Einführung . . . . .	260
<b>6</b>	<b>Lösungen zur Evaluation</b> . . . . .	215	7.2	Verschiedene Typen und Möglichkeiten der Fallorientierten Didaktik . . . . .	263
6.1	Lösungen für Herrn Laupichler, Erwachsener mit bipolarer affektiver Störung . . . . .	216	7.3	Fälle schreiben . . . . .	265
	<i>Heidrun Becker, Albrecht Konrad</i>		7.4	Anwendung der Fälle im Unterricht . . . . .	267
				<b>Sachverzeichnis</b> . . . . .	272

# Vorwort und Danksagung

Der didaktische Einsatz von Fallarbeiten nimmt in der Ausbildung von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen erkennbar zu. Die Fallarbeiten sollen die aktuelle Ausbildung und Praxis der Ergotherapie nachvollziehbar widerspiegeln, für Lernende verständlich und interessant sein sowie Lehrenden als Anregung für den eigenen Unterricht dienen. Damit die Entwicklung dieser Fallarbeiten gelingen konnte, war eine enge Zusammenarbeit mit Lehrenden und Lernenden an Berufsfachschulen der Ergotherapie notwendig. Sie wurden in die Konzeption, Entwicklung und Überarbeitung der Fälle intensiv miteinbezogen und trugen insbesondere mit ihren praktischen Erfahrungen sowie ihrer differenzierten Reflexion des ergotherapeutischen Alltags zum Gelingen des 2. Buches aus der Fallstudienreihe bei. Vielfältige Gespräche über und an den Fallarbeiten und eine große Unterstützung durch Anregungen und Kritik haben die Erstellung des Buches ermöglicht.

An dieser Stelle möchten wir uns deshalb herzlich bei allen Mitwirkenden bedanken: bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Konzeptionstreffens an der Fachhochschule Bielefeld, bei den Autorinnen und Autoren der Fallarbeiten sowie den Lehrkräften, Schülerinnen und Schüler, die als „Testpersonen“ die Fälle bearbeiteten und deren Rückmeldungen relevant waren, um die Praktikabilität der Fallarbeiten einzuschätzen und ggf. Veränderungen vorzunehmen. Wir hoffen, dass das Buch auch Ihrem weiteren ergotherapeutischen Alltag in Schule und Praxis dienlich ist.

*Ursula Walkenhorst, Ulrike Ott  
Bielefeld, Berlin im März 2010*

# Anschriften

## Herausgeber und Autoren

Heidrun Becker  
(Dipl. Medizinpädagogin u. Ergotherapeutin)  
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Department Gesundheit  
Forschung und Entwicklung Ergotherapie  
Technikumstrasse 9  
CH-8401 Winterthur

Jutta Berding  
ETOS Ergotherapieschule  
Osnabrück e.V.  
Senator-Wagner-Weg 2  
49088 Osnabrück

Christina Eiling  
KompetenzZentrum Integration  
LWL-Klinik Warstein  
Haus 60  
Franz-Hegemann-Str. 23  
59581 Warstein

Dipl. Ergotherapeutin (FH)  
Eva Gawantka  
LWL Klinik Marl-Sinsen  
Ergotherapie  
Halturner Str. 525  
45770 Marl-Sinsen

Dipl. Berufspäd. (FH) Renate von der Heyden  
Fachhochschule Bielefeld  
Lehreinheit Pflege und Gesundheit  
Am Stadtholz 24  
33609 Bielefeld

Bianca Jacobsohn  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Ergotherapie  
Eschenallee 3  
14050 Berlin

Thorsten Jordan  
KompetenzZentrum Integration  
LWL-Klinik Warstein  
Haus 60  
Franz-Hegemann-Str. 23  
59581 Warstein

Albrecht Konrad (MScOT)  
Leitung Arbeitstherapie  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)  
Lenggstrasse 31  
8032 Zürich  
Schweiz

Heike Lagemann  
maxQ im BfW  
Lehranstalt für Ergotherapie  
Hüttenstr. 9  
44795 Bochum

Ulrike Ott  
stellvertretende Schulleitung  
Wannsee-Schule, Bereich Ergotherapie  
Zum Heckeshorn 36  
14109 Berlin

Murat Sakar  
KompetenzZentrum Integration  
LWL-Klinik Warstein  
Haus 60  
Franz-Hegemann-Str. 23  
59581 Warstein

Ulrike Siepelmeyer-Müller  
Brücherhofstr. 67  
44269 Dortmund

Christiane Tilly  
KompetenzZentrum Integration  
LWL-Klinik Warstein  
Haus 60  
Franz-Hegemann-Str. 23  
59581 Warstein

Ragna Trömel  
DRK Westend  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Ergotherapie  
Spandauer Damm 130  
14050 Berlin

Prof. Dr. Ursula Walkenhorst  
Hochschule für Gesundheit  
University of Applied Sciences  
Universitätsstraße 105  
44789 Bochum

Agnes Willinger (Ergotherapeutin bc.nl)  
Brandheide 2  
32339 Espelkamp

# Einleitung zum Fallbuch Psychiatrie

*Ursula Walkenhorst, Ulrike Ott*

# I Konzept und Zielsetzungen der Fallbuchreihe

## Adressaten und Zielsetzungen der Reihe

Das Lernen mit und an Fällen hat in den vergangenen Jahren und im Zuge der Entwicklung der lernfeldorientierten Didaktik eine immer größere Bedeutung gewonnen. Die Möglichkeit, an den Geschichten und Situationen einzelner Personen teilzuhaben und an ihnen professionelles berufliches Handeln zu lernen, stellt didaktisch eine sinnvolle und inhaltsreiche methodische Vorgehensweise dar.

Dieser Bedeutung Rechnung tragend wurde die vorliegende Fallbuchreihe entwickelt, die mit dem Band der Fallbuchreihe Pädiatrie begann. Sie richtet sich primär an Schülerinnen und Schüler in der Ergotherapieausbildung sowie an Berufsanfänger/-innen, die hiermit beim Transfer des theoretisch Gelernten auf die Praxis unterstützt werden sollen. Gleichmaßen eignet sich die Arbeit mit dem Fallbuch für Praktikerinnen und Praktiker, die eine neue Vorgehensweise für sich üben und in ihre Clinical-Reasoning-Prozesse integrieren wollen. Die Fallbuchreihe ist jedoch mit ihrem Gesamtkonzept auch für andere Ausbildungsberufe nutzbar, da die Fälle einen Einblick in das ergotherapeutische Berufsbild geben und zu einer Transparenz des ergotherapeutischen beruflichen Handelns beitragen. Im Rahmen der Ausbildung können Schülerinnen und Schüler die konkrete Bearbeitung von Fällen aus unterschiedlichen Perspektiven und mit verschiedenen Zielen erlernen. Voraussetzung für die Nutzung der Fall-

buchreihe sind die theoretischen Grundlagen aus der Medizin, den Sozialwissenschaften sowie den ergotherapeutischen Behandlungsverfahren. In dem vorliegenden Buch werden verschiedene fallbezogene Verfahren genutzt, um damit zu arbeiten und daran zu lernen. Zu den fallbezogenen Verfahren gehören die Fallmethode, der Falldialog, die Fallarbeit oder das Einzelfallprojekt (Hundenborn 2007).

Dabei bietet das vorliegende Buch sowohl die Möglichkeit, sich im Selbststudium mit den Fällen zu beschäftigen als auch aus einer Lehrendenperspektive konkret im Unterricht einzusetzen. Dies kann dann in Einzel- oder Gruppenarbeit geschehen. Für den Einsatz im Unterricht müssen die Fälle ggf. entsprechend aufbereitet werden. Hierzu finden sich konkrete Hinweise im letzten Kapitel des Buches. Für den theoretischen Hintergrund einer fallorientierten Didaktik bietet das Buch in seinem abschließenden Kapitel des Weiteren eine differenzierte Darstellung.

Das Arbeiten mit dem Fallbuch unterstützt insbesondere handlungsorientierte Unterrichtsmethoden wie z. B. das Problemorientierte Lernen. Zielsetzung der Arbeit mit dem Fallbuch ist es, eine umfassende berufliche Handlungskompetenz zu erwerben und einen engen Theorie-Praxis-Transfer zu ermöglichen. Das Buch ergänzt damit die Reihe der Lehrbücher zur Ergotherapie in den verschiedenen Arbeitsfeldern.

## Begriffsbestimmung: Was ist ein Fall?

Zur Entwicklung der Fälle innerhalb der Buchreihe wurde ein gemeinsames Fallverständnis zugrunde gelegt. Dies ist erforderlich, um Fälle von Situationen zu unterscheiden und damit eine Fallbearbeitung im originären Sinne durchzuführen. Fallbeispiele unterscheiden sich von fallbezogenen Verfahren: Ein Fallbeispiel

dient einer Illustration von z. B. abstrakten Regeln oder Theorien und kann in jeder Phase des Unterrichts eingesetzt werden, während ein fallbezogenes Verfahren, wie diese im Rahmen des Buches angewendet werden, immer die konkrete Bearbeitung der im Fall geschilderten Situation nach sich zieht. Somit erfolgt der Einsatz

eines Falles nicht unsystematisch, sondern wird als Ausgangspunkt oder als Abschluss des Lernprozesses gesehen. Das vorliegende Buch bezieht sich damit in seinem theoretischen Begründungsrahmen auf die Ausführungen von Hundenborn (2007) und Kaiser (1983). Somit soll unter einem Fall folgende Definition verstanden werden:

„Ein Fall (case) ist eine möglichst wirklichkeitsgetreue Aufzeichnung eines Problems, (...) zusammen mit den dazugehörigen Fakten, Meinungen und Erwartungen, die die Entscheidungssituation determinieren“ (Stahle, zit. nach Kaiser 1985 in Hundenborn 2007, S.36). In weiteren Definitionen werden Fälle als „zeitlich und räumlich abgrenzbare Ereigniskomplexe“ (Flehsig 1996, zit. in Hundenborn 2007, S.36) oder als „Abfolge konkreter Begebenheiten ... von und mit handelnden Individuen ... in einem spezifischen situativ-geschichtlichen Kontext“ (Steiner 2005, zit. in Hundenborn 2007, S.36) mit einer prozess- und zeithaften Dimension verstanden. Erkennbar ist in der wissenschaftlichen Aufbereitung der Falldefinitionen, dass diese zum Teil berufsspezifisch verstanden werden. Da es bisher in der Ergotherapie noch keine differenzierten Abhandlungen zum Fallarbeiten gibt, werden die vorhandenen Erkenntnisse aus den Bezugswissenschaften genutzt.

Die in diesem Buch beschriebenen Fälle sind reale Fälle. Reale Fälle haben gegenüber konstruierten Fällen den Vorteil, dass sie eher die Komplexität der Wirklichkeit abbilden. Wenn sich die vorliegenden Fälle auf real existierende Personen beziehen, sind diese nicht mehr identifizierbar, d.h. alle erkennbaren Informationen sind anonymisiert worden. Wenn Unterlagen aus einer Institution verwendet wurden, wurde die Erlaubnis der Betroffenen, der Klinik- oder Abteilungsleitung eingeholt. Damit ist zum einen der Schutz der Personen gewährleistet und zum anderen sind die Fälle für die Lernenden wirklichkeitsnah.

