

# **Praktikumsbericht**

über ein Schulpraktikum im  
Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

Agathastrasse 1

Paderborn

Schule: Bergkloster Bestwig

Praktikant: Frank Ruhl

Praxisanleitung: Cim Kraus, Ergotherapeutin

Praktikumsbetreuer: Alexander Weiland,  
Ergotherapeut und Schuldozent

Praktikumszeitraum: 02 September bis 14 November 2003

Zeitpunkt der Sichtstunde: 29.10.2003; 14.00 Uhr im Bürotraining

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Beschreibung der Einrichtung</b>	<b>1</b>
1.1	Wesen und Aufgaben der Institution:	1
1.2	Träger der Institution	2
1.3	Kostenträger der Behandlung:	2
1.4	Aufgaben und Stellung der Ergotherapie innerhalb der Institution:	2
<b>2</b>	<b>Individualdaten des Patienten</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Diagnose</b>	<b>4</b>
3.1	Nach ICD 10:	4
3.2	Auswirkungen der Erkrankung auf die Alltagsbewältigung	4
3.2.1	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	4
3.2.2	Depression	5
3.2.3	Medikation mit möglichen Nebenwirkungen, beobachtete Nebenwirkungen	5
<b>4</b>	<b>Beschreibung des allgemeinen Krankheitsbildes</b>	<b>6</b>
4.1	Persönlichkeitsstörungen	6
4.2	Therapiemöglichkeiten	11
<b>5</b>	<b>Sozialanamnese</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>Spezielles Krankheitsbild</b>	<b>14</b>
<b>7</b>	<b>Befunderhebung des Patienten</b>	<b>14</b>
7.1	Ersteindruck	14
7.2	Fähigkeiten AdL selbständig durchführen zu können:	15
7.3	Motorisch - funktioneller Befund:	15
7.4	Neuropsychologischer Befund: ohne Befund	15
7.5	neuropsychologischer Befund: ohne Befund	15
7.6	perceptiver Befund ohne Befund	15
7.7	geistig-intellektueller Befund	15
7.8	Psychischer Befund	15
7.8.1	Elementare Fähigkeiten:	15
7.8.2	Emotionale Fähigkeiten:	16
7.8.3	Bereich des Selbstbildes:	16
7.8.4	Soziale Fähigkeiten:	17
<b>8</b>	<b>Befundzusammenfassung und Befundbewertung</b>	<b>17</b>
<b>9</b>	<b>Therapieziele</b>	<b>17</b>
9.1	Rehaziele:	17
9.2	Grobziele:	17
9.3	Feinziele:	17
<b>10</b>	<b>Therapiemedien</b>	<b>18</b>
<b>11</b>	<b>Behandlungsverlauf:</b>	<b>18</b>
11.1	Therapieeinheit am 23.10.2003 zweiter Block	18
11.2	Therapieeinheit am 24.10.2003 erster Block	19
11.3	Therapieeinheit am 24.10.2003 zweiter Block	19
<b>12</b>	<b>Ausblick</b>	<b>20</b>
<b>13</b>	<b>Reflexion des Praktikums</b>	<b>20</b>
<b>14</b>	<b>Planung der Sichtstunde</b>	<b>21</b>
14.1	Maßnahme:	21
14.2	Ziele:	21
14.3	Zeitliche Planung:	21
14.4	Arbeitsplatzgestaltung:	22
14.5	Verlauf der Behandlung:	22
14.6	Funktion des Therapeuten / Praktikanten:	23
<b>15</b>	<b>Literaturliste</b>	<b>23</b>

# 1 Beschreibung der Einrichtung

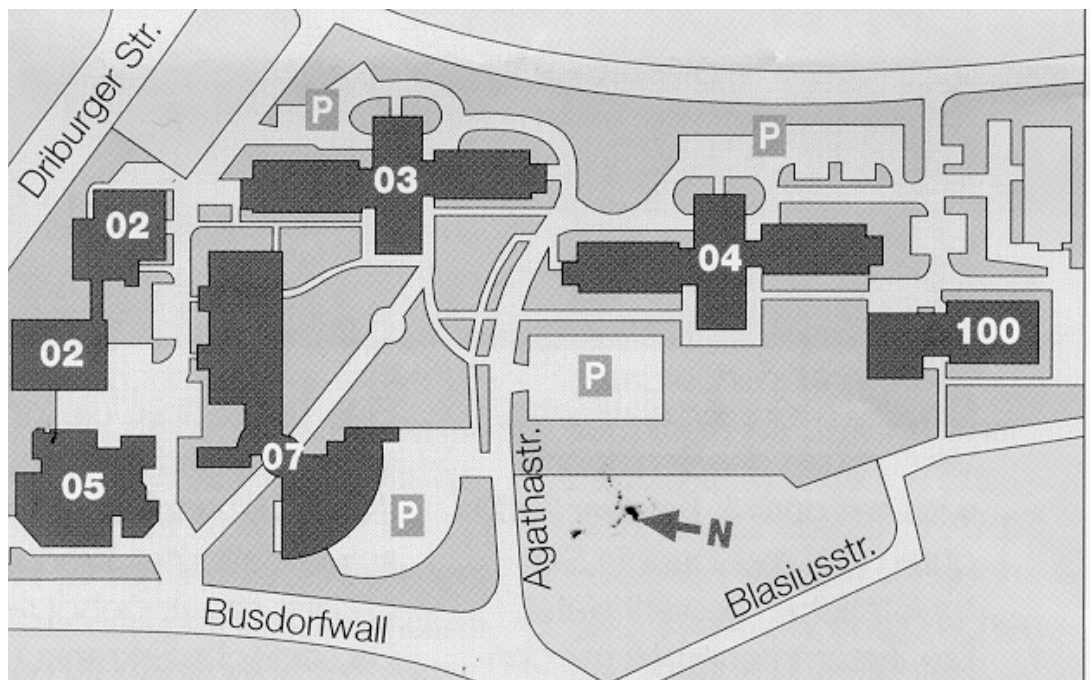
## 1.1 Wesen und Aufgaben der Institution:

Das Westfälische Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie (WZPP) liegt am Rande des Stadtkerns von Paderborn und bildet mit insgesamt 261 voll- und teilstationären Plätzen für Behandlung und Rehabilitation, einer Institutsambulanz und einem Förderbereich mit 30 Plätzen ein wichtiges Glied in der psychosozialen Versorgung des Kreises Paderborn und der Stadt Geseke mit insgesamt ca. 300.000 Einwohnern.

Behandelt werden alle Formen seelischer Erkrankungen wie Psychosen und Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, körperlich begründbaren psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen und psychische Störungen im Alter nach Bedarfsnotwendigkeit.

Die konkreten Behandlungsangebote weisen ein breites Spektrum auf. Beispielsweise werden sowohl tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als auch verhaltenstherapeutische Verfahren angewendet und als Ergänzung Angehörigenarbeit und systematische Paar- und Familienbetreuung angeboten.

### Lageplan:



- 02 Technik und Wirtschaftsbüro
- 03 Bettenhaus 1
- 04 Bettenhaus 2
- 05 Küche und Kantine
- 07 Pforte, Arbeitstherapie und Sporthalle
- 100 Schwesternwohnheim

Die Klinik ist in verschiedene Bereiche und Stationen aufgeteilt, welche auf die jeweiligen Erkrankungen bezüglich Personal und Räumlichkeiten abgestimmt sind.

Bereich	Bezeichnung	Art der Station
Allgemeine Psychiatrie	B H E D1 D2	Sektorstationen  Psychotherapie Depressionsstation
Sucht	A C1 C2 L	Alkohol- und Medikamentenentzug Alkohol- Entwöhnungsstation Doppeldiagnose (Abhängigkeits- und psychotische Erkrankung) Drogenentgiftung
Gerontopsychiatrie und Soziotherapie	G K I	Offene Gerontopsychiatrie Geschlossene Gerontopsychiatrie Soziotherapeutische Station
Tagesklinik	TK GTK	Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik Gerontopsychiatrische Tagesklinik
Ambulanz		Psychiatrische Instanzambulanz Ambulante Ergotherapie Betreutes Wohnen Ambulante Konsiliar – Angebote Wohnhaus Franziskanergasse

## **1.2 Träger der Institution**

Träger der Klinik ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), der in 78 Einrichtungen ein umfassendes psychiatrisches Verbundsystem mit Hochdifferenzierten Behandlungs- und Betreuungsangeboten an 23 Standorten anbietet.

