

Berufsbildende Schulen III  
Berufsfachschule Ergotherapie  
Bahnhofsstraße 9/10  
29221 Celle

# **Ergotherapeutischer Behandlungsbericht**

im Rahmen der fachpraktischen Ausbildung zur Ergotherapeutin

**Schülerin:** Natalie Uzar

**Fachbereich:** Arbeitstherapie

**Einrichtung:** Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Rohdehof 3  
30853 Langenhagen

**Zeitraum:** 18.08.2003 bis 24.10.2003

# Inhaltsverzeichnis

<b>A.1</b>	Die persönlichen Daten	2
<b>A.2</b>	Die Biografie	2
<b>A.3</b>	Arbeits- und Berufsbiografie	3
<b>A.4</b>	Die Erkrankung	3
<b>B.1</b>	Die Familie/ Das Umfeld	3
<b>B.2</b>	Die aktuelle berufliche Situation	4
<b>B.3</b>	Das Rehabilitationsziel	4
<b>B.4</b>	Andere Therapien	4
<b>C.</b>	<b>Die gesundheitliche Situation</b>	<b>4</b>
<b>C.1</b>	Persönlicher Eindruck	4
<b>C.2</b>	Allgemeinzustand	5
<b>C.3</b>	<b>Psychische Situation</b>	5
	Verhalten zu Mitpatienten und Therapeuten	5
	Symptome / Störungen und Verhaltensauffälligkeiten	6
	? Affektiver Bereich	6
	? Kognitiver Bereich	7
	? Sozioemotionaler Bereich	8
	? Psychomotorischer Bereich	9
	? Lebenspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten	10
<b>D.1</b>	<b>Die Ergotherapie</b>	<b>10</b>
	Die aktuelle Situation in der Arbeitstherapie	10
	Die Zielsetzung	11
	Das ergotherapeutische Vorgehen	11
<b>D.2</b>	<b>Die Prognose</b>	<b>13</b>
	<b>Die Befunderhebung</b>	<b>13</b>
	<b>Quellenangaben</b>	<b>13</b>

## **A. 1 Die persönlichen Daten**

Name: Herr X

Alter: 23 Jahre

Geschlecht: männlich

Wohnort: Großstadt in Niedersachsen

Familienstand: ledig

Beruf: keine abgeschlossene Berufsausbildung

Diagnose: Persönlichkeitsstörung mit emotional- instabilen Zügen und sozialen Ängsten

## **A.2 Die Biografie**

### **Soziale Herkunft**

Herr X ist in Ostdeutschland geboren und aufgewachsen. 1989 ist er mit seiner Mutter und seinem Stiefvater in eine Stadt in Niedersachsen gezogen. Darüber, ob Herr X seinen leiblichen Vater kennt und ob er noch Kontakt zu ihm hat, ist mir nichts bekannt.

Mit 10 Jahren ist er in eine Wohngemeinschaft gezogen, weil er mit seinen Eltern nicht zurecht kam. In der Wohngemeinschaft war rund um die Uhr eine Betreuung vorhanden. Insgesamt wohnte Herr X in drei unterschiedlichen Wohngemeinschaften. In der letzten Wohngemeinschaft ist er nach eigenen Angaben hinausgeworfen worden, weil er zuviel Ärger gemacht hat.

Seit ungefähr drei Jahren wohnt Herr X in einer eigenen Wohnung und wird von „beta `89“<sup>1</sup> betreut.

Zu seinen Eltern hat Herr X nach eigenen Angaben noch Kontakt, welcher sich jedoch auf ungefähr 20 Mal im Jahr beschränkt.

Herr X hat einen 18 jährigen Bruder und eine Zwillingsschwester, welche er jedoch nicht kennengelernt hat, weil beide kurz nach der Geburt weggegeben wurden.

---

<sup>1</sup> „Beta `89“ ist ein Verein für betreutes Wohnen, Tagesstrukturierung und Zuverdienstarbeit psychisch gesunder Menschen. Auch eine Tagesstätte gehört zum Verein. „Beta `89“ bietet beispielsweise ambulante Unterstützung bei der Wohnungspflege, Krisenbewältigung, Beratung und Begleitung bei