Konstruierte Fälle haben den Vorteil, dass sie in Sprache und Schwierigkeitsgrad besser an die Lernenden angepasst werden können. Sie müssen aber dennoch realitätsnah sein und ausreichend viele Aspekte konkreter Situationen einbeziehen.

Für die Entwicklung der Fälle wurden konkrete Anforderungen in Anlehnung an Hundenborn (2007) und Schär et al. (1991) zugrunde gelegt, die allen Autorinnen und Autoren vorlagen. Die Fälle sollen

- wirklichkeitsnah sein und möglichst der realen ergotherapeutischen Praxis entnommen sein
- überschaubar sein und dennoch die Komplexität der Wirklichkeit abbilden, d.h. die typischen Erscheinungsbilder und Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit aus einer ergotherapeutischen Perspektive erkennbar machen
- mehrere Lösungen ermöglichen, damit der Lernende die aus seiner Sicht günstigste Lösung auswählen und begründen kann
- exemplarisch sein: nomothetisch (regelmäßig, gesetzmäßig) **und** idiografisch: auf den Einzelfall bezogen, nicht verallgemeinerbar
- wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen und parallel eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis ermöglichen
- berufsrelevant sein und
- im Schwierigkeitsgrad angemessen sein

Fälle sollten darüber hinaus immer klar, verständlich und nicht zu umfangreich sein. Bei der Entwicklung der Fälle wurde zudem darauf geachtet, dass der Schwierigkeitsgrad zu der Wissens- und Könnensstufe der Lernenden passt. Der Schwierigkeitsgrad eines Falles lässt sich an unterschiedlichen Aspekten festmachen. Eine Fallbearbeitung ist umso schwieriger,

- je mehr Arbeitsschritte für die Problemanalyse und Problemlösung nötig sind
- je mehr Theorien, Modelle und Konzepte einbezogen werden müssen und je schwieriger und komplexer sie sind
- je umfangreicher, unverständlicher und ungenauer der Fall geschildert ist (Hundenborn 2007, S.61 ff.)

Fallbezogene Verfahren lassen sich nach Steiner (2005) in verschiedene Typen unterteilen, die hier kurz skizziert werden sollen (vgl. Hundenborn 2007, S.40). Bei den in diesem Buch entwickelten Fällen handelt es sich vorrangig um die fallbezogenen Verfahren der Fallmethode und der Fallarbeit. Dies resultiert aus der vorrangigen Zielsetzung, das Buch zum Selbststudium zu nutzen. Bei einer Anwendung aus der Lehrendenperspektive können die vorliegenden Fälle ebenfalls verwendet werden. Des Weiteren lassen sich jedoch auch Fälle konstruieren, die den fallbezogenen Verfahren der Fallarbeit und des Einzelfallprojektes zuzuordnen sind.

**Fallmethode:** Im Rahmen der Fallmethode liegen Fälle vor, die zur Förderung der Problemlösungskompetenz und des logisch-analytischen Denkens dienen. Der Einsatz erfolgt z.B. im Zusammenhang mit Assessment-, Test- oder Befundergebnissen. Es besteht kein unmittelbarer Erfahrungsbezug der Lernenden zum Fall. Der Erzählstil ist eher objektiv und aus der Beobachterperspektive berichtet. Hier gibt es verschiedene Schwerpunkte der Fallbearbeitung. So kann die Bearbeitung u. a. darin bestehen, fehlende Informationen zu gewinnen, Probleme zu analysieren, Lösungen zu finden oder Lösungen kritisch zu bewerten.

**Falldialog:** Der Falldialog dient der Förderung hermeneutischer Kompetenz, d. h. der Kompetenz, ein vertieftes und erkennendes Verständnis für eine Situation zu entwickeln. Die Lernenden haben keinen unmittelbaren Erfahrungsbezug zum Fall. Hier werden z. B. Protokolle und Dokumente wie z. B. Tagebücher, Berichte oder Gesprächsprotokolle eingesetzt, in denen die Auf-

gabe darin besteht, die Sinnzusammenhänge durch Auslegung und Interpretation zu verstehen. Zentral sind hierbei Erkenntnisse im Hinblick auf Widersprüche, Lücken, Irritationen oder situationsunangemessenes Verhalten.

**Fallarbeit:** Auch die Fallarbeit (auch: Fallstudie) dient der Förderung hermeneutischer Kompetenz, jedoch sind die Lernenden unmittelbar am Fallgeschehen beteiligt. Hier tragen die Lernenden als „Fallträger“ selbst eine erlebte Situation vor und wählen ein Raster zur Bearbeitung des Falles aus. Sie interpretieren den Fall auf der Grundlage des Rasters und nutzen damit erweiterte Interpretationen, die bisher nicht betrachtet wurden.

**Einzelfallprojekt:** Als viertes fallbezogenes Verfahren stellt sich das Einzelfallprojekt dar. Es dient der Förderung von Problemlösungskompetenz, die auf unmittelbaren Erfahrungen der Lernenden basiert.

## Aufbau des Buches

Das Buch untergliedert sich in insgesamt 12 Fälle. Die Auswahl der Krankheitsbilder erfolgte exemplarisch, repräsentativ und zukunftsweisend im Rahmen gesellschaftlicher Veränderungen.

Um die Repräsentativität der Psychiatrie zu erfüllen und eine potenzielle Abbildung der Psychiatrie zu gewährleisten, wurden folgende Aspekte auf der Inhaltsebene berücksichtigt:

- Es werden die Diagnosen aus der ICD-10 verwendet.
- Es wurde ein möglichst breites Spektrum an Krankheitsbildern einbezogen.

Für die Übersichtlichkeit der Struktur des Buches wurden als Grundlage für die Chronologie der Fallbeschreibung die Phasen des Therapieprozesses nach Hagedorn (2000) gewählt. Für eine konkrete Umsetzung im Rahmen der Publikation wurden die 3 Phasen der Problemanalyse, der Interventionsplanung und der Evaluationsplanung als zentrale Phasen gewählt.

In der Phase der **Problemanalyse** innerhalb eines therapeutischen Prozesses werden Informationen gesammelt, analysiert und Probleme identifiziert. Fälle,

die hier subsumiert sind, haben erkennbar diese Zielsetzung im Vordergrund, d. h., innerhalb der Lernziele werden insbesondere Ziele formuliert, die in einem ersten Schritt das Sammeln von Informationen, das Ordnen von Informationen sowie die Planung einer systematischen Informationsgewinnung fokussieren. Mögliche Aufgabenstellungen sind hier z. B.: Was erfahren Sie über den Klienten in Bezug auf seine Körperfunktionen, Aktivitäten, Partizipation? Nach der Informationsgewinnung erfolgt die Informationsanalyse, in der das konkrete Problem in den Blick genommen wird, ohne schon nach Lösungen zu suchen, und in der erste Arbeitshypothesen über die Ursachen des Problems gebildet werden. Im Vordergrund steht dabei das hypothetisch-deduktive Denken. Aufgabenstellungen hierzu könnten z. B. sein: Welche theoretischen Bezugsrahmen sind auf die Problematik anwendbar? Hier schließt sich in dem therapeutischen Prozess die eigentliche Problemidentifizierung an. Für die Phase der Problemanalyse wurde vorrangig die Fallmethode ausgewählt, bei der es darauf ankommt, fehlende Informationen zu sammeln.

Der Problemanalyse und der gemeinsamen Entwicklung von Zielsetzungen folgt im therapeutischen Prozess die **Interventionsplanung**. Dieser Phase lässt sich die zweite Art der entwickelten Fälle zuordnen. In diesen Fällen sind die Zielsetzungen bereits vorgegeben und ein erwünschtes Ergebnis festgelegt. Die Lernziele beziehen sich z. B. auf die Ableitung von Teilzielen aus den vorgegebenen Zielsetzungen, die Entwicklung von Interventionen oder den Vergleich von ausgewählten und dargestellten Ansätzen im Hinblick auf Vor- und Nachteile. Hier wird wiederum schwerpunktmäßig die Fallmethode genutzt. Aufgabenstellungen in dieser Phase können z. B. sein: Welche Teilziele könnten verhandelt werden? Mithilfe welcher Interventionen können diese erreicht werden? Vergleichen Sie die verschiedenen Ansätze und begründen Sie eine mögliche Favorisierung eines Ansatzes.

Im therapeutischen Prozess steht die Evaluation am Ende des Prozesses. Analog finden sich in dem Buch

Fälle zur **Evaluationsplanung**. Hier geht es darum, einen Aktionsplan aufzustellen, diesen auszuführen und das Ergebnis zu überprüfen. Die entwickelten Fälle richten sich auf die konkrete Planung einer Therapieeinheit sowie auf die Planung des Outcome der Therapie. Als Vorgabe finden sich konkrete Problemanalysen, Zielsetzungen und Interventionsplanungen. Als potenzielle Aufgaben finden sich in diesen Fällen konkrete Planungsaufforderungen unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte wie z. B. die Behandlungsaktivitäten, die Form der Anleitung oder die Raumgestaltung. Zentral ist die Beurteilung und Bewertung der Handlungen und Vorgehensweisen der am Fall beteiligten Personen. Fragestellungen könnten sich hier auf eine Reflexion der Intervention im Hinblick auf das Outcome beziehen oder auch auf ein Gespräch zwischen den Akteuren (Wie hat sich die Therapeutin in der geschilderten Situation verhalten? An welchen Stellen hätten Sie anders als die Therapeutin gehandelt?).

## II Arbeiten mit dem Buch – Hinweise für den Nutzer

Im folgenden Kapitel wird die Feinstruktur der einzelnen Fälle beschrieben, um die Bearbeitung einschätzen zu können. Hierbei findet sich in jeder Fallbeschreibung ein gleicher Aufbau, der sich in verschiedenen relevan-

ten Informationen untergliedert. Die wiederkehrende Struktur soll es dem Nutzer ermöglichen, sich in die konkrete Systematik einzudenken.

### Lernziele

Zunächst werden die Lernziele beschrieben, die mit der Bearbeitung des Falls erreicht werden sollen. Bei der Entwicklung der Fälle wurde darauf geachtet, dass die Lernziele konkret formuliert sind, damit diese durch den Anwender nachvollziehbar sind. Die konkrete Aufgabenstellung und die entwickelten Lösungen dienen der Zielerreichung und sind entsprechend darauf aufgebaut. Die Lernziele sind knapp und präzise geschrieben, damit Anwenderinnen schnell erfassen können, worum es geht, und sie entscheiden können, mit welchem Fall sie arbeiten möchten. Es gibt keine Notwen-

digkeit, die Fälle chronologisch zu bearbeiten, die Auswahl und Bearbeitung soll sich primär an dem Lernbedarf und Interesse orientieren.