## **1.3 Kostenträger der Behandlung:**

Kostenträger der Behandlung sind die gesetzlichen Krankenkassen, der Sozialhilfeträger des Kreises, der LWL und im Falle der Behandlung von Alkoholkranken auch die Landesversicherungsanstalt (LVA)

## **1.4 Aufgaben und Stellung der Ergotherapie innerhalb der Institution:**

Die Ergotherapie im WZPP Paderborn bietet mit 16 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein differenziertes und auf die jeweiligen Krankheitsbilder zugeschnittenes Angebot. Sie begleitet die Patientinnen und Patienten in der

Regel von einem Zeitpunkt kurz nach der Aufnahme im Akutfall bis unmittelbar vor Wiedereintritt in den (beruflichen) Alltag in der ambulanten berufsbezogenen Ergotherapie.

#### Das Therapieangebot umfasst:

- ✍ Beschäftigungstherapie
- ✍ Gestaltungstherapie
- ✍ Musiktherapie
- ✍ Arbeitstherapie

In sechs Bereichen der Arbeitstherapie werden die Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen arbeitsspezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert und so auf eine berufliche Wiedereingliederung und Rehabilitation vorbereitet. Hier können sich die Patientinnen und Patienten dosiert gesteigert belasten, was eine Vorbereitung auf das Arbeitsleben nach der Behandlung unterstützt. So kann die psychiatrische Arbeitstherapie den Anfang für eine Kette rehabilitativer Maßnahmen bilden. In diagnostischer Hinsicht besteht die Möglichkeit, individuelle Stärken wahrzunehmen, Defizite und Schwächen zu erkennen und zu beüben. Hierbei geht es im Wesentlichen um die Behandlung von psychisch-funktionellen und kognitiven Defiziten.

#### Die Arbeitstherapie ist aufgeteilt in sieben unterschiedliche Bereiche:

- ✍ Weberei
- ✍ Kunsthandwerk
- ✍ Werkstatt für Montage
- ✍ Holzbereich
- ✍ Cogpack
- ✍ Bürotraining
- ✍ Extra murale Arbeitstherapie

Im Bürotraining werden an neun Arbeitsplätzen neben Computertraining (Word, Excel, Power Point) Schreibmaschinen- und Hirnleistungstraining angeboten. Auf dem Papier werden die neue Rechtschreibung geübt, sowie Grundrechenarten aufgefrischt. Ebenso können einfache kaufmännische Tätigkeiten erlernt oder angewendet werden. Zudem werden Kopier- und Schreibarbeiten im Rahmen eines Großraumbüros verrichtet. Im Vordergrund steht hierbei nicht eine Schulung, sondern der Abbau von Ängsten, das Training von Konzentration und Merkfähigkeit und die Erhöhung der Frustrationstoleranz. Durch die Begrenzung der stets begehrten Computerarbeitsplätze wird Auseinandersetzung und Verzicht, sowie Verständnis für die Gemeinschaft und Teamfähigkeit geübt. Der Wechsel zwischen beliebten (Computer) und unbeliebter (Flyer falten) Arbeit spiegelt die Wechselfälligkeit des Lebens im Allgemeinen und des beruflichen Alltags im Besonderen wieder. Dadurch, dass regelmäßige Dienste für die gesamte Klinik verrichtet werden, und die Patientinnen und Patienten nicht nur für sich selber arbeiten, wie etwa in der Beschäftigungstherapie, wird der Fokus von der eigenen Störung weg nach außen verlagert, was zum richtigen Zeitpunkt auf den Genesungsprozess begünstigend wirkt. Insgesamt genießen die Patientinnen und Patienten des Bürotrainings in der Regel die warme und freundliche Atmosphäre.

## 2 Individualdaten des Patienten

Geschlecht:	weiblich
Alter:	20 Jahre
Beruf:	noch ohne Ausbildung
Familienstand:	ledig, ein Kind (2 Jahre)
Familiäre Situation:	Vater 1957 geboren, Koch Mutter 1963 geboren, Hausfrau Bruder 1981 geboren
Wohnform:	Mutter-Kind-Haus

## 3 Diagnose

### 3.1 Nach ICD 10:

Abhängige Persönlichkeitsstörung (F 60.7)

Aktuell depressive Episode (F 33.2)

### 3.2 Auswirkungen der Erkrankung auf die Alltagsbewältigung

#### 3.2.1 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung

Hauptmerkmale sind eine Selbstwahrnehmung als hilflos und inkompetent sowie die Überlassung der Verantwortung für wichtige Bereiche des eigenen Lebens an andere.

Die Betroffenen sind kaum in der Lage, eigene Entscheidungen zu treffen. Ihre Neigung, sogar wichtige Entscheidungen über ihr eigenes Leben oder ihre Zukunft anderen zu überlassen, kann Auswirkungen bis in die privatesten Bereiche haben. Sie fühlen sich beim Alleinsein meist sehr unbehaglich und entwickeln ausgeprägte Ängste vor dem Verlassenwerden. Um ein - oft nur befürchtetes - Verlassenwerden zu vermeiden, neigen sie dazu, ihre eigenen Bedürfnisse denen anderer Personen unterzuordnen und haben eine unverhältnismäßige Nachgiebigkeit gegenüber deren Wünschen. Bricht eine enge Beziehung dennoch auseinander, erleben sie ausgeprägte Hilflosigkeit und innere Zerstörtheit. Durch Kritik oder Ablehnung sind sie leicht verletzbar und neigen deshalb dazu, eigene Ansprüche, auch wenn sie berechtigt sind, anderen gegenüber möglichst nicht zu äußern. Eventuell übernehmen sie freiwillig Tätigkeiten, die für sie unangenehm oder sogar erniedrigend sind, nur um Zuneigung zu gewinnen.

Häufig findet man eine Kombination mit anderen Persönlichkeitsstörungen (z.B. selbstunsichere oder schizotypische Persönlichkeitsstörung). Angststörungen und Depressionen kommen ebenfalls häufig gemeinsam mit dieser Persönlichkeitsstörung vor.

### 3.2.2 Depression

Hierbei handelt es sich um eine Störung, bei der die betreffende Person unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs leidet. Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkungen. Deutliche Müdigkeit tritt oft nach nur kleinen Anstrengungen auf. Andere häufige Symptome sind:

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit  
Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen  
Schuldgefühle und Gefühl von Wertlosigkeit  
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven  
Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen  
Verminderter Appetit

Die gedrückte Stimmung ändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert meist nicht auf die jeweiligen Lebensumstände, kann aber charakteristische Tagesschwankungen aufweisen. Wie bei den manischen Episoden zeigt das klinische Bild beträchtliche individuelle Varianten; ein untypisches Erscheinungsbild ist besonders in der Jugend häufig. In einigen Fällen stehen zeitweilig Angst, Gequältsein und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als die Depression. Die Stimmungsänderung kann durch zusätzliche Symptome wie Reizbarkeit, exzessiver Alkoholgenuss, histrionisches Verhalten (aus dem Lateinischen „der Schauspieler“), Verstärkung früher vorhandener phobischer (aus dem Lateinischen „die Angst“) oder zwanghafter Symptome oder durch hypochondrische Grübelei verdeckt sein.

### 3.2.3 Medikation mit möglichen Nebenwirkungen, beobachtete Nebenwirkungen

Cipramil 20-0-0 mg.

**Anwendung:** Depressive Erkrankungen

**Gegenanzeigen:** Gleichzeitige Behandlung mit MAO-Hemmern oder innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer Therapie mit irreversiblen MAO-Hemmern sowie mindestens einen Tag nach dem Absetzen von Moclobemid oder Selegilin.

**Nebenwirkungen:** Häufig (>10%) Verstärkte Schweißneigung, Kopfschmerzen, Tremor, Somnolenz, Schlaflosigkeit, Trockener Mund, Übelkeit, Verstopfung, Asthenie. Gelegentlich (>1%) Hautausschlag, Juckreiz, Myalgie, Schwindel, Parästhesie, EPS-Störungen, Geschmacksstörungen, Sehstörungen, Nervosität, Angst, Agitiertheit, verändertes Träumen

**Wechselwirkungen:** Gleichzeitige Anwendung von Cipramil und MAO-Hemmern kann ein „Serotonin-Syndrom“ auslösen. Gleichzeitige Anwendung mit Metoprolol: Verdoppelung der Metoprolol-Spiegel möglich. Cimetidin verursacht einen moderaten Anstieg der durchschnittlichen Steady-State-Plasmaspiegel von Citalopram. Deshalb ist Vorsicht geboten, wenn beide Substanzen gemeinsam in hohen Dosen gegeben werden. Eine pharmakodynamische Interaktion mit Lithium kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, da auch Lithium die serotonerge Neurotransmission steigert. Deshalb sollte die gleichzeitige Therapie mit diesen beiden Substanzen sorgfältig überwacht werden.