Die Formulierung der Lernziele orientiert sich sprachlich an der Anschlussfähigkeit der Lernenden und erfüllt keine pädagogischen Kriterien aus der Lehrendenperspektive. Für eine ggf. weitere Nutzung durch Lehrende gilt es, die Lernziele spezifisch und differenziert zu formulieren. Analog zu der aktuellen Bildungsentwicklung sollten dann auch eher Kompetenzen formuliert werden.

### Angaben zum Klienten und zum Problem

In einem zweiten Punkt finden sich konkrete Angaben zum Klienten und alle notwendigen Informationen zum Problem. Es handelt sich hierbei um reale Fälle, die anonymisiert wurden und der Erreichung der Lernziele dienen. Hierbei wurde insbesondere darauf geachtet, dass alle Informationen, die für die Aufgabenbearbeitung relevant sind, enthalten sind, ggf. werden Begriffe in einem Glossar erläutert. Neben den relevanten

Angaben zum Klienten findet sich eine ausführliche Darstellung der Problemsituation, um den Fall systematisch zu erfassen und zu einer Lösung zu kommen. Dabei wurde von allen Autorinnen und Autoren darauf geachtet, dass die Menge an Informationen zur Problemsituation angemessen und nachvollziehbar ist. Die Angaben zum Klienten/Patienten gewährleisten die Sicherung der Anonymität.

### Aufgaben

Den dritten Teil bildet die eigentliche Aufgabenstellung. Bei der Entwicklung wurde wiederum insbesondere auf die Angemessenheit des Umfangs und die verständ-

lichen Formulierungen geachtet. Es gibt verschiedene Anforderungsniveaus, wobei die Fragen für Fortgeschrittene gekennzeichnet sind. Der zeitliche Auf-

wand für die Bearbeitung der einzelnen Fälle ist sicherlich individuell und wird nicht innerhalb der Aufgabenstellung benannt.

Die Aufgaben sollen das Interesse der Nutzer und Lernenden wecken und zu einer konkreten Wissenserweiterung und -vertiefung beitragen. Die Fälle sowie

die dafür entwickelten Aufgaben wurden in Schulen getestet und evaluiert und auf dieser Grundlage zum Teil bereits im Vorfeld modifiziert. Nunmehr ist davon auszugehen, dass sie in der vorgegebenen Form bearbeitbar und ausbildungsrelevant sind.

## Lösungen

Den letzten Teil eines Falles stellt der Lösungsteil dar. Die Fälle wurden so aufbereitet, dass die Lösungen eindeutig und nachvollziehbar sind. Natürlich gibt es nicht nur eine „richtige“ Lösung, da ein therapeutischer Prozess von vielen verschiedenen Faktoren bestimmt und einen individuellen Interpretationsspielraum beinhaltet. Dem wurde durch die Angabe unterschiedlicher Lösungen bzw. Lösungsvarianten Rechnung getragen.

Die Präferenz einer Lösung wurde entsprechend begründet. Die Diskussion der verschiedenen Lösungen bietet sich insbesondere in Lerngruppen an. Hier könnten weitere kreative Lösungen oder vertiefende Diskussionen ein Gewinn der Bearbeitung darstellen.

In der gesamten Fallbeschreibung wurde auf wissenschaftliche Kriterien im Hinblick auf Literaturangaben, Quellen etc. geachtet.

## Selbstevaluation

Damit die Nutzer des Buches ihren eigenen Lernerfolg einschätzen können, ist zum Abschluss eines Falles eine Matrix zur Selbstevaluation angehängt. Diese ermöglicht, Gelerntes und noch zu Lernendes zu unterscheiden und zu überprüfen. Die zentralen Fragen sind hier:

- Welche Lernziele waren vorgegeben?
- Wie bewerte ich meine eigene Zielerreichung?
- Welche weiteren Ziele setze ich mir persönlich?

- Wie plane ich die Verfolgung dieser weiterführenden Ziele?
- Wie überprüfe ich die Veränderungen?

Um die Selbstevaluation gewinnbringend und lernförderlich durchzuführen, bietet es sich auch hier an, sich mit anderen Teilnehmern einer Lerngruppe auszutauschen.

## III Ausblick

Mit dem Fallbuch Pädiatrie wurde ein erster Schritt zur Entwicklung einer gesamten Fallbuchreihe begonnen. Das Fallbuch Psychiatrie stellt ein weiteres wichtiges Werk für ein zentrales ergotherapeutisches Handlungsfeld dar. Die Fallbuchreihe soll in den nächsten Jahren fortgeführt werden. Für die weitere Entwicklung von Fällen wird dabei zum einen auf die für dieses Buch gemachten Erfahrungen zurückgegriffen und zum anderen werden Rückmeldungen von Anwenderinnen und Anwendern miteinbezogen.

Eine Erweiterung der Fallbuchreihe um andere Fachbereiche stellt eine konsequente und notwendige Entwicklung für eine Professionalisierung der Ergotherapie und eine qualitativ hochwertige Ausbildung dar. Den Anwenderinnen und Anwendern dieses Buches wünschen wir eine erfolgreiche Lernzeit mit dem zweiten Fallbuch.

## Literatur

- Hagedorn R. Ergotherapie – Theorien und Modelle: Die Praxis begründen. Stuttgart: Thieme Verlag, 2000
- Hundenborn G. Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München, Jena: Elsevier Verlag, 2007
- Kaiser F.-J. (Hrsg.). Die Fallstudie. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, 1983
- Schuchtermann M. Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – Offene Fragen. Landsberg: Ecomed Medizin, 2009, 2., überarbeitete Auflage
- Steiner E. Erkenntnisentwicklung durch Arbeiten am Fall. Ein Beitrag zur Theorie fallbezogenen Lehrens und Lernens in Professionsausbildungen mit besonderer Berücksichtigung des Semiotischen Pragmatismus von Charles Sanders Peirce. [www.dissertationen.unizh.ch/2005/steiner/diss.pdf](http://www.dissertationen.unizh.ch/2005/steiner/diss.pdf). (Zugriff am 15.02.2009)

# 1 Aufgaben zur Problemanalyse

- 1.1 Sandro, Kind mit Störung des Sozialverhaltens · 12
- 1.2 Herr Meier, Erwachsener mit Schizophrenie · 16
- 1.3 Frau Gröne, Erwachsene mit Depression · 29
- 1.4 Frau Schulze, Erwachsene mit Alkoholismus · 35
- 1.5 Frau Schöller, ältere Person mit Demenz vom Alzheimer-Typ, frühes Stadium · 42
- 1.6 Frau Sander, ältere Person mit Altersdepression · 48

# 1.1 Sandro, Kind mit Störung des Sozialverhaltens

Ragna Trömel

## Lernziele

Durch die Fallbearbeitung lernen Sie:

- dank Ihrer empathischen Kompetenzen Gefühle, Probleme und das Verhalten des Kindes sowie den Grund der stationären Aufnahme zu erkennen
- die Gefühle und das Verhalten der Therapeutin zu verstehen
- die Gefühle, Probleme und das Verhalten der Mutter zu verstehen

## Angaben zum Klienten

**Name:** Sandro Alexander Roth

**Alter:** 8 Jahre

**Diagnose:** Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3)

**Behandlungsmaßnahme und Frequenz:** Ergotherapeutische Einzeltherapie 1 × wöchentlich

**Aktuelle Wohnsituation:** Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Vorstellungsgrund

Sandro fällt bereits seit früher Kindergartenzeit durch aggressives Verhalten und geringe Frustrationstoleranz auf. Er gerät mit Gleichaltrigen schnell in handgreifliche Auseinandersetzungen. Aufgrund seiner zunehmenden Verweigerungshaltung haben sich seine schulischen Leistungen immer weiter verschlechtert. Er wird nicht in die 3. Klasse versetzt. Die Mutter bezeichnet die häusliche Situation als katastrophal. Er beschimpfe sie grundlos, spucke und trete nach ihr und besonders häufig und massiv verletze er seine Geschwister. Seine Schwester leide deshalb unter Ängsten und nässe wieder ein. Die Mutter sei alleinerziehend und fühle sich überfordert.

## Anamnese

Nach Aussage der Mutter seien Schwangerschaft und Geburt unauffällig verlaufen. Sandro habe als Baby viel geschrien und als Kleinkind starke Wutanfälle gehabt. Er sei früh gekrabbelt und gelaufen, habe sich immer eher für motorische Spiele interessiert und feinmotorische Anforderungen gemieden. Sandro sei erst mit 4 Jahren trocken gewesen und nässe bis heute gelegentlich nachts ein. Die Sprachentwicklung sei unauffällig verlaufen.

Sandro lebt mit der Kindesmutter (26 Jahre), einer Schwester (5 Jahre) und einem Bruder (3 Jahre) zusammen in einer Wohnung. Es besteht seit 2 Jahren kein Kontakt zum Kindsvater, die Mutter hat keinen neuen Partner. Zu den Eltern der Mutter besteht ein seltener und spannungsreicher Kontakt, ansonsten gebe es keine Kontakte zu anderen Familienangehörigen.

Sandro besucht die 2. Klasse einer Grundschule.

Nach eigenen Aussagen habe Sandro keine Freunde in der Schule oder im Wohnumfeld. Er interessiere sich für Actionfiguren, mit denen er zu Hause allein spiele. Die meiste Zeit des Nachmittags schaue er fern. Sandro hat bisher nie an regelmäßigen Freizeitangeboten in Gruppen teilgenommen und war noch nie in einem Verein.

Die Mutter wird seit einem Jahr durch einen Familienhelfer unterstützt. Sandro besucht seit 6 Monaten eine ambulante Ergotherapiepraxis.

## Eine Stunde mit Sandro

Die folgende Schilderung einer ergotherapeutischen Behandlung aus Sicht der Ergotherapeutin soll Ihre persönlichen Erfahrungen und Gefühle ansprechen. Des Weiteren soll sie Ihr Verständnis für Probleme und Handlungen der einzelnen Beteiligten stärken. Versuchen Sie zunächst, sich beim Lesen des Falls kein vor schnelles Bild zu machen, damit einzelne Informationen nicht überbetont oder andere übersehen werden.

Auf der Station suche ich Sandro, den ich zu seiner zweiten ergotherapeutischen Einzelbehandlung abholen möchte. Ich finde ihn nicht bei den spielenden Kindern, sondern allein in seinem Zimmer auf dem Bett liegend. Als ich hereinkomme, dreht er den Kopf zur Wand und erwidert meine Begrüßung nicht. Ich setze mich zu ihm und frage, was denn los sei. Er sagt: „Hau bloß ab! Lass mich, ich hasse Ton!“ Ich bleibe erst mal sitzen und frage ihn, warum er so sauer auf mich sei. „Ich will lieber zu meiner alten Ergo, das war viel besser!“ Es dauert eine Weile, bis sich herausstellt, dass Sandros Einzeltherapie auf den heutigen Tag verlegt werden musste und er gestern nicht darüber informiert wurde. Er hatte auf mich gewartet. Ich entschuldige mich bei ihm, seine misstrauische Stimmung bleibt jedoch unverändert. Es sei alles sowieso viel lustiger bei der anderen Therapeutin gewesen, da gab es ein großes Trampolin und eine riesige Schaukel. Ich fordere ihn auf, mir mehr von „seiner Ergo“ zu erzählen, und bitte ihn, mich dabei zu begleiten. Während er mir von seiner ambulanten Ergotherapeutin berichtet, erreichen wir den Werkraum.