**Von mir beobachtete Nebenwirkungen:** Die Patientin berichtet, dass sie zu Beginn der Behandlung und bei jeder Dosisänderung Nebenwirkungen verspürte und zwar fühle sie sich dann morgens niedergedrückt, leide gelegentlich unter Schlaflosigkeit habe einen Trockener Mund und es tritt gelegentlich Übelkeit auf.

## 4 Beschreibung des allgemeinen Krankheitsbildes

### 4.1 Persönlichkeitsstörungen

Unter Persönlichkeitsstörungen werden tief verwurzelte, anhaltende und weitgehend stabile Verhaltensmuster verstanden, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. In vielen Fällen gehen diese Störungen mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. Gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung zeigen sich deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen.

Die einzelnen Formen der Persönlichkeitsstörungen werden nach den vorherrschenden Verhaltensmustern klassifiziert: paranoide, schizoide, schizotype, dissoziale (antisoziale), emotional instabile, histrionische, anankastische (zwanghafte), ängstliche (vermeidende) und abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung.

Die individuelle Persönlichkeit zeichnet sich durch das Bestehen unterschiedlicher Persönlichkeitszüge aus und kann als ein Muster von charakteristischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen, die eine Person von einer anderen unterscheiden und die über Zeit und Situation fortauern, verstanden werden. Die Persönlichkeitsforschung hat versucht, mit unterschiedlichen Methoden und an ganz unterschiedlichen Untersuchungspopulationen die einzelnen Dimensionen, die in ihrer Gesamtheit die Persönlichkeit ausmachen, zu identifizieren, was bis heute noch nicht vollständig gelungen ist. Über die unterschiedlichen Methoden hinweg zeigen sich aber immer wieder fünf vergleichbare Faktoren („Fünf-Faktoren- oder Big-five-Modell“), die eine wesentliche Rolle in der Beschreibung von Persönlichkeit



spielen:

Extraversion (kontaktfreudig - zurückhaltend),  
Verträglichkeit (friedfertig - streitsüchtig),  
Gewissenhaftigkeit (gründlich - nachlässig),  
Neurotizismus (entspannt - überempfindlich)  
Offenheit (kreativ - phantasielos).

Störungen der Persönlichkeit können sehr vielgestaltig und heterogen sein. Mit diesem Begriff werden Extremvarianten einer bestimmten seelischen Wesens- also extreme Ausprägungen von bestimmten Persönlichkeitszügen beschrieben. Ein wesentliches Kriterium für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist also zunächst die Ausprägung und die Dominanz eines bestimmten Persönlichkeitsmerkmals, das auch mehr oder weniger allgemein menschlich ist. Eine zweite wesentliche Bedingung für die Annahme einer Persönlichkeitsstörung besteht darin, dass durch diese auffälligen Persönlichkeitszüge das subjektive Befinden, die soziale Anpassung oder die berufliche Leistungsfähigkeit relevant eingeschränkt sind. Darüber hinaus wird vorausgesetzt, dass diese Verhaltensmuster meistens stabil sind und sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen beziehen.

So problematisch und schwierig es ist, „normales Verhalten“ in beschreibende Kategorien zu pressen, so unbefriedigend ist oft der Versuch, Abweichungen der Persönlichkeit zu klassifizieren. Erschwerend kommt hinzu, dass Persönlichkeitsstörungen kaum einmal Störungen einer isolierten Person darstellen, sondern in der Regel auch Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation sind.

Diese Problematik hat dazu geführt, dass ganz unterschiedliche Einteilungen auffälliger Persönlichkeiten gewählt wurden. Am wichtigsten sind der dimensionale Ansatz, wobei Veränderungen einzelner Dimensionen psychischen Erlebens und des Verhaltens beschreibend nebeneinander gestellt werden

(z. B. Persönlichkeitsstörung mit im Vordergrund stehenden depressiven und anankastischen Zügen), und der kategorial-typologische Ansatz, der komplexere Muster gestörten Erlebens und Verhaltens definiert und mit einer umfassenden Bezeichnung belegt (wie z. B. „histrionische Persönlichkeitsstörung“).

In den modernen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-5 wird versucht, beide Ansätze miteinander zu verbinden. Einerseits werden spezifische Typen der Persönlichkeitsstörung an Hand vorgegebener Kriterien definiert, andererseits bleibt es durchaus möglich (und erwünscht), unterschiedliche Störungsformen auch zu kombinieren.

Im ICD-10 werden unter den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6) auch andere Formen beschrieben:

- andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- Störungen der Geschlechtsidentität
- Störungen der Sexualpräferenz

Historisches:

Im antiken Griechenland wurden von Hippokrates (ca. 400 v. Chr.) nach der „Säfte-Lehre“ vier Temperamente unterschieden:

- Sanguiniker: leichtblütig, wechselhafte Stimmungen
- Melancholiker: schwerblütig, schwermütig
- Choleriker: heftig, leicht erregbar
- Phlegmatiker: kaltblütig, schwer erregbar.

1734 definierte C. H. Wolff Persönlichkeit als „was eine Erinnerung an sich selbst bewahrt und sich erinnert, früher und heute ein und dasselbe zu sein“. Philippe Pinel (1745-1826) beschrieb als Vorläufer der heutigen Persönlichkeitsstörungen die „Manie sans delire“ (etwa: Manie ohne Wahn). Für lange Zeit geprägt wurde dann die Persönlichkeitslehre durch das Werk des Tübinger Psychiaters Ernst Kretschmer (1888-1964). In seinem Buch „Körperbau und Charakter“ entwarf er eine Konstitutionslehre. Darin wurden drei Körperbautypen voneinander unterschieden, die eine biologisch determinierte Beziehung zu jeweils bestimmten psychischen Krankheitsformen aufweisen sollten:

Pykniker: breitwüchsiger, gedrungener Körperbau, „zyklothymes“ Temperament, Neigung zu affektiven Beschwerden.

Leptosomer: schmal, Neigung zur „Schizothymie“ (Introvertiertheit mit Nähe zur Schizophrenie).

athletischer Typ: breitschultrig, muskulös, besondere Affinität zur Epilepsie.

Eine den heutigen Ansichten schon sehr nahe stehender Auffassung wurde durch Kurt Schneider (1887-1967) vertreten. Nach seiner Ansicht beruht die Abnormität der Persönlichkeit nicht auf einem Krankheitsvorgang, sondern bezieht sich auf „Abweichungen von einer uns vorschwebenden Durchschnittsbreite von Persönlichkeiten“. Dementsprechend wurden abnorme Persönlichkeiten von ihm als Extremvarianten einer bestimmten Wesensart aufgefasst. Als psychopathisch wurden nach diesem Konzept diejenigen bezeichnet, „die unter ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet“. Von Kurt Schneider wurden folgende Typen der Psychopathie unterschieden: hyperthymisch, depressiv, selbstunsicher, fanatisch, geltungsbedürftig, stimmungslabil, explosibel, gemütlos, willenlos und asthenisch.

Der Begriff „Psychopathie“ wird heute vermieden, da er neben einer Beschreibung auch eine (gesellschaftliche) Wertung ausdrückt. Ähnlich belastet ist der Begriff „Soziopathie“, der heute nicht mehr als eigenständiger Ausdruck verwandt wird. Darunter wurde ein abnormes, meist schädigendes Verhalten gegenüber der sozialen Umwelt verstanden. In den modernen Diagnosesystemen wird der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ verwendet, worunter auch eine „dissoziale“ (ICD-10) bzw. eine „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ (DSMAV) klassifiziert sind.

Epidemiologie: Angaben zur Häufigkeit erweisen sich je nach untersuchter Population als sehr unterschiedlich. Dafür verantwortlich sind in erster Linie große Unterschiede in der Abgrenzung sowie im berücksichtigten Schweregrad. Bezogen auf die Allgemeinbevölkerung werden Prävalenzraten zwischen 5 und 18% angegeben. Bezogen auf ambulant psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelte Patienten erfüllen 30-40% die Kriterien einer

Persönlichkeitsstörung. Im Bereich stationärer Patienten werden Häufigkeitsraten zwischen 40 und 50 % genannt.

Am häufigsten kommen mit einer Prävalenz bis zu 5 % die dependente, dissoziale (antisoziale), histrionische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung vor. Eine mittlere Häufigkeit findet sich für die paranoide und die selbstunsichere/ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (Prävalenzraten bis 2%). Die übrigen Formen der Persönlichkeitsstörung kommen in weniger als 1 % in der Bevölkerung vor. Borderline-Störungen nehmen in den letzten Jahren sowohl nach Häufigkeit als auch nach Schweregrad zu.

Die Geschlechtsverteilung ist unterschiedlich. Bei Männern werden häufiger dissoziale und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, Borderline Störungen sowie selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitsstörungen sollen häufiger bei Frauen auftreten.

Ätiopathogenese: Es existiert keine einheitliche Theorie. Mehr noch als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen gibt es unterschiedliche Modelle aus psychologischer, biologischer und soziologischer Sicht, die sich zum Teil gegenseitig ergänzen. So wie ganz allgemein sehr unterschiedliche Faktoren auf die Persönlichkeit Einfluss nehmen, können verschiedene Störungen der Entwicklung in unterschiedlichen Lebensphasen zu Persönlichkeitsstörungen führen.

Persönlichkeitsstörungen haben eine komplexe Genese. Die menschliche Person ist mehr als das Produkt von Anlage und Umwelt. Sie ist immer auch das, was sie selbst aus den Anlagen und Umwelteinflüssen macht.

Aus psychodynamischer Sicht entstehen Persönlichkeitsstörungen hauptsächlich durch Störungen in den einzelnen frühkindlichen Entwicklungsstufen. Eine Störung in der oralen Phase (z. B. eine Entwicklungsverzögerung, relevante Konflikte) führt demnach zu forderndem und abhängigem Verhalten, wie es in der abhängigen und passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung gefunden wird. Ein Bestehen bleiben von Zügen der analen Phase führt zu zwanghaftem und rigidem Verhalten mit emotionaler Distanz und soll letztendlich einen Faktor für die Entstehung einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung darstellen. Probleme in der phallischen Phase lassen oberflächliche Emotionen und Unfähigkeit zu intimen Beziehungen persistieren und stellen damit eine Nähe zu histrionischen Persönlichkeitsstörungen her. Im Rahmen psychodynamischer Theorien wird häufig auch der Begriff der Charakterneurose verwendet. Darunter werden Störungen verstanden, die, im Gegensatz zu den so genannten Symptomneurosen, zu keinem subjektiven Leidensgefühl und auch zu keiner eigentlichen neurotischen Symptomatik führen. Im Vergleich zu den so genannten Symptomneurosen (z. B. neurotische Angst) ist das Leidensgefühl bei diesen Störungen diffuser und nicht um ein Symptom zentriert. Auf der beschreibenden Ebene werden die Begriffe Charakterneurose und Persönlichkeitsstörungen häufig synonym verwendet. In psychoanalytischer Hinsicht kommt der Diskussion um die Borderline-Störung eine besondere Bedeutung zu. Ursprünglich wurden unter diesem Begriff Störungen zusammengefasst, die auf der Grenze zwischen neurotischen und psychotischen Störungen liegen sollten (Borderline = Grenzfall). In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich die Diskussion jedoch dahin bewegt, ein eigenständiges psychisches Krankheitsbild anzunehmen, das Beschwerden umfasst, wie sie von neurotischen, psychotischen und Persönlichkeitsstörungen bekannt sind. Symptomatologisch bestehen auch Beziehungen zur

schizotypischen Persönlichkeitsstörung. Als Ursache wird eine Störung in den frühen Phasen der kindlichen Entwicklung angenommen (etwa 18. bis 36. Lebensmonat bei Borderline Störungen, 6. bis 18. Lebensmonat bei schizotypischen Störungen). In diesen Phasen der kindlichen Entwicklung dominiert der innerseelische Mechanismus der Spaltung von nicht miteinander zu vereinbarenden Konflikten. Es besteht dabei eine fehlende Fähigkeit des Ichs, Gefühle oder Wahrnehmungen gegensätzlicher Qualität in sich zu vereinen. Eigene Gefühle oder auch andere Menschen werden so z. B. als nur gut oder nur böse wahrgenommen. Bleibt dieser Mechanismus bestehen, kommt es zu einer instabilen Wahrnehmung und Einschätzung des eigenen Verhaltens sowie zum Fehlen eines eindeutigen Gefühls der Identität der eigenen Person (Identitätsdiffusion).

Aus der Sicht der Lerntheorie bzw. verhaltenstherapeutischer Strategien stellen Persönlichkeitsstörungen in ihrem Kern gelerntes Verhalten dar. Ganz allgemein lassen sich danach Persönlichkeitsstörungen beschreiben als „interpersonelle Strategien, die sich aus der Interaktion angeborener Dispositionen mit Umwelteinflüssen entwickeln“. Die Prinzipien des operanten Konditionierens (Beeinflussung von Verhalten durch positive bzw. negative Verstärkung) sowie des Modell-Lernens (Verhaltensmodifikation durch das Beispiel anderer Menschen) führen dazu, dass spezifische, angelegte Verhaltensweisen in extremer Weise über- bzw. unterentwickelt sind. Dadurch werden auf der kognitiven Ebene spezifische Überzeugungen verhärtet, die die Einstellung zu sich selbst und zur Umwelt prägen. So betrachtet etwa ein Patient mit paranoider Persönlichkeitsstörung die Umwelt unter dem Blickwinkel: „Andere Menschen sind potenzielle Feinde mit verdächtigen Motiven.“ Das Selbstbild eines Patienten mit einer abhängigen Persönlichkeitsstörung kann lauten: „Ich bin bedürftig, hilflos, schwach und inkompetent.“ Auch die Abgrenzung zum wahrgenommenen Verhalten anderer kann im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung von Bedeutung sein, wie z. B. die Annahme „Die anderen sind schlampig, verantwortungslos, lassen sich gehen“ bei zwanghaften Persönlichkeitsstörungen.

Aus den subjektiven Vorstellungen über das Selbstbild und dem Bild über die Mitmenschen werden kognitive Annahmen abgeleitet und daraus, Verhaltensstrategien entwickelt. So sind Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung vorsichtig, misstrauisch, äußerst wachsam und jederzeit auf der Suche nach Hinweisen, die vorhandene „verdeckte“ Motive oder „Feinde“ entlarven können. Diese Strategien verknüpfen sich mit spezifischen Affekten, z. B. Ärger über die angebliche schlechte Behandlung und Angst vor scheinbarer Bedrohung.

Diese weitgehend festgefahrenen kognitiven Einstellungen sind bei Persönlichkeitsstörungen oft nur schwer zu verändern, da alternative und unproblematischere Schemata in der Lerngeschichte kaum entwickelt werden konnten.

Neurobiologische Ursachen (hirnorganische Veränderungen, Stoffwechselstörungen des Gehirns) wurden immer wieder diskutiert, bis heute aber nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen. Besonders bei dissozialen/antisozialen Persönlichkeitsstörungen sowie bei Borderline-Störungen gibt es Befunde, die eine genetische Disposition belegen. Bei diesen Patienten wurden auch wiederholt Auffälligkeiten im EEG im Sinne

einer generalisierten Verlangsamung, sowie Hinweise auf eine erworbene minimale zerebrale Dysfunktion beschrieben.

Das auffällige Verhalten tritt in ganz unterschiedlichen psychischen Bereichen auf:

Affektivität (z. B. depressive Verstimmung)

Antrieb (z. B. Verminderung von Schwung und Initiative) Impulskontrolle (z. B. „Wutanfälle“)

Wahrnehmung von Situationen und Menschen

Denken (gelockertes Denken)

Beziehungen zu anderen (z. B. erschwerte Kontaktfähigkeit).

Die Beschwerden führen zu deutlichem subjektivem Leiden und beeinträchtigen wesentlich die Leistungsfähigkeit im beruflichen und sozialen Bereich.

## **4.2 Therapiemöglichkeiten**

Die Therapie von Persönlichkeitsstörungen ist meist schwierig und langwierig und erfordert auf Seiten des Therapeuten ausreichend Erfahrung. Im Vordergrund stehen psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren. Die Motivation des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Therapie. Diese ist jedoch häufig nicht ausreichend gesichert.

Als erster Schritt muss eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden.

Besonders die Verbesserung der psychosozialen Kompetenz, Strukturierung des psychosozialen Umfeldes, Bearbeitung dysfunktionaler Ziele und Verhaltensmuster und Generalisierung des Erlernten im Umfeld sind wichtig.

Psychopharmaka werden meist nur unterstützend oder bei komorbiden Erkrankungen eingesetzt. Bei zusätzlich auftretenden Angst-Störungen und bei depressiven Störungen müssen oft Antidepressiva eingesetzt werden. Serotonerge Psychopharmaka können bei aggressivem und bei gewalttätigem Verhalten hilfreich sein.

Bei Persönlichkeitsstörungen ist das Ziel der Therapie meist keine „Heilung“, sondern eine längerfristige und möglichst tragfähige Kompensation der bestehenden Auffälligkeiten und Einschränkungen.