Dort angekommen frage ich ihn, ob er sich an die letzte Stunde erinnern könne. Er hatte in einem etwa 2 cm hohen, mit Tonerde gefüllten flachen Holzkasten frei mit Ton gestaltet. Sandro antwortet sehr schnell, er könne sich an gar nichts erinnern. Ich erzähle ihm, woran ich mich erinnere. Mit wachsender Aufmerksamkeit lässt er sich von mir die letzte Stunde schildern, wobei er mich auch nach Details befragt. Als ich fertig bin, ruft Sandro: „Und ich weiß auch schon, was ich heute mache!“ Der flache Kasten mit dem glatt eingestrichenen Ton steht als Angebot schon auf dem

Tisch bereit. Er entdeckt daneben ein spitzes Tonwerkzeug und beginnt zügig, das Wort „Sie“ in den Ton zu ritzen. Sandro fordert mich auf, das Wort zu erraten. Dann glättet er die Tonfläche wieder und zieht mit dem Finger auf dem etwa 20 x 30 cm großen Feld Tonfurchen, um eine Murbahn zu bauen. Er reibt das Feld hektisch mit dem bereitgestellten Wasser ein und ich streiche langsam mit dem Finger durch eine der Furchen. Sandro entwickelt verschiedene, eher angedeutete Stationen, in denen es Fallen, Bedrohungen und „noch mehr Sackgassen und Bomben“ gibt. „Das ist eine Rennbahn“, sagt er und fordert mich auf, ihm „10 plus 1 Rennautos“ zu formen. Er will mit mir um die Wette fahren, wobei wir die glitschigen Tonfurchen mit geschlossenen Augen mit einem Tonauto entlangfahren. Sandro ist besonders schnell, guckt heimlich und entwischt jeder Bedrohung. Für mich werden die Situationen immer bedrohlicher und schließlich soll ich die Bahn allein entlangfahren. „Du musst aber auch in die Falle gehen!“, bestimmt er das Spiel und lässt keinen Raum für Einwände. Wiederholt werde ich von Bomben und Superufos angegriffen oder gerate in Falltüren und muss sterben. Ich wünsche mir einen Bunker. Er ist einverstanden, gemeinsam einen zu bauen. Während ich den Bunker doch allein baue, hält Sandro Ton in den Händen, ohne mitzubauen, kommentiert aber den Bau genau und erzählt am Ende, dass dort eine Familie wohnt. Ich soll aus Ton eine Mutter und eine Schwester gestalten, er will den Vater und einen Jungen formen. Sandro redet viel und zögert mit der konkreten Gestaltung seiner Figuren, bis ich fertig bin. Dann fordert er mich auf, ihm bei seinen Figuren zu helfen: „Das machst du, weil ich das noch nicht so gut kann!“ Ich bitte ihn, es mit mir gemeinsam zu machen. Schrittweise imitiert er meine sehr schematische Gestaltung. Er formt dabei eher unbeholfen und mit spitzen Fingern. Ich lobe seine Figur. Er lächelt, platziert die Figuren und beginnt das Spiel: Die Kinder sollen zu Bett gehen, doch der Vater stellt ihnen ein Bein. Die Kinder stürzen und verletzen sich. Als er meine Verwunderung bemerkt, bricht er das Spiel ab und initiiert sofort eine neue Situation, in der sein Ton-Vater nun einen Einbrecher darstellt, der sich nachts ins Haus schleicht. Auf die Frage, was jetzt zu tun sei, lässt er seinen Ton-Jungen eine Pistole holen und den Einbrecher erschießen. Als ich vorschlage, dass sich die Mutter um das Problem kümmern soll, sagt er: „Die hat Schiss, die heult



Abb. 1.1 Tonfiguren. Spielszene: „Junge und Einbrecher“.

rum!“ Ich schlage vor, der Junge könnte die Polizei rufen. Er ist einverstanden und lässt zu, dass der Einbrecher verhaftet wird (Abb. 1.1).

Als ich Sandro andeute, dass wir das Spiel beenden müssen, drückt er zügig alle Gestaltungen in den Untergrund, streicht die Tonfläche glatt und zieht erneut Furchen hinein. Es soll ein Maisfeld werden, für das er in Eile noch einige kleine Maispflanzen formt und setzt. Es ist schwierig, ihn zum Beenden der Stunde zu bewe-

gen. In hektischer Eile versucht er, diese Gestaltung noch fertigzustellen. Beim Waschen der Hände erzählt er freudig vom bevorstehenden Besuch der Mutter.

Als wir zurück zur Station kommen, wartet seine Mutter bereits auf ihn. Wir sehen uns zum ersten Mal. Sie wirkt sehr jung und hat ihre zwei kleinen Kinder dabei. Die Mutter bleibt mit verschränkten Armen sitzen, schaut Sandro herausfordernd an und lächelt angespannt. Sie wirkt vorwurfsvoll. Sandro rennt los und springt sie heftig an, wobei er sie zu umarmen versucht. Ich entschuldige unsere Verspätung und stelle mich ihr kurz vor. Sandro erzählt: „Wir haben mit Ton gebaut. Ich habe etwas ganz Schwieriges und Gefährliches gebaut. Die hatte Angst, da haben wir ein Haus hergestellt. Und dann noch eine Familie mit einem Einbrecher und Polizei.“ Seine Mutter nickt kurz und schimpft mit dem jüngsten Kind, das sie in eine andere Richtung zu zerren versucht.

Als ich mich von Sandro mit den Worten verabschiede: „Es hat mir viel Spaß mit dir gemacht!“, erwidert seine Mutter lächelnd: „Ja, das ist so ein richtiger Zwilling mit zwei Gesichtern. Wenn er etwas will, kann er ganz nett sein, aber auf der einen Seite ist er ein Teufel.“ Ich sehe Sandro an und sage zu ihm: „Das kann ich mir gar nicht vorstellen“.

## Arbeitsaufgaben

Der beschriebenen Falldarstellung liegt bereits die Interpretation der Therapeutin zugrunde. Die folgenden Aufgaben sollen Sie darin unterstützen, mithilfe Ihrer einführenden Fähigkeiten und Ihrer persönlichen Erfahrungen Sinnzusammenhänge zu erschließen. Sie sollen so zu eigenen Deutungshypothesen gelangen.

### a. Verschiedene Sichtweisen, Gefühle, Erfahrungen

- Welche Gefühle löst die Institution Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Ihnen aus? Haben Sie im persönlichen Umfeld Erfahrungen mit dieser Institution gemacht?

### Das Kind verstehen

- Versuchen Sie das Kind in dieser speziellen Situation (stationäre Psychiatrie) zu verstehen. Mit welchen Gedanken und Gefühlen könnte der Junge konfrontiert sein, auch bezüglich seines sozialen Umfeldes? Bedenken Sie dabei auch gesellschaftliche Werturteile. Was könnte Sandro seinem Bezugspfleger über seine derzeitige Situation sagen? Schreiben Sie einen Text in wörtlicher Rede.
- Versuchen Sie, Sandros anfänglich ablehnende Haltung gegenüber der Therapeutin zu verstehen. Wie könnte eine Beschwerde bei seinem Bezugspfleger aussehen? Schreiben Sie einen Text in wörtlicher Rede.

- Was genau könnte Sandro doch noch zur Mitarbeit motiviert haben? Versuchen Sie Ihre Deutung mit Textstellen aus der Therapiestunde zu belegen.
- Versuchen Sie folgende Äußerungen von Sandro zu verstehen:
  - „Das machst du, weil ich das noch nicht so gut kann!“
  - „Wir haben mit Ton gebaut.“
  - „Ich habe etwas ganz Schwieriges und Gefährliches gebaut. Die hatte Angst, da haben wir ein Haus gebaut.“

### Die Therapeutin verstehen

- Lassen Sie zunächst den Text hinsichtlich Ihrer spontanen Gefühle und möglicher Irritationen auf sich wirken. Beschreiben Sie dann aus Ihrer Erinnerung die wichtigsten Aspekte der Stunde in Kurzform. Stellen Sie sich dabei vor, sie würden eine kurze Dokumentation in die Klientenakte machen. Lesen Sie den Text dafür nicht noch einmal.
- Welche Gefühle würde Sandros anfänglich ablehnende Haltung in Ihnen auslösen? Haben Sie persönliche Erfahrungen mit Kindern gemacht, die dieses Verhalten zeigten? Überlegen Sie, wie seine Umwelt auf dieses Handlungsmuster gewöhnlich reagieren könnte. Versuchen Sie dann, das Verhalten der Ergotherapeutin zu verstehen. Die Therapeutin erzählt einer Kollegin vom Beginn der Therapieeinheit. Was könnte sie sagen? Schreiben Sie einen Text in wörtlicher Rede.
- Die Therapeutin erzählt dem interdisziplinären Team in der Fallsupervision von der Behandlung. Welche Gefühle und Gedanken scheinen Sandros Tongestaltungen bei der Therapeutin auszulösen? Untersuchen Sie hierzu die verschiedenen Interventionen der Therapeutin mithilfe des Textes. Warum könnte sie sich für dieses Vorgehen entschieden haben? Schreiben Sie einen Text in wörtlicher Rede.
- Welche alternativen Interventionsmöglichkeiten fallen Ihnen noch ein? Überlegen Sie sich hierfür mögliche Begründungen. Die Therapeuten, denen in der Fallsupervision exemplarisch von der Stunde berichtet wurde, geben spontan eine persönliche Einschätzung der gewählten Interventionen. Was könnten sie sagen?
- Was löst das Verhalten der Mutter bei der Therapeutin aus? Was könnte die Therapeutin dem Team über den Kontakt zur Mutter erzählen? Schreiben Sie einen Text in wörtlicher Rede.
- Die Therapeutin spricht über andere Verhaltensweisen, die vielleicht eine bessere Beziehung zur Mutter ermöglichen könnten. Schreiben Sie einen Text in wörtlicher Rede.

### Die Mutter verstehen

- Versuchen Sie sich in die Lage der Mutter zu versetzen. Welchen Belastungen sieht sie sich im Alltag gegenüber? Die Mutter schildert dem Arzt ihre Situation im Aufnahmegespräch. Schreiben Sie dazu einen Text in wörtlicher Rede.
- Versuchen Sie auch zu verstehen, welche Gefühle die stationäre Aufnahme ihres Sohnes in ihr auslösen. Was könnte Sandros Mutter einer Bekannten darüber erzählen? Schreiben Sie dazu einen Text in wörtlicher Rede.
- Versuchen Sie nachzufühlen, was das Verhalten der Therapeutin in der Mutter auslöst. Was könnte die Mutter der Bekannten über die Begegnung erzählen? Schreiben Sie dazu einen Text in wörtlicher Rede.

Literatur s. Kap. 4.1, S. 117.