Grundsätzliche Voraussetzungen für jede Therapie ist die Motivation des Patienten sein Verhalten zu ändern. Dies ist allerdings bei Persönlichkeitsstörungen nicht immer der Fall. Voraussetzung für das Aufsuchen einer Therapie ist oft ein starker subjektiver Leidensdruck. Häufig kommen die Patienten jedoch nicht auf eigene Veranlassung, sondern aufgrund drohender sozialer Konsequenzen (z. B. Trennungsabsicht des Partners).

Bei jeder Form psychotherapeutischer Intervention ist der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut eine vordringliche Aufgabe. Aus den oben dargestellten Besonderheiten von Persönlichkeitsstörungen lässt sich allerdings ableiten, dass der Aufbau bzw. das Beibehalten einer solchen Beziehung für viele Patienten bereits ein kaum

überwindbares Hindernis darstellt. In diesem Fall wird die Therapie oft nach kurzer Zeit abgebrochen.

Der Einsatz von Psychopharmaka ist bisher noch nicht ausreichend untersucht. Ihrem Einsatz kommt meist nur eine unterstützende Bedeutung zu. In der Therapie komorbider psychiatrischer Störungen ist die psychopharmakologische Therapie jedoch häufig unverzichtbar. Dies gilt insbesondere für den Einsatz von Antidepressiva in der Behandlung depressiver Störungen und Angststörungen. Auch der Einsatz von Neuroleptika zur Verminderung psychischer Anspannung kann erwogen werden. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Therapieerfolge in der pharmakologischen Behandlung depressiver Syndrome bei Persönlichkeitsstörungen geringer sind als es bei anderen depressiven Syndromen der Fall ist.

Serotonerge Psychopharmaka können auch in der Therapie von aggressivem bzw. gewalttätigem Verhalten, z. B. im Rahmen dissozialer Persönlichkeitsstörungen, eingesetzt werden. Theoretische Grundlage sind Hypothesen, nach denen der Neurotransmitter Serotonin bei der Impulskontrolle eine relevante Rolle spielen soll. Auch Carbamazepin sowie Lithium wird eine stabilisierende Wirkung in diesem Zusammenhang zugesprochen.

## 5 Sozialanamnese

Der Vater der Patientin habe sich nach ihrer Geburt von der Mutter getrennt und es besteht kein weiterer Kontakt zu ihm. Es folgten weitere Lebenspartner der Mutter an die sie sich heute nicht mehr genau erinnern kann.

Aufgewachsen ist die Patientin in einem kleinen Ort in Westfalen-Lippe, gemeinsam hat sie dort mit ihrer Mutter, dem Bruder, und den Großeltern mütterlicherseits ein Haus bewohnt. Über ihre Kindheit berichtet die Patientin, dass sie im Alter von 7 Jahren von einem Nachbarn sexuell missbraucht wurde. Ein späterer Lebenspartner der Mutter hat sie nahezu täglich verprügelt und sie im Alter von 11 Jahren über einen Zeitraum von fünf Jahren missbraucht. Ihre Mutter und die Großeltern haben davon angeblich nichts mitbekommen.

Im Gespräch wurde deutlich, dass die Mutter der Patientin, die an einer Borderline - Persönlichkeitsstörung erkrankt ist, sehr dominant ist und der Patientin bei eigenen Entscheidungen Vorwürfe macht, so dass die Patientin bei zu treffenden Entscheidungen ständig ambivalente Konflikte ertragen muss.

Ihr Bruder leidet ebenfalls unter einer Borderline - Persönlichkeitsstörung und hatte im Alter von 11 Jahren seinen ersten Suizidversuch gemacht dem im Laufe des letzten Jahres 3 weitere folgten.

Zu den Großeltern habe sie immer einen guten Kontakt gehabt und dort Unterstützung erhalten.

Die Patientin berichtet dass sie schon in der Grundschule von allen Schülern nur gehänselt wurde. Auch gegen tätliche Angriffe der Mitschüler konnte sie sich nicht wehren und hat sie immer nur ertragen ohne sie den Lehren

mitzuteilen. Als sie 8 Jahre alt war wurde ihr Bruder geboren und sie erlebte bei ihrer Mutter nun noch weniger Zuwendung, da sich diese jetzt mehr mit dem Bruder beschäftigte. Auch sagte ihre Mutter ihr immer dass sie Nichts wert sei und alles falsch machen würde. Ein Erlebnis mit der Mutter an das sich die Patientin noch gut erinnert; Bei einer Fahrt über die Autobahn, ist die Mutter an einer Autobahnausfahrt von der Autobahn abgefahren, über eine Landstraße bis zu einer Brücke wo sie anhielt und die Patientin aus dem Auto unter die Brücke setzte. Dort hat sie der Patientin einen Lutscher gegeben und ihr gesagt, dass sie sie in einer Woche wieder abholt. Dann ist sie gefahren und hat die Patientin dort für über eine Stunde alleine gelassen. Als sie sie nach einer Stunde wieder abgeholt hat, hat sie aber die ganze Rückfahrt lang nicht mit ihr geredet.

Nach dem Besuch der Realschule die sie mit einem Hauptschulabschluss abgeschlossen hat begann sie ein freiwilliges soziales Jahr in einer Einrichtung für körperlich und geistig Behinderte, wo sie sich jedoch rasch überfordert gefühlt habe.

Eine Ausbildung habe sie bisher noch nicht angefangen.

Von einem Lebenspartner, zu dem eine Beziehung von einem  $\frac{3}{4}$  Jahr bestanden hat, hat sie einen 2 Jahre alten Sohn. Die Schwangerschaft sei eher ungeplant zustande gekommen. Nachdem sie dem Lebenspartner mitgeteilt hatte, dass sie schwanger sei, verlies sie dieser innerhalb kürzester Zeit.

Bis vor einem halben Jahr hat sie noch bei ihrer Familie gelebt, Mutter und Großmutter hätten sie sehr in der Schwangerschaft unterstützt. Zur Abnabelung von der Mutter sei sie in ein Mutter-Kind-Haus gezogen, um ihr Leben besser alleine zu bewältigen. Jetzt mache sich aber große Sorgen um ihre Mutter, da sie immer eine enge Gesprächspartnerin für diese gewesen sei und außerdem falle jetzt das Kindergeld weg, das die Mutter bisher erhalten habe, solange sie noch bei ihr gewohnt hat.

Die Mutter sei gelernte Fleischfachverkäuferin und jetzt seit zwei Jahren krank geschrieben.

In der Vergangenheit habe sie zweimal (mit 14 Jahren und als sie im 3 Monat Schwanger war) versucht, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen, Anlass seien familiäre Konflikte und zu starke Arbeitsbelastung gewesen. Für Anfang Nov. 02 war durch die Klinik der Beginn eines Praktikums geplant, wozu sie sich jetzt bei ihren starken Stimmungsschwankungen überfordert fühlte und es nicht angetreten hat.

Seid drei Monaten hat sie einen neuen Freund, mit dem sie jetzt über 3 Monate eine Beziehung führt. Sie hat den Wunsch geäußert mit diesem in dessen Wohnung zu ziehen und gemeinsam dort zu wohnen. Da die Patientin noch nicht genug gefestigt ist wurde bezüglich der Versorgungssituation des Sohnes in Absprache mit dem Mutter-Kind-Haus entschieden, dass der Sohn zunächst von der Pflegemutter weiter versorgt wird. Und die Patientin mit ihrem neuen Freund erstmal 4 Wochen auf Probe in dessen Wohnung zieht. Sollte dieses zu Problemen führen und die Patientin überlasten, wird eine andere betreute Wohnform gesucht.

## 6 Spezielles Krankheitsbild

Die Patientin berichtet über einen Voraufenthalt 2001 in der Psychiatrischen Klinik in Lübbecke, dort sei eine unreife asthenische bzw. abhängige Persönlichkeit diagnostiziert worden. Sie stehe für eine spezielle Therapie auf der Warteliste der Klinik.

Durch die ständige Ablehnung die bereits in der Grundschule begonnen hat und in der familiären Situation auch noch vertieft wurde, war es ihr nicht möglich Verständnis oder Anerkennung zu finden. Im Alter von 8 Jahre wurde ihr Bruder geboren und sie erlebte bei ihrer Mutter das Zuwendung nur an andere weitergegeben wurde, aber nicht an sie. Die Äußerungen der Mutter ihr gegenüber „Nichts wert zu sein“ und alles falsch zu machen waren ein schreckliches Erlebnis das nicht enden wollte für sie. Hinzu kam das der Lebensgefährte der Mutter sie schlug und missbrauchte. Sie fand keine körperliche Nähe, sondern nur die Ablehnung und das „benutzt werden“.

Nach ihrem bestandenen Hauptschulabschluss hat die Patientin ein freiwilliges soziales Jahr in einer Einrichtung für körperlich und geistig Behinderte begonnen. Dort hat sie sich rasch überfordert gefühlt. Eine Ausbildung habe sie bisher noch nicht angefangen, da sie sich den Anforderungen nicht gewachsen gefühlt habe. Die Patientin berichtet, sie verspüre seit einem halben Jahr zunehmend das Gefühl von Überlastung und leide unter erheblichen Stimmungseinbrüchen mit autoaggressiven Impulsen, die sie zum Teil auch durchsetze wie z.B. Schlagen des Kopfes gegen die Wand oder Reiben harter Gegenstände an der Knochenhaut der Unterarme.

Da sie sich den Schritt in die Selbständigkeit sehr gewünscht habe, habe sie Unterstützung beim Jugendamt gesucht und sei ins Mutter-Kind-Haus gezogen. Dort werde jetzt zunehmend deutlich, dass sie den Säugling noch nicht so kompetent alleine versorgen könne, zeitweise habe sie aggressive Gefühle dem Kind gegenüber (habe ihm jedoch niemals wehgetan) und fühle sich zeitweise so überfordert und überlastet, dass Suizidgedanken auftreten.

## 7 Befunderhebung des Patienten

### 7.1 *Ersteindruck*

Zu Beginn meines Praktikums kam die Patientin ambulant zum Bürotraining. Meine Anleiterin stellte mich der Patientin vor und teilte ihr mit, dass ich in den nächsten 11 Wochen mein Ergotherapie-Praktikum im Bürotrainingsbereich ableisten würde.

Sie wirkte auf mich wach und voll orientiert. Der Gesichtsausdruck und die Körperhaltung waren ungestört. Auf Ansprache reagierte sie angepasst. Sie sprach zögerlich und drückte sich sehr einfach strukturiert aus. Der Antrieb erschien reduziert, das Verhalten war aber durchgehend kooperativ und zugewandt. Sie ist ca. 168 cm groß und wiegt ca.95 kg. Sie trug saubere, gepflegte aber nicht sehr modische Kleidung.



## **7.2 Fähigkeiten AdL selbständig durchführen zu können:**

Die Patientin bewohnt zurzeit mit ihrem Sohn ein Zimmer im Mutter-Kind-Haus. Dort steht eine Tagesmutter für die Zeit bereit in der die Patientin bei der ambulanten Ergotherapie ist. Eine Bezugssozialarbeiterin des Mutter-Kind-Hauses achtet auf die Pflegesituation des Kindes. Zu den Therapieeinheiten erscheint die Patientin stets pünktlich und in ordentlicher, unauffälliger Kleidung. Nach meinen eigenen Beobachtungen achtet die Patientin auf ihre Körperhygiene.

## **7.3 Motorisch - funktioneller Befund:**

Die Patientin hat eine gute Feinmotorik, d.h. es ist ihr möglich, zu tippen, zu schreiben oder auch kleine Flyer exakt zu falten. Auch ihre Grobmotorik ist, soweit ich das im Bürotraining beobachten kann, nicht eingeschränkt. Ihre Koordination ist ebenfalls normal. Das Gangbild und die Körperhaltung sind unauffällig.

## **7.4 Neuropsychologischer Befund:**

ohne Befund

## **7.5 neuropsychologischer Befund:**

ohne Befund

## **7.6 perceptiver Befund**

ohne Befund

## **7.7 geistig-intellektueller Befund**

Die Patientin hat einen Hauptschulabschluss. In den Bereichen Lesen, Schreiben, Rechnen konnte ich keine Beeinträchtigungen feststellen. Es ist ihr möglich Texte fehlerfrei zu lesen und zu schreiben und Grundrechenaufgaben schriftlich zu lösen.

Ihre Sprache ist zögerlich und sehr einfach strukturiert.

## **7.8 Psychischer Befund**

Im WZPP Paderborn wird im Bereich Arbeitstherapie nach MELBA befundet. Da mir die fachlichen Grundlagen noch fehlen, habe ich mich bei der Aufteilung des Befundes nach dem Coming-Kreis orientiert.

### **7.8.1 Elementare Fähigkeiten:**

Die Patientin erscheint meist pünktlich zum Bürotraining. Hier bearbeitet sie mit Ausdauer die gestellten Aufgaben. Es ist ihr möglich mündlich gegebene

Arbeitsabläufe oder Arbeitsanleitungen umzusetzen. Auch bei schwierigen Aufgaben (Mathematik) ist ihr Durchhaltevermögen – abhängig von der Stimmung- meist gut und sie gibt nicht so schnell auf.

Die Konzentration ist stark abhängig von ihrer Stimmungslage sowie der Tätigkeit. Bei guter Stimmung kann sie sich über einen Zeitraum von 40 - 50 Minuten gut konzentrieren. Dabei ist ihre Sorgfalt gut. An Tagen an denen sie schlechter Stimmung ist gelingt ihr zum Teil nur wenig. Auch Auffassung und Gedächtnis sind stark stimmungs- und tätigkeitsabhängig.

Ihre Umstellungsfähigkeit ist im Durchschnitt und sie kann sich leicht auf neue Dinge einlassen. Das Arbeitstempo ist gemessen an anderen Mitpatienten gut. Sie ist bedingt belastbar. Wenn Arbeitsaufträge unter Zeitdruck aufgeführt werden sollen, wird sie schnell nervös. Auch benötigt sie Rückmeldung über die erledigten Arbeiten und orientiert sich an den Therapeuten.

### **7.8.2 Emotionale Fähigkeiten:**

Zu Beginn der Therapiezeit benötigt sie selten Anweisungen welche Arbeiten erledigt werden müssen, an manchen Tagen ist sie auch in der Lage Eigeninitiative zu entwickeln und sich „ihre“ Aufgabe selbst auszusuchen. Ihr Antrieb ist etwas verringert und sie benötigt manchmal eine Aufforderung die begonnene Arbeit abzuschließen.

Ihre Motivation ist im Bereich Bürotraining hoch und sie erledigt die Arbeiten am Computer offensichtlich gerne.

Sie ist immer bereit Neues zu erlernen. So kann man auf ihre Lernbereitschaft schließen. Ihre Stimmung schwankt an manchen Tagen und sie berichtet über Auseinandersetzungen mit anderen Frauen im Mutter-Kind-Haus die sie dann oft den ganzen Tag noch beschäftigen. Sie lebt und erlebt also Freude und Wut und ist in der Lage ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen.

Auch der Umgang mit Ängsten ist ihr nicht fremd, so kann sie über ihre Sorgen mit dem weiteren Lebensverlauf für sich und ihr Kind sprechen. Ihr Verhalten zu Therapeuten und Mitpatienten ist stets einwandfrei und sie bewahrt die nötige Distanz.

Ihre Frustrationstoleranz ist an Tagen an denen sie „nicht gut drauf ist“ wie bei allen Menschen nicht sehr hoch, sonst aber angemessen.

### **7.8.3 Bereich des Selbstbildes:**

Die Patientin ist nicht in der Lage sich selbst objektiv zu beschreiben. Ihre Selbstwahrnehmung leidet sehr unter ihrer Erkrankung. So sieht sie sich als unattraktiv und hässlich. So ist ihr Selbstvertrauen eher gering und sie benötigt oft anerkennende Worte für ihre erbrachten Arbeiten.

Erlernte Arbeitsschritte kann sie selbständig erledigen. Ihre Eigenverantwortung ist herabgesetzt und aus Gesprächen die ich mit ihr führte geht hervor dass sie keine reale Selbsteinschätzung besitzt, sondern sich als minderwertig und

erfolglos sieht und dies von ihrer Mutter auch oft gehört hat.  
Ihr äußeres Erscheinungsbild ist ehr unauffällig, gepflegt und sauber.

#### **7.8.4 Soziale Fähigkeiten:**

Im Kontakt zu anderen Mitpatienten ist sie aufgeschlossen. Sie ist im Bereich Bürotraining kooperationsfähig und angepasst. Ihre Durchsetzungsfähigkeit bei eigenen Wünschen und Bedürfnissen ist ehr gering und nicht sehr ausgeprägt. Sie äußert selten verbal Wünsche. An ihrer Mimik kann man aber ihre Wünsche, Frustration oder Wut ablesen. Es ist ihr auch nicht möglich verbal Kritik zu üben oder Kritik zu ertragen. Sie wirkt dann als wenn sie gleich anfängt zu weinen. Auch neigt sie dazu Rücksicht und Toleranz anderen gegenüber zu übertreiben ohne auf ihre eigenen Wünsche einzugehen oder sie zu äußern. Ihre Entscheidungsfähigkeit ist nicht sehr ausgeprägt, so überlässt sie Entscheidungen gerne anderen. Im Bürotraining erledigt sie ihre Arbeiten aber sehr zuverlässig und freut sich über die Anerkennung die sie dafür erhält.