# 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 Rehaphase?

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 Reha-phase 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, 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), 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, bei Mitpatienten wichtig für Freizeitgestaltung
lebenspraktische Angebote wie Kochen	unabhängig werden, Selbstsicherheit gewinnen, „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. Zwang, am Angebot teilnehmen zu müssen, um in der Einrichtung bleiben zu dürfen. Die Prämie war an die Arbeitsleistung und Qualität gekoppelt. Die Arbeitsangeboten waren zu einseitig auf Handwerk reduziert. Die Motivation sank immer mehr. Wünsche wurden nicht berücksichtigt.
Produktionsorientierung in der Werkstatt für psychisch Kranke. Dauerbelastung überfordert, Arbeitsinhalt unterfordert.	Er kam mit den Betreuern nicht zurecht, keine Ergotherapeutin im Team, Wirtschaftsorientierung (keine Klientenzentrierung), der Name störte, er fühlte sich im angebotenen Setting „austherapiert“.

Arbeit soll in der Normalität stattfinden, nicht in ausgliederten 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.

## 6 Lösungen zur Evaluation

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

## 6 Lösungen zur Evaluation

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-Lüke 2003).

Beschäftigung um der Beschäftigung willen zeigte 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

## 6 Lösungen zur Evaluation

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:

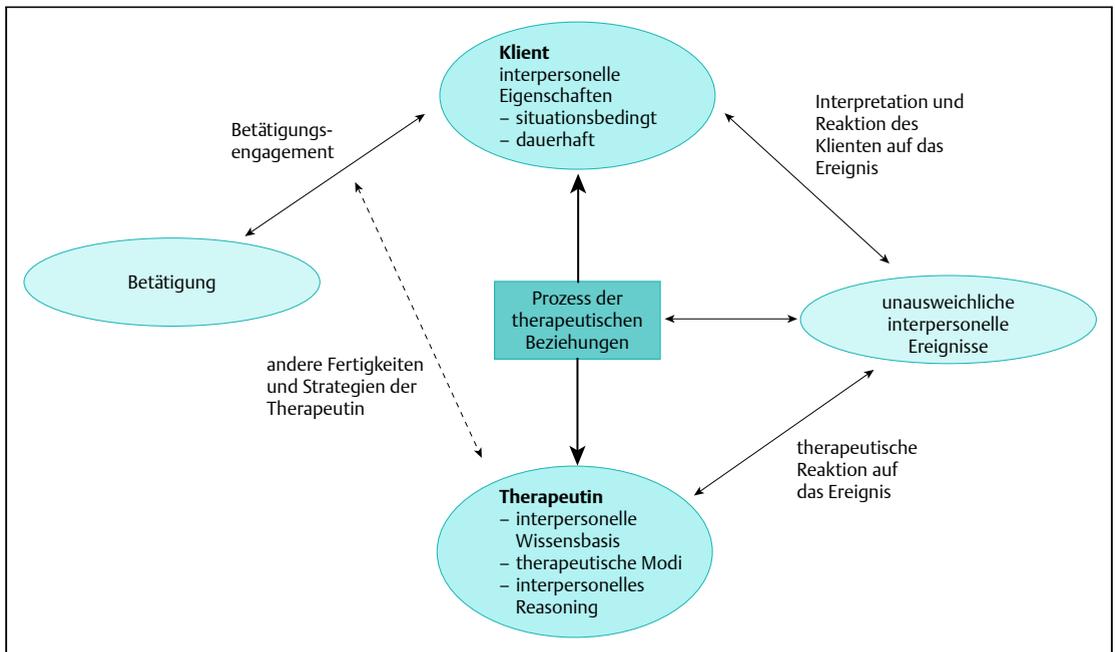


Abb. 6.1 Modell der intentionalen Beziehung. Modell der intentionalen Beziehung (Taylor 2008).

- 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.

<b>Zusammenfassung und Auswertung der Selbstevaluation</b>	
<b>Meine Auswertung: Erwachsener mit bipolarer affektiver Störung</b>	
Wichtige Erkenntnisse aus der Fallbearbeitung:	
<hr/> <hr/>	
Tipps für die Praxis:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

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- bewertung</i>	<i>Was noch besser werden sollte – Ziele setzen</i>	<i>Plan zur Verbesserung (Was will ich tun, was brauche ich dafür?)</i>	<i>Veränderung überprüfen (Wann und wie prüfe ich, ob sich etwas verändert 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; 3rd 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

# Sachverzeichnis

## A

- Abführmittel 49
- Abgeschlagenheit 134
- Abhängigkeit 150
  - Ko-Abhängigkeit 158
- Abhängigkeitssyndrom 149
- Abschlussbericht 226
- Abwertung 135
- Achtsamkeit 237
- Achtsamkeitsskill 239
- Achtsamkeitsübung 235, 238
- ACIS = Assessment of Communication and Interaction Skills 155
- Activity Card Sort 170
- Advocatus diaboli 232, 234
- Affektinstabilität 167, 198
- Affektive Störung 128
  - bipolare 86
  - – Arbeitsergebnis 226
  - – Fallbesprechung 216
- Affektivität 133
- Affektkontrolle, verminderte 168
- Affolter-Methode 208
- Aggression 113
  - Demenz 168
- Agnosie 166
- Aktivität
  - Definition 141
  - Klassifikation 142
- Aktivitäten des täglichen Lebens 52
- Akzeptanz 136, 232
  - Lebensereignis 235
  - radikale 235
- Akzeptieren, bedingungsfreies 191
- Alkoholabhängigkeit 35, 86
  - Aktivitäten 143
  - Diagnosekriterien 149
  - Entstehungsbedingung 149
  - Entwöhnungstherapie 142
  - Fallbesprechung 141
  - Folgeerkrankung 150
  - Funktion, mentale 148
  - Haltung, therapeutische 157
  - Klientendaten 143
  - Körperfunktion 148
  - Partizipation 144
  - Prognose 150
  - Selbstevaluation 158
  - Symptomatik 150
  - Zusatzdiagnose 149
- Alkoholhalluzinose 150
- Alkoholtoleranz 149
- Alltag 254
- Alltagshandlung 254
- Alltagstraining 99
- Alltagswissen 254
- Altenheim 179
- Alter 54
  - Bewegungstherapie 209
  - Entwicklungsgewinn 183
  - Entwicklungsverlust 183
  - Komorbidität 182
  - Umwelthanforderungsmodell 181
  - Verlusterlebnis 179
- Altern 182
- Altersbild 182
- Altersdepression 48, 53, 102
  - Auftrag an die Therapeutin 185
  - Befundbewertung 185
  - Ergotherapie 253
  - Fallbesprechung 176, 244
  - Selbstevaluation 186, 254
  - Therapie 252
  - Therapieergebnis 244
- Altersstrukturverschiebung 182
- Alzheimer-Demenz
  - Definition 166
  - Fallbesprechung 203
  - frühes Stadium 42, 161
  - mittleres Stadium 73
- Ambivalenz erleben 233
- Anforderung 181
- Anforderungsanalyse, arbeitsplatzbezogene 155
- Angehörige 78
  - Interview, halbstrukturiertes 185
  - Therapiebewertung 247
- Angespanntheit 29
- Angst 29, 44
  - Begleitsymptom 64
- Angstbewältigungsstrategie 194
- Angststörung 58
  - Fallbesprechung 190
  - Gesprächsführung 191
  - Krankheitsbild 64
  - Therapie, ambulante 194
  - Therapieziel 192
- Anorexia nervosa 97
- Anpassung 177
  - Altenheim 179
  - Anpassungsfähigkeit 76
  - Anpassungsfertigkeit 152
  - Anspannung 66 – 67
    - hohe 238, 240
    - mittlere 238, 240
    - niedrige 238 – 239
    - Skills-Anwendung 237, 239 – 240
- Anspannungsregulation 99
- Antidementivum 44
- Antidepressivum 39, 49
- Antiepileptikum 49
- Antrieb 51
  - Tagesschwankung 133
- Antriebsarmut 59
- Antriebshemmung 133
- Antriebslosigkeit 104
- Antriebsminderung 29, 64
- Antriebssteigerung 133
- Anweisung 124
- Anziehtraining 204, 210 – 211
- Aphasie 166
- Appetitlosigkeit 134
- Apraxie 166
- Arbeit 92
  - Auswirkung 221
  - Definitionsmerkmal 220
  - Stellenwert 95, 221
- Arbeitsanweisung 51
- Arbeitsaufgabe 45
- Arbeitsbelastung 19 – 20
- Arbeitsfähigkeit 155
- Arbeitshypothese 55
- Arbeitsleben, Teilhabe 94
- Arbeitslosigkeit 37
- Arbeitsmappe, standardisierte 124
- Arbeitstempo 152
  - langsames 52, 62
- Arbeitstherapie 68, 93
  - Entwicklung 223
  - PC-Training 124
  - Stellenwert 222
- Arbeitsverhalten 62
- Artikulation 268
- Assessment
  - ergotherapeutisches 225
  - klientenzentriertes 170
  - of Communication and Interaction Skills (ACIS) 155
- Atemübung 239
- Aufgabe
  - standardisierte 124
  - symbolische 151
  - tagesstrukturierende 191
- Aufgabenstellung 6
- Aufklären 225
- Aufmerksamkeit 60, 124, 143
- Aufmerksamkeitsstörung
  - Demenz 167 – 168
  - Depression 134
- Aufnahme, stationäre 29
- Ausbildung 154
- Ausdauer 124, 152
- Ausdrucksfähigkeit, emotionale 193
- Aussage, widersprüchliche 122
- Auswertungsbogen 116
- Autonomie 91, 190

## B

- Balancetraining 204
- Basisziel 78
- Beeinträchtigung 45
  - kognitive 166
- Befund
  - emotionaler 61
  - kognitiver 51, 62
  - motorisch-funktionaler 51
  - psychomotorischer 51, 62
  - psychopathologischer 59
  - sozioemotionaler 51, 61
- Befunderhebung 41
  - Bottom-up-Ansatz 134, 153
  - Top-down-Ansatz 134
- Befunderhebungsinstrument 41, 104, 247
- Behandlungsauftrag 30
- Behandlungsplanung, integrierte 68