## **8 Befundzusammenfassung und Befundbewertung**

Die größten Auffälligkeiten liegen im Bereich des Selbstbilds. Ihr schlechtes Selbstbewusstsein und -vertrauen haben ihren Weg in die Selbständigkeit erschwert. Nur wenn sie Selbstsicherheit und soziale Kompetenzen erlangt, wird sie in der Lage sein selbständig zu leben ohne von jemandem abhängig zu sein.

Ebenso wichtig ist die Förderung der Grundarbeitsfähigkeit. Für eine berufliche Rehabilitation die zu mehr Selbständigkeit führt, benötigt sie eine ausreichende Stabilität. Sie sollte auch für die weiteren Erziehungsaufgaben ihrem Sohn gegenüber die Hilfe des Mutter-Kind-Hauses in Anspruch nehmen.

## **9 Therapieziele**

### **9.1 Rehazielle:**

- ✍ Aufnahme der geplanten Reha Maßnahme im BZM im Februar 2004
- ✍ Selbständigkeit in ADL unter anderem zur besseren Ablösung von der Mutter

### **9.2 Grobziele:**

- ✍ Verbesserung der sozialen Kompetenzen
- ✍ Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten

### **9.3 Feinziele:**

- ✍ Verbesserung von Konzentration, Lernfähigkeit, Ausdauer und Pünktlichkeit
- ✍ Schaffung von Selbstvertrauen

- ✍ Herbeiführen von Erfolgserlebnissen
- ✍ Äußern und Durchsetzen von Wünschen
- ✍ Förderung der Frustrationstoleranz

## 10 Therapiemedien

- ✍ PC ( Word, Excel, PowerPoint, Cog pack, Tipp training)
- ✍ Schreib- und Rechenübungen
- ✍ Kopierarbeiten, Faltarbeiten, etc.

## 11 Behandlungsverlauf:

Die Patientin kommt regelmäßig an 1 Tag pro Woche für einen Block a 75 Minuten und an 2 Tagen pro Woche für zwei Blöcke a 75 Minuten zum Bürotraining. Sie nimmt die Termine gern und gewissenhaft wahr. Als ich mein Praktikum begann, war die Patientin schon im Bürotrainingsbereich. Ich wurde von meiner Anleiterin vorgestellt und hatte bald die Möglichkeit der Patientin meine Situation als Praktikant zu erklären. Als ich sie nach acht Wochen fragte, ob sie bereit sei, sich als Kandidatin für meinen Bericht zur Verfügung zu stellen, willigte sie sofort ein. Durch diese Entscheidung intensivierte sich unser Verhältnis. Seitdem leitete ich während ihrer Anwesenheit die Therapie selbständiger.

### 11.1 Therapieeinheit am 23.10.2003 zweiter Block

#### Zielsetzung

Verbesserung von Konzentration, Lernfähigkeit und Ausdauer  
Schaffung von Erfolgserlebnissen und Anerkennung

#### Verlauf

Die Patientin erschien wie gewohnt pünktlich zum Bürotraining. Ihr wurde von mir ein Textblatt mit sehr kleiner Schriftart zum Bearbeiten gegeben. Der Text war so klein geschrieben, dass es nötig war sich sehr stark zu konzentrieren um ihn zu lesen. Die Patientin schrieb den Text ab und bearbeitete ihn dann weiter um das Erscheinungsbild anzupassen. Dieses gelang ihr so gut, dass sie sehr zufrieden mit ihrer Leistung war. Bei der Kontrolle ihrer erledigten Arbeit lobte ich sie für das gute Arbeitsergebnis.

#### Auswertung:

Durch die kleine Schrift wurde die Patientin gezwungen sich über einen Zeitraum von ca. 35 Minuten stark zu konzentrieren. Dies gelang ihr gut und sie machte keine Fehler. Ihr Arbeitsergebnis war ordentlich und

richtig formatiert, so erhielt sie die Anerkennung für ihre geleistete Arbeit, was ihr Selbstvertrauen stärkte.

## **11.2 Therapieeinheit am 24.10.2003 erster Block**

### **Zielsetzung**

Schaffung von Erfolgserlebnissen und Anerkennung  
Äußern und Durchsetzen von Wünschen

### **Verlauf**

Als die Patientin zum Bürotraining erschien waren schon alle PC-Arbeitsplätze besetzt. Ich fragte sie nach ihren Wünschen, welche Arbeiten sie gerne erledigen wollte. Sie äußerte den Wunsch wieder am PC-Arbeitsplatz zu arbeiten. Da alle Plätze besetzt waren forderte ich sie auf mit einem Mitpatienten zu tauschen, diesen Tausch aber selbst zu organisieren. Sie wand sich also selbstständig an einen Mitpatienten und vereinbarte mit ihm die Nutzung des Computers. Sie fanden gemeinsam den Kompromiss die Zeit der Therapieeinheit am PC-Arbeitsplatz zu teilen. Als die Patientin an der Reihe war, erledigte sie den noch ausstehenden Arbeitsauftrag.

### **Auswertung:**

Durch die eigene Absprache mit dem Mitpatienten ist es der Patientin gelungen ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen. Das hat ihr ein Erfolgserlebnis verschafft. Die Anerkennung für den erledigten Arbeitsauftrag hat sie später von mir erhalten.

## **11.3 Therapieeinheit am 24.10.2003 zweiter Block**

### **Zielsetzung**

Schaffung von Erfolgserlebnissen und Anerkennung  
Äußern und Durchsetzen von Wünschen

### **Verlauf**

Auch zu dieser Therapieeinheit waren die PC-Arbeitsplätze alle besetzt. So wurde die Patientin wieder gezwungen eine Absprache mit einem anderen Patienten zu treffen, was ihr diesmal auch schon viel leichter viel. Am PC-Arbeitsplatz begann sie dann zügig ihre Arbeitsaufträge zu bearbeiten.

### **Auswertung:**

Durch das wiederholte selbstständige Äußern und Durchsetzen ihrer Wünsche hatte die Patientin wieder ein Erfolgserlebnis und gelernt,

dass man nur durch Eigeninitiative etwas erreichen kann.

## 12 Ausblick

Durch eine Stärkung des Selbstbilds und des Selbstbewusstseins sollte es der Patientin immer weiter möglich sein, ihren Lebensweg selbst zu gestalten. Sicherlich wird sie dazu noch viel Hilfe von außen benötigen. Auch werden Rückschläge z.B. bezüglich Beziehungsproblemen, usw. ihren Weg begleiten.

Eine spätere Integration in das Berufsleben sollte mit Hilfe des BZM's möglicher werden. Dort hat die Patientin die Möglichkeit die in der Therapie erlernte Verhaltensweisen und Fähigkeiten zu erproben und Rückantwort zu erhalten. Ich traue ihr durchaus zu eine Ausbildung zu bewältigen.

Den ersten Schritt in Fragen der Erziehungsaufgaben ihrem Sohn gegenüber hat sie bereits unternommen, indem sie in ein Mutter-Kind-Haus gezogen ist. Dort wird sie die benötigte Hilfe und Unterstützung erhalten die sie noch braucht.

Ich habe die Patientin jetzt über einen Zeitraum von ca. 8 Wochen auf ihrem Therapieweg begleitet und glaube das sie die „Weichen“ für ihr Leben richtig gestellt hat und wünsche ihr gute Erfolge dabei, denn sie hat es wirklich verdient.

## 13 Reflexion des Praktikums

Da ich mir durch den Unterricht in der Schule im Vorhinein kein richtiges Bild von der berufsbezogenen Ergotherapie machen konnte und sie irgendwie immer noch meistens als ungeliebtes Stiefkind behandelt wird, begann ich mein Praktikum nicht mit der Erwartung, besonderen Gefallen daran zu finden. Sehr erfreut war ich dann zunächst über die freundliche Aufnahme durch die Anleiterin. Und innerhalb von wenigen Tagen realisierte ich, dass die Arbeit unter zweierlei Hinsicht sehr zufrieden stellend war. Im Bürotrainingsbereich des WKPP Paderborn sind die meisten Patienten nicht so sehr von akuten Symptomen außer Gefecht gesetzt und die Arbeit ist größtenteils sehr nah an dem realen Leben nach dem Klinikaufenthalt orientiert.

Mit der Anleitung war ich außerordentlich zufrieden, weil mir meine Anleiterin auf meine Fragen hin immer weiterhalf und mir durch ihre Akzeptanz den Freiraum ließ, sehr schnell selber Erfahrungen im Umgang mit den Patienten zu sammeln. Mir wurde für drei Tage sogar in einer Vertretungssituation die Leitung des Bürotrainings überlassen. Hierfür möchte ich mich nochmals bei meiner Anleiterin für das entgegengebrachte Vertrauen bedanken. Selbst in diesen drei Tagen habe ich das Arbeiten im Bürotraining als sehr angenehm empfunden. Ich bin immer sehr gerne zur Arbeit im WZPP Paderborn erschienen. Die Betreuung durch den Dozenten der Schule fand in entspannter Atmosphäre statt. Leider wurde ich durch den Urlaub meiner Anleiterin dazu gezwungen meinen Bericht sehr früh zu schreiben, so dass mir nach meinem Empfinden viel zu wenig Zeit blieb mich richtig auf die Patientin einzustellen.

Meine Erfahrungen gingen dahin, den Patienten mit weniger des typischen Patienten/Therapeuten-Gefälles zu begegnen, ohne die nötige Distanz zu vergessen. Dies führte zu einer lockeren und entspannten Umgangsform während den Therapieeinheiten. Auf diese Weise – so finde ich – lässt sich eher die Achtung vor dem Mitmenschen empfinden. Diese Haltung wurde mir besonders durch die Symptomarmut der Patienten leicht gemacht. Ich sah sie oft als Mensch wie Du und Ich. Fachlich beschäftige ich mich mit der Abgrenzung zwischen pädagogischer Tätigkeit (den Patienten ein Computerprogramm beibringen) und echten therapeutischen Wirken. Ich fühlte mich von den Patienten in meiner Rolle als Praktikant gut akzeptiert und bemühte mich meinerseits, Arbeitsanweisungen zu begründen und ohne Druck anzubringen.

Glücklicherweise gab es nur wenige Patienten, bei denen ich mich zurücknehmen musste. Natürlich erlebte ich dennoch, dass mir einige Patienten sympathischer waren als andere. Darüber hinaus sind mir regelrechte Schwierigkeiten von nennenswertem Ausmaß nicht bewusst. Ich kann mir gut vorstellen, in diesem Bereich zu arbeiten. Die Kombination von privaten Interessen (Arbeiten am Computer) und dem Arbeiten als Therapeut hat mir sehr gut gefallen. Ich möchte mich noch mal bei meiner Anleiterin für ihre Mühen und die investierte Zeit bedanken, mir die praktische Arbeit am Patienten näher zu bringen.

## **14 Planung der Sichtstunde**

### **14.1 Maßnahme:**

Den Umgang mit WordArt erlernen.

### **14.2 Ziele:**

Erlernen einer neuen Funktion, um Kenntnisse am PC zu erweitern, Konzentration und Merkfähigkeit zu trainieren und Vermitteln eines Erfolgserlebnisses.

### **14.3 Zeitliche Planung:**

2 Minuten	Begrüßung
10 Minuten	Vorstellen und Erklären einer neuen Funktion
20-30 Minuten	Text auf dem PC erstellen mit WordArt nach Vorlage
5 Minuten	Reflexion und Besprechen des weiteren Vorgehens

Die von mir genannten Zeitangaben sind nur als ca.-Angaben zu verstehen, da ich eine genaue Zeitplanung von der Entwicklung der Therapie abhängig machen werde behalte ich mir Änderungen vor.

#### **14.4 Arbeitsplatzgestaltung:**

Das Bürotraining im WZPP ist Bestandteil der Arbeitstherapie. Es findet in einem abgeschlossenen, hellen und freundlichen Raum statt, der gut belüftet werden kann. Zu starke Sonneneinstrahlung kann durch Rollos verhindert werden, damit die Sicht auf den Bildschirmen nicht durch Reflexionen behindert wird.

Die 10 Arbeitsplätze sind jeder für sich übersichtlich gestaltet. Nur die jeweils benötigten Materialien liegen ordentlich auf den Schreibtischen.

Die Arbeitsmaterialien, die nicht ständig im Gebrauch sind, befinden sich in mehreren Schränken. Sämtliche Konzentrationsübungen stehen geordnet in einem der Raumteiler, während die Unterlagen und Akten der Übungsfirma in einem anderen Regal untergebracht sind. Jeder Patient besitzt seinen eigenen Ordner, indem er seine Übungen abheften kann. Diese sind in einem separaten Schrank abgestellt. Alle diese erwähnten Ordner sind für die Patienten zugänglich. Alle Bürostühle sind individuell in Sitzhöhe und Neigung der Rückenlehne einzustellen.

#### **14.5 Verlauf der Behandlung:**

Bevor ich mit der Sichtstunde beginne, werde ich meinen Dozenten den Anwesenden vorstellen.

Zu Beginn des Therapieblocks werde ich, wenn es erforderlich ist, den anderen Patienten ihren Arbeitsplatz und ihre Aufgabe zuteilen. In der Regel sollen sich die Patienten ihre Aufgabe und somit ihren Arbeitsplatz selber aussuchen. Wenn alle PC-Arbeitsplätze besetzt sind, sollen sie lernen, Kompromisse einzugehen, z.B. dass sie nach der Pause die Arbeitsplätze tauschen. Da die Sichtstunde im 3. Block ist, wird die Patientin den PC bereits eingeschaltet vorfinden.

Sollten alle PC-Arbeitsplätze besetzt sein, werde ich einen Patienten darum bitten, einen anderen Arbeitsplatz auszusuchen. Ich werde ihm erklären, daß ich heute eine Sichtstunde habe und diesen Arbeitsplatz dafür benötige.

Während der Sichtstunde stehe ich allen Patienten zur Verfügung. Wenn jemand meine Hilfe benötigt, werde ich ihm helfen oder ich sage ihm, daß es einen Moment dauert, da ich einen Arbeitsschritt oder Ähnliches erst zu Ende erkläre. Zuerst erkundige ich mich nach dem Befinden der Patientin. Danach werde ich ihr WordArt vorstellen. Als erstes werde ich ihr zeigen, wie das Programm geöffnet wird und an Hand eines Beispiels zeigen, wie man damit arbeitet und Texte formatiert. Wenn ich das Gefühl habe, dass sie es verstanden hat, werde ich ihr eine Aufgabe geben, um mit diesem Programm zu arbeiten und es kennen zu lernen.

Wenn sie dabei Schwierigkeiten oder Fragen hat, werde ich ihr nur kleine Tipps geben, damit sie dann alleine weiter kommt.

Während der Sichtstunde werde ich die Patientin bei richtig erarbeiteten Aufgaben loben. Dadurch wird ihr Selbstwertgefühl gesteigert. Bevor die Sichtstunde beendet wird, reflektiere ich mit der Patientin die Sichtstunde. Ich behalte mir vor,



den Verlauf und den Inhalt der Therapiestunde zu verändern, sollte es die jeweilige Situation erfordern.

#### **14.6 Funktion des Therapeuten / Praktikanten:**

In meiner Funktion als Therapeut werde ich die Patientin, mit ihrer Gruppe durch die Therapie führen. Meine Rolle gestaltet sich je nach den Phasen der Therapieeinheit bei neuen Arbeitsinhalten mehr aktiv, indem ich erkläre, beschreibe und Tipps zur Erleichterung von Arbeitsschritten gebe. Während der gesamten Zeit stehe ich für Fragen zur Verfügung und gebe Hilfestellungen, wenn diese benötigt werden.

Bei den Gesprächen liegt es an mir, wo ich die Schwerpunkte setze (motivierend, strukturierend, korrigierend, reflektierend, private Ebene,...). Arbeiten die Patienten selbständig, beschränkt sich meine Rolle auf das Beobachten von Arbeitsabläufen. Eingreifen werde ich dann nur bei deutlich sichtbaren Problemen.

### **15 Literaturliste**

Derendorf, Dr. Hartmut; Schmidt, Dr. Michael: Arzneimittelkunde. 6. neu bearbeitete Auflage Stuttgart: Deutscher Apotheker, 1998

Dilling, Dr. Horst; Reimer, Dr. Christian: Psychiatrie und Psychotherapie 3. komplett überarbeitete Auflage Berlin: Springer 1997

Rahn, Ewald; Mahnkopf, Angela: Lehrbuch Psychiatrie: für Studium und Beruf 2. Auflage Bonn: Psychiatrie, 2000

Scheiber, Ingrid: Ergotherapie in der Psychiatrie 2. Auflage Köln: Stamm 1995

Dogs, Christian, Maurer, Wolf-Jürgen: Naturheilverfahren und Psychosomatik. 2. Auflage Stuttgart: Hippokrates 1999

Duden, Das Fremdwörterbuch. 12 Auflage Langenscheid Brockhaus 2001