- Behandlungsverfahren
    - fallbezogenes 2 – 3
    - psychosoziales 151 – 152
  - Belastung, familiäre 60
  - Belastungserprobung 70
  - Belastungsfähigkeit 22, 124
    - Training 124
  - Beobachtung, strukturierte 171
  - Beobachtungsbogen 171
  - Beraten 225
  - Berentung 68
  - Berufsbiografie 21
  - Berufsleben 155
  - Beruhigungsmittel 49
  - Beschäftigungstherapie 93, 223
  - Betätigung
    - bevorzugte 137
    - Motivation 76
    - Stellenwert 222
    - Störung 77
    - Wirkung 216
  - Betätigungsanamnese 135
  - Betätigungsangebot 94
  - Betätigungsausführung, s. Performanz
  - Betätigungsfunktion 30
  - Betätigungsidentität 135
  - Betätigungskompetenz 135
    - Assessment 155
  - Betätigungsmuster 76
  - Betätigungsperformanz 128
    - Erfassung 154
  - Betätigungsproblem bei Demenz 46
  - Betätigungsrolle 127
  - Betätigungsverhalten 33, 127
  - Beugespastik 51
  - Bewältigungsform 178
  - Bewältigungsstrategie, gescheiterte 191
  - Bewegungsfluss 136
  - Bewegungsstörung 167
  - Bewegungstherapie 60, 209
  - Beziehung
    - abhängige 38
    - asymmetrische 180
    - emotionale 181
    - Entwicklungsmodell 181
    - informelle 146
    - instabile 99, 198
    - intentionale 34, 137, 224
    - intime 146
    - Kontinuität 237
    - symmetrische 180
    - vertrauensvolle 157
  - Beziehungsangebot 111
    - verlässliches 136
  - Beziehungsaufbau 29, 46
  - Beziehungsgestaltung 34, 136
  - Beziehungsprozess 263
  - Bezugsperson 94
  - Bezugsrahmen
    - analytischer 151
    - entwicklungsorientierter 152
    - lerntheoretischer 152, 184
  - Bildung 146
  - Bildungsbiografie 16
  - Bindung, intime 178
  - Biografie 172
  - Biografiearbeit 205
  - Blickkontakt 20, 61
  - Borderline-Persönlichkeitsstörung 66
    - Auftrag an die Therapeutin 198
    - Commitmentstrategie 232
    - Diagnosekriterien 198
    - Dialektisch Behaviorale Therapie 235
    - Gesprächsführung 97, 100
    - Grundannahme 235
    - Selbstevaluation 242
    - Skilltraining 236
    - Therapieansatz 199
    - Therapieziel 236
  - Bottom-up-Ansatz 41, 134
    - Assessment 156
    - funktionsorientierter 153
    - Indikation 157
  - Brainstorming 207
  - Broken Rekord 233 – 234
  - Bulimia nervosa 97
  - Bundesverband Psychiatererfahrener 87
  - Bürotraining 124
- C**
- Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) 247
  - Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 104, 154, 170
  - Case-Incident-Methode 267
  - Case-Problem-Methode 267
  - Case-Study-Methode 267
  - CFT 20 = Cultural Fair Intelligence Test 59
  - Cheerleading 233 – 234
  - Child Occupational Self Assessment (COSA) 192
  - Clinical Reasoning 248, 252, 261
  - Clinical-Reasoning-Prozess 34
  - CMOP = Canadian Model of Occupational Performance 247
  - Coaching 218
  - Cogpack-Training 125
  - Commitmentstrategie 232, 241
    - Beispiel 233
  - Competence Press Model 54, 181
  - Computerprogramm 206
  - Copingstrategie 178
  - COPM = Canadian Occupational Performance Measure 104, 154, 170
  - COSA = Child Occupational Self Assessment 192
- D**
- DBT s. Dialektisch Behaviorale Therapie
  - Dementia Care Mapping (DCM) 171
  - Demenz
    - Aktivitäten 162
    - Alkoholismus 150
    - Angehörigenberatung 74
    - Befunderhebungsinstrument 170
    - Biografiearbeit 172
    - Definition 166
    - Einzelsetting 210
    - Fallbeschreibung 42, 73
    - Fallbesprechung 161, 203
    - fortgeschrittenes Stadium 167
    - frühes Stadium 42, 161, 167
    - Gruppentherapie 210
    - Haushaltsaufgaben 163
    - Hintergrund, soziokultureller 176
    - Informationsammlung 162
    - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 78
    - Kommunikation 163, 172
    - Kontextfaktor 165
    - Körperfunktion 164
    - Krankheitsanamnese 74
    - mittleres Stadium 73, 167, 203
    - Mobilität 162
    - Partizipation 162
    - Prognose 167
    - Selbstevaluation 173, 213
    - Stadieneinteilung 167
    - Symptomatik 166, 168
    - Therapieansatz 203
    - Therapieziel 78, 168
    - Umgang mit dem Klienten 172
    - Umweltfaktor 77
    - Zielformulierung 78, 204
  - Denken
    - abstraktes 166
    - verlangsamtes 51
  - Denkhemmung 133
  - Denkstörung, inhaltliche 133
  - Depression
    - Affektivität 133
    - agitierte 133
    - Arbeitsergebnis 138
    - Auslösefaktor 133
    - Behandlung, teilstationäre 104
    - Beziehungsgestaltung 136
    - chronische 197
    - Denkstörung 133
    - Erklärungsmodell 53
    - Fallbesprechung 127
    - Fehleinschätzung 135
    - gehemmte 133
    - Grundhaltung, therapeutische 136
    - im Alter 48, 53, 102, 176
    - Kindesalter 190
    - rezidivierende 29, 35, 128, 133
    - Rollenüberforderung 135
    - Selbsteinschätzung 135
    - Setting 253
    - Symptomatik 64, 128, 133
    - Therapiebewertung 244
    - Zusatzdiagnose 149
  - Depressive Episode 128
  - Desorganisation 121
  - Deutung 21, 268
  - Deutungsmusteranalyse 269
  - Diagnostik 225
  - Dialektisch Behaviorale Therapie 99, 235
  - Disposition 222
  - Distanzlosigkeit 167
  - Dokumentation 22, 123
  - DSM IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 166
  - Durchhaltevermögen 136
  - Dysfunktion 151

**E**

Echtheit 191  
 Ei-Übung 238  
 Eignungstest, handwerklich-motorischer 124  
 Einnäsen 12  
 Einzelfallprojekt 4, 263 – 264, 268  
 Einzelsetting 210  
 Eltern-Kind-Beziehung 145  
 Elternarbeit 115  
 Emotionsregulation 198, 237  
 Empathie 115, 136  
 – Auswirkung 138  
 – illusionslose 157  
 Entgiftung, stationäre 38  
 Entlassung 105  
 Entscheidung, Pro und Kontra 232, 234  
 Entscheidungsfindung 267  
 – klinische 249  
 Entscheidungskompetenz 50, 263  
 Entspannungsübung 60  
 Entwicklungsverzögerung 152  
 Entwöhnungstherapie 35, 38, 142  
 – ausdruckszentrierte 151  
 Entwurzelung 53  
 Entzugerscheinung 38  
 Epilepsie 48, 52, 186  
 Ergotherapeutisches Assessment (EA) 155  
 Ergotherapie 192  
 – Abgrenzung zu Sozialarbeit 219  
 – Angebot, kreatives 90  
 – Begründungsrahmen  
 – – praktisch basierter 248  
 – – theoretisch basierter 247  
 – Entscheidungsspielraum 102  
 – Erfahrung, belastende 216  
 – Geschichte 223  
 – Gruppenangebot 104  
 – Indikationskatalog 223  
 – Klienteneinstellung 63  
 – Klientenerfahrung 86, 89, 95  
 – Top-down-Vorgehen 184  
 – Wirksamkeitsstudie 250  
 – Wirkung, positive 94, 217  
 – Zielsetzung 78  
 Erholung 147  
 Erinnerungsarbeit 172, 203  
 Erleben, subjektives 263  
 Ermutung 138, 219  
 Erscheinungsbild, äußeres 44, 50, 61  
 Erschöpfung 51  
 Erstgespräch 30, 44  
 Erstinterview 16  
 Erstkontakt 16, 21, 39, 225  
 Erwerbsfähigkeit 16  
 Essstörung 64, 97  
 Evaluation 29, 85, 215, 225  
 – Canadian Occupational Performance Measure 247  
 – MOHO-Modell 127  
 Evaluationsplanung 5  
 Exekutivfunktion 166  
 Exploration 268  
 Expositionstraining 239

**F**

Fähigkeit, motorische 77  
 Fähigkeitsanalyse, arbeitsplatzbezogene 155  
 Fähigkeitsprofil 226  
 Faktor, personenbezogener 142  
 Fall  
 – Anwendung im Unterricht 267  
 – Begriffsbestimmung 3, 260  
 – Komplexität 264  
 – konstruierter 3  
 – realer 3  
 – schreiben 265  
 – Sequenzanalyse 269  
 Fallarbeit 4, 261, 263  
 – Lernprozess 264  
 – Ziel 269  
 Fallbearbeitung 267  
 – Hauptfunktion 261  
 – Lehr-Lernprozess 270  
 Fallbeschreibung 12  
 – Chronologie 4  
 Falldialog 4, 263  
 – Lernprozess 264  
 – Ziel 268  
 Fallmethode 4, 263  
 – Interventionsplanung 5  
 – Lernprozess 264  
 – Problemanalyse 4  
 – Variante 267  
 Fallorientierte Didaktik 259  
 – Typologie 263  
 Fallschwerpunkt 265  
 Fallstudie s. Fallarbeit  
 Fallsupervision 113  
 Familienbeziehung 145  
 Familienleben 177  
 Fazialisparese 48  
 Fehlanpassung 151  
 Fehleinschätzung 156  
 Feinmotorik 62  
 Feinziel 83, 193, 205  
 Fertigkeit 99  
 – anpassende 41, 151 – 152  
 – handwerkliche 124  
 – interpersonelle 152  
 – kognitive 152  
 – motorische 136  
 – prozesshafte 136  
 – sensomotorische 152  
 – zielgerichtete 152  
 Fertigkeitentraining 236  
 Fraktionieren 233 – 234  
 Frauenrolle 176  
 Freizeit 147  
 Freizeitverhalten 39  
 Fremdeinschätzungsinstrument 155  
 Fremdmotivation 61 – 62  
 Frustrationstoleranz 62, 136  
 – als zielgerichtete Fertigkeit 152  
 – Beurteilungsbogen 156  
 – geringe 12  
 Führen 208  
 Funktion, mentale 148  
 Fürsorge 113, 136  
 Fuß in der Tür 233 – 234

**G**

Gang  
 – kleinschrittiger 51  
 – schlurfender 77  
 Gangunsicherheit 48, 51  
 Gedächtnissprechstunde 42, 44  
 Gedächtnisstörung 166 – 167  
 Gedächtnistraining 206  
 Gefühle, Reflektieren 21, 112  
 Gefühllosigkeit 197  
 Gefühlschaos 233, 237  
 Gemeinschaftsleben 147  
 Gerontopsychiatrie 252  
 Gesellschaftsspiel 192  
 Gesichtsausdruck 44  
 Gesichtsfeldeinschränkung 48  
 Gesprächsführung 191  
 – klientenzentrierte 191  
 Gestaltungstherapie 151  
 Gestik 50  
 Gewichtsabnahme 98  
 Gleichgewichtsstörung 48, 51  
 Gleichstellung 177  
 Grobziel 83, 204  
 Grübelneigung 39, 64  
 Grundintelligenztest 59  
 Gruppe  
 – kooperative 153  
 – reife 153  
 Gruppenaktivität, Klientenbeteiligung 153  
 Gruppeninteraktionsfertigkeit 152  
 Gruppentherapie  
 – Alkoholabhängigkeit 158  
 – Demenz 210  
 – kompetenzzentrierte 29, 35  
 – Sozialphobie 193  
 – Wirkung 222

**H**

Habituation 33, 127  
 Halluzination 121  
 – akustische 123  
 Haltung  
 – ablehnende 14, 111  
 – annehmende 235  
 – therapeutische 41, 136  
 – – Alkoholabhängigkeit 157  
 – – Kinder- und Jugendpsychiatrie 191  
 Hamet2-Test 124  
 Hand-Mund-Koordination 211  
 Händedruck 20  
 Handeln  
 – ergotherapeutisches 200  
 – kognitives 234  
 – professionelles 21  
 Handlungserleben 136  
 Handlungsfähigkeit 134  
 – Erfassung 156  
 Handlungsinitiierung 136  
 Handlungskompetenz 2  
 – therapeutische 260  
 Handlungsplanung 192  
 – mangelnde 77  
 Handlungsziel 78

- Harvard-Methode 267  
 Haushaltsaufgabe 145  
 Heimübersiedlung 54, 179  
 Helfer, integrativer 93  
 Hilfe zur Selbsthilfe 200, 224  
 Hilfllosigkeit, erlernte 53  
 Hirn-Flic-Flacs 99, 238, 240  
 Hirnjogging 206  
 Hirnleistungstraining, computer-  
 gestütztes 125  
 Hoffnung 136  
 Hoffnungslosigkeit 29, 133  
 Holzarbeit 89, 124  
 Hüftprotektor 204  
 Hyperkinese 52  
 Hypertonie, essenzielle 42  
 Hypokinese 52
- I**
- ICD-10 128  
 ICF = Internationale Klassifikation der  
 Funktionsfähigkeit, Behinderung und  
 Gesundheit 40, 78  
 – Alkoholismus 141  
 – Demenz 161  
 Ideenfluss 168  
 Identitätsfertigkeit, sexuelle 152  
 Identitätsfindung 190  
 Identitätsstörung 198  
 Information 45  
 – stressrelevante 177  
 Informationsanalyse 4  
 Informationsgewinnung 4, 161  
 – Bottom-up-Ansatz 41, 134, 153  
 – Top-down-Ansatz 41, 134  
 Inkontinenz 167  
 Institution 263  
 – Therapiebewertung 245  
 – totale 179  
 Instruktion 138  
 Integrative Validation (IVA) 172, 209  
 Intelligenz, fluide 59  
 Intelligenztest 59  
 Interaktion 263  
 – Einschränkung 42  
 – Klientendaten 145  
 – soziale 180  
 Interaktionsfertigkeit 77, 136, 152  
 – Fremdeinschätzungsinstrument 155  
 Interessencheckliste 135, 155  
 Internationale Klassifikation der  
 Funktionsfähigkeit, Behinderung  
 und Gesundheit (ICF) 40, 78  
 – Alkoholismus 141  
 – Demenz 161  
 Interpretation 21  
 Interventionsmöglichkeit, alternative  
 113  
 Interventionsplanung 5, 41, 57, 189  
 Interview 86  
 – freies 171  
 – narratives 171  
 – semistrukturiertes 154  
 Interviewleitfaden 16, 23  
 Isolation, soziale 59
- J**
- Jugendpsychiatrie 12, 58, 64  
 – Ergotherapie-Auftrag 191  
 – Therapeutenhaltung 191
- K**
- Kind  
 – Angststörung 58, 190  
 – Aufnahme, stationäre 115  
 – Motivation 111  
 – Verhalten, oppositionelles 12, 110  
 Kinderpsychiatrie 12, 58, 116  
 – Therapeutenhaltung 191  
 Klient  
 – Beziehungsfähigkeit 137  
 – Eigenverantwortung 157  
 – Reaktion, emotionale 136  
 – Sichtweise 118  
 Klientenbeobachtung 20, 39  
 Klientendarstellung 16  
 Klientendaten 29  
 Klientenverhalten 119  
 Klientenzentrierung 34, 261  
 Klinikaufenthalt 93  
 Koabhängigkeit 158  
 Kochgruppe 192, 205  
 Kognitive Leistung 134, 206  
 Kognitive Störung 53, 166  
 Kölner Instrumentarium 225  
 Kölner Kreisbild zur Arbeit 225  
 Kommunikation 46  
 – Demenz 172  
 – Klientendaten 143  
 – Validation 172  
 Kommunikationsfähigkeit 77, 136  
 – Beurteilungsbogen 156  
 – Fremdeinschätzungsinstrument 155  
 – Gruppentherapie 193  
 Kommunikationstechnik 46  
 Komorbidität 182  
 Kompensation 184  
 Kompetenz 183  
 – berufliche 124  
 – empathische 12  
 – Förderung 192  
 – hermeneutische 4, 263, 268  
 – objektive 183  
 – soziale 62, 192  
 – – Training 237  
 – subjektive 183  
 Kompetenzerleben 111  
 Kompetenzmodell 48, 54, 183  
 Kompetenzverlust 181  
 Konflikt, innerpsychischer 151  
 Kongruenz 157, 191  
 Kontakt, sozialer 37, 39  
 Kontaktaufbau, dysfunktionaler 99  
 Kontaktaufnahme 50, 193  
 Kontextfaktor 37, 40, 45  
 – Definition 142  
 Kontrolle, soziale 181  
 Konversation 143  
 Konzentration 60, 124  
 Konzentrationsfähigkeit, Training  
 124 – 125
- Konzentrationsstörung 18  
 – Depression 134  
 Konzept der anpassenden Fertigkeiten  
 151  
 Kooperationsfähigkeit 200  
 Koordination 60  
 Kopfrechnen 51  
 Kopfschmerzen 52  
 Körperfunktion 40  
 – Befunderhebung 153  
 – Definition 141  
 Körperhaltung 21  
 – offene 191  
 – schlaffe 62  
 – zusammengesunkene 61  
 Körperstruktur 141  
 – Befunderhebung 153  
 Körperwahrnehmung 60  
 Kostenträger 244  
 Krankheit  
 – chronische 197, 221  
 – im Alter 182  
 Krankheitserleben 30, 250  
 Krankheitsverlauf, chronischer 93  
 Krieg 176, 178  
 Kündigung 147  
 Kunsttherapie 151  
 Kurzbericht 22
- L**
- Langeweile 111, 197  
 Lawton, Umwelthanforderungsmodell 54,  
 181  
 Leben  
 – häusliches 144  
 – soziales 147  
 Lebenscoach 86, 91, 218  
 Lebensereignis  
 – Akzeptanz 235  
 – kritisches 53 – 54  
 – – Bewertung 177  
 – – Heimübersiedlung 179  
 – – Wirkung 133  
 Lebensführung 155  
 Lebensgeschichte 154, 205  
 Lebensgestaltung, geschlechtsspezifische  
 176  
 Lebensmitteleinkauf 99  
 Lebensqualität 153  
 Lebenszyklus 151  
 Leeregefühl 64, 197  
 Leistungsfähigkeit  
 – intellektuelle 59  
 – kognitive 134, 206  
 Leistungsfunktion, psychische 236  
 Lernen 152  
 – operantes 149  
 – problemorientiertes 2, 261  
 Lernfeldkonzept 261  
 Lernstörung 167  
 Lerntheorie 152  
 Lernziel 6  
 Libidoverlust 134  
 Lob 233  
 Lösungsteil 7, 110  
 Lübecker Fähigkeitsprofil (LFP) 156

## M

Malen 70, 192  
Mandala 67 – 68  
Manie 88  
Medikamenteneinnahme 88, 122  
Medikamentennebenwirkung 49  
Medikation 39  
Meningiom 48, 52, 185  
Merkfähigkeit, Abnahme 166, 168  
Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA) 155  
Milieutherapie 207  
Mimik 50, 59  
Mini-Mental-Status-Test 44, 206  
Missempfindung 134  
Mitarbeit 15  
Mobilität 20, 144  
Mobilitätsgruppe 211  
Modell  
– of Human Occupation (MOHO) 29, 33  
– of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) 75, 171  
Modell  
– biopsychosoziales 40  
– der intentionalen Beziehungen 29, 224  
– der Profession 150, 184  
– der Selektion, Optimierung und Kompensation (SOK) 48, 54, 183  
– der menschlichen Betätigung 29  
Modelllernen 149, 268  
MOHO = Model of Human Occupation 29, 33  
MOHO-Assessment 154  
MOHOST = Model of Human Occupation Screening Tool 75, 171  
Moseys Modell 41, 150  
Motivation 15, 51, 76  
– Abnahme 63  
– beim Kind 111  
Müdigkeit 19, 122  
Multimorbidität 48  
Münchener Alkoholismus-Test (MALT) 150  
Muskeltonus 62  
– Regulierung 60  
Mutter 15, 114  
Mutterschaft 177

## N

Nähe-Distanz-Regulation 136  
Nahrungsaufnahme 204  
Nervosität 67  
Netzwerk, soziales 54, 180, 219  
Neuroleptikum 39  
Neurotransmitterstoffwechsel 149  
Notfall-Skills 100

## O

Objektbeziehungstheorie 151  
Occupational Balance 221

Occupational Self Assessment (OSA) 30, 128, 155  
Occupational-Performance-History-Interview II (OPHI II) 135, 154  
Optimierung 184  
Orientierung 73  
– personenbezogene 208  
Orientierungsstörung 76, 167  
– räumliche 168  
– zeitliche 168  
OSA = Occupational Self Assessment 30, 128, 155  
Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP) 155

## P

Pädagogin 120 – 121  
Panikattacke 64  
Parallelgruppe 153  
Parese, spastische 48, 51 – 52  
Partizipation 29  
– Beeinträchtigung 33  
– Definition 141  
– Einflussfaktor 40  
– Informationsgewinnung 144  
– Klassifikation 142  
– soziale 128  
Partnerschaftskonflikt 38  
Passivität 190  
Patient, Therapiebewertung 246  
Patientenzufriedenheit 248  
PC-Training 124  
Peergroup 190  
Performanz 33, 128  
– Bewertung 248  
Performanzkomponente 151  
Persönlichkeit, histrionische 97, 241  
Persönlichkeitsentwicklung 220  
Persönlichkeitsstörung 66, 97  
– Arbeitsergebnis 201  
– Entstehung 197  
– Fallbesprechung 197  
Persönlichkeitsveränderung 150  
Perspektivwechsel 16, 102  
Pflegebedürftigkeit 167  
– Wertung 179  
Pflegedienst, ambulanter 74  
Pflegestufe 48  
Phobie, soziale 58, 97  
– Prognose 190  
– Symptom 64  
Physiotherapie 49  
Posttraumatische Belastungsstörung 198  
Pro und Kontra 232, 234  
Problem-Finding-Methode 267  
Problemanalyse 4, 12, 58  
Problemlösekompetenz 4, 263, 267 – 268  
Problemlöseprozess 261, 263  
Problemlösung 152  
Produktivität 45, 104, 163  
– Betätigungsangebot 216  
Profession, Moseys Modell 41, 150  
Projektgruppe 153  
Prozessfähigkeit 77  
Psychiatrie 90, 222  
Psychiatrieerfahrung 86  
Psychische Störung

– alkoholbedingte 149  
– Bedeutung von Arbeit 221  
– Demenz 167  
– Tagesstrukturierung 222  
Psychopharmaka 89  
Psychoerleben 122  
Psychotherapie 60  
Pubertät 64, 190

## Q

Quadralogo 192  
Qualitätssicherung 86

## R

Realitätsorientierungstraining (ROT) 208  
Realitätsüberprüfung 240  
Reasoning  
– ethisches 251  
– interaktives 250  
– konditionales 250  
– narratives 250, 260, 265  
– pragmatisches 251  
Rechte 121  
Reden-Fühlen-Handeln-Spiel 62  
Reflexion 268  
Reflexionsgespräch 155  
Rehabilitation, berufliche 91 – 92  
Rehaziel 78, 204  
Reiten 71  
Reiz, sensorischer 240  
Reizüberflutung 39  
Ressource  
– erkennen 121  
– Nutzung 184  
Richtziel 83, 204  
Rolle, soziale 122  
Rollencheckliste 135  
Rollenspiel 71, 237  
Rollenüberforderung 135  
Rollenzuschreibung 177  
Rückzug, sozialer 37, 64, 99

## S

Schizophrenie  
– Arbeitsergebnis 126  
– Belastungsfähigkeit 124  
– Dokumentation 123  
– Fallbesprechung 118  
– Intervention 124  
– Krankheitsbeschreibung des Klienten 120  
– paranoide 16, 121  
– Symptomatik 121  
Schlafstörung 19, 38  
– Depression 134  
Schlüssel-Befähigungskompetenz 219  
Schulbesuch 58  
Schuldgefühle 48, 64, 178  
Schule 98  
Schulversagen 114  
Schutzhaft 176  
Schwerbehindertenausweis 19, 88  
Schwingungsfähigkeit, affektive 29, 59

- Scientific Reasoning 249, 265  
 Selbstbeschreibungsfragebogen 59  
 Selbstbewertungsinstrument 33  
 Selbstbild 103  
 – Assessment 154  
 – Definition 221  
 – Instabilität 198  
 – negatives 222  
 Selbsteinschätzungsinstrument 128, 135, 155  
 Selbsterkenntnis 127  
 Selbstevaluation 7  
 Selbstheilung 88  
 Selbsthilfe 224, 239  
 Selbsthilfegruppe 75  
 Selbstidentitätsfertigkeit 152  
 Selbstinstruktion 240  
 – positive 100  
 Selbst-Kontrolle 177  
 Selbstreflexion 218  
 Selbstständigkeit 152, 179  
 – fehlende 52  
 Selbststeuerungsfähigkeit 218  
 Selbstverantwortung 179  
 Selbstverletzung 99  
 – Skills 238  
 Selbstversorgung 45, 73  
 – Betätigungsangebot 216  
 – Einschränkung 42  
 – Klientendaten 144  
 Selbst-Verwirklichung 177  
 Selbstwertgefühl 60, 90  
 – geringes 64  
 Selbstwirksamkeit 66  
 Selbstwirksamkeitserfahrung, positive 193 – 194  
 Selbstwirksamkeitskompetenz 192  
 Selektion 184  
 Selektivitätstheorie, sozioemotionale 180  
 Setting 253  
 Sinneswahrnehmung 208  
 Skillkette 99, 237  
 Skills 99  
 – Anwendung 238  
 – Falle, therapeutische 238  
 – kognitive 240  
 – sensomotorische 238  
 – sensorische 240  
 Skilltraining 236  
 Snoezelen 60  
 SOK = Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation 48, 54, 183  
 Sozialarbeit 219  
 Sozialcoach 86, 91, 93 – 94, 218  
 – Abgrenzungsmerkmal zu Sozialarbeit 220  
 – Schlüsselqualifikation 219  
 Sozialkontakt 180  
 Sozialphobie 59  
 Sozialverhalten 114  
 – Störung 12  
 – – Arbeitsergebnis 116  
 – – Demenz 166, 168  
 – – Fallbesprechung 110  
 – – Intervention, alternative 113  
 – – Sicht der Therapeutin 112  
 – unsicheres 61  
 SPAIK = Social Anxiety Inventory for Children 59  
 Spannungskurve 68  
 Spieltherapie, nondirektive 114  
 Sport 194  
 Sporttherapie 60  
 Sprachstörung 167  
 Stated-Problem-Methode 268  
 STEPPS 200  
 Stimmung  
 – herabgesetzte 29  
 – niedergeschlagene 64  
 – wechselnde 59  
 Stimmungsänderung 44, 133  
 Stimmungskurve 68  
 Stimmungsschwankung 99, 133  
 Stimulation, basale 208  
 Stress 149  
 – psychologischer 177  
 Stressbewältigung 178  
 Stressmodell, transaktionales 177  
 Stresstoleranz 237  
 Stressverarbeitung 54, 177  
 Sucht, Verleugnen 157  
 Suchtanamnese 38  
 Suchtgedächtnis 149  
 Suizidgedanken 29, 64  
 Suizidversuch 88, 99  
 Supervision 236
- T**
- Tag-Nacht-Rhythmus 88  
 Tagesgestaltung 68  
 Tagesklinik 104, 253  
 – Therapieangebot 246  
 Tagespflege 78  
 Tagespflegeeinrichtung 73, 75  
 Tagesstätte 67  
 Tagesstrukturierung 67, 75  
 – Wirkung 222  
 Tagesverlaufsprotokoll 69  
 Tätigkeit, ehrenamtliche 86, 88, 93, 218  
 Team, multiprofessionelles 125, 191  
 Teamgespräch 39  
 Teilhabe am Arbeitsleben 94  
 Teilziel 73  
 Theorie des sozialen Konvois 181  
 Therapeut  
 – als Sozialcoach 95, 219  
 – Beziehungsgestaltung 137 – 138  
 – Handlungskompetenz 260  
 – Schlüsselfähigkeit 224  
 – Therapiebewertung 245  
 Therapeut-Angehörigen-Interaktion 114  
 Therapeut-Klient-Beziehung 136  
 Therapeut-Klient-Interaktion 41  
 – Fallmethode 263  
 – Gestaltung 224  
 Therapeut-Mutter-Interaktion 116  
 Therapeutenvariabel nach Rogers 157  
 Therapeutenverhalten 12  
 – Interpretation 121  
 Therapie  
 – ambulante 253  
 – ausdruckszentrierte 151, 193  
 – interaktionelle 192  
 – klientenzentrierte 193, 225  
 – kompetenzzentrierte 192  
 – stationäre 253  
 – teilstationäre 253  
 Therapieangebot 225  
 Therapieanlass 263  
 Therapieentscheidung 102  
 Therapieereignis, interpersonelles 137  
 Therapieerfolg 106  
 – Bewertung 244  
 Therapiekosten 244  
 Therapiemodus  
 – beratender 138  
 – einführender 138  
 – ermutigender 138  
 – instruierender 138  
 – problemlösender 138  
 Therapieprozess 105, 127, 261, 263  
 – Evaluationsplanung 5  
 – Interventionsplanung 5  
 – Phasen 4  
 – Problemanalyse 4  
 Therapiestunde, Überziehen 113 – 114  
 Therapieverlauf, Beurteilungsbogen 156  
 Therapieziel  
 – individuelles 251  
 – Klientenmitbestimmung 193  
 – übergeordnetes 153  
 Tod 180  
 Tonfigur 14  
 Tongestaltung 13  
 Tonuserhöhung 52  
 Top-down-Ansatz 41, 134  
 – Altersdepression 184  
 – Assessment 154  
 – betätigungsorientierter 153  
 – Indikation 157  
 Training, kognitives 206  
 Trainingsprogramm 209  
 Trauma, Definition 178  
 Traumatisierung 66, 178, 198  
 Traurigkeit 133  
 Trennung 179  
 Trochanterschutzhose 204  
 Tür im Gesicht 233 – 234
- U**
- Überforderung 29, 40  
 – Auswirkung 113  
 Umschulung 37  
 Umwelt 33, 40  
 – bedrohliche 114  
 Umwelтанforderungsmodell 48, 54, 181  
 Umweltfaktor 43  
 – Definition 142  
 Unentschlossenheit 64  
 Unruhe 38, 67  
 – Depression 133  
 Unselbstständigkeit 167, 179  
 Unsicherheit 64  
 Unterforderung 181  
 Untergewicht 40, 59, 98  
 Unterrichtskonzept, handlungsorientiertes 261  
 Ursache-Wirkungs-Verknüpfung, subjektive 122  
 Urteilsvermögen 166, 168

### V

- Validation 172
  - Vorteil 209
- Veränderung 232
- Veränderungswunsch 33
- Verantwortungsbewusstsein 121
- Vergesslichkeit 52
- Verhalten 181
  - abwertendes 113
  - aufsässiges 12
  - dysfunktionales 233, 235
  - – Skills 238
  - High-Risk-Verhalten 99
  - selbstverletzendes 99
- Verhaltensänderung 44, 233
- Verhaltensauffälligkeit 168
  - Kindesalter 190
- Verhaltensbeobachtung, strukturierte 156
- Verhaltensstörung, alkoholbedingte 149
- Verhaltenstherapie 98, 235
- Verhaltensverstärkung, intermittierende 235
- Verlusterfahrung 178
- Verlusterlebnis 54
- Vermeidungsverhalten 64, 191
- Vernetzung 220
- Versagensangst 48
- Versorgung, gemeindepsychiatrische, vernetzte 66
- Verständnis 66
- Verstärkung
  - negative 235
  - positive 136, 235
- Verstehen, intuitives 237
- Verständigungswahn 133
- Vertrauen 121, 136
- Vertrauensverlust 122
- Verweigerungshaltung 12
- Volition 33, 127
- Volitional Questionnaire (VQ) 171, 225
- Vulnerabilität 233
- Vulnerabilitätskonzept 133

### W

- Wachheit 19
- Wahn 121
  - nihilistischer 133
- Wahrnehmungsorganisation 208
- Wahrnehmungsstörung 167 – 168
- Weglaufen 64
- Weltkrieg 176, 178
- Weltwirtschaftskrise 176
- Werkstatt für behinderte Menschen 87, 90, 94, 217
- Wertfreiheit 158
- Werthaltung 102
- Wertlosigkeit 197

### Z

- Zahlenfolgetest 59
- Zeichnen 69
- Zeiterleben 197
- Zen-Buddhismus 237
- Zielhierarchie 78
- Zielsetzung 225
- Zittern 61, 64
- Zuhören, aktives 191
- Zusammenarbeit 224
- Zuspruch 233
- Zustimmung 232 – 234
- Zuverlässigkeit 121
- Zuwendung 51, 111



## Hat Ihnen das Buch Walkenhorst, U./ Ott, U Fallbuch Ergotherapie in der Psychiatrie gefallen?

*zum Bestellen [hier klicken](#)*

**by naturmed Fachbuchvertrieb**

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: [info@naturmed.de](mailto:info@naturmed.de), Web: <http://www.naturmed.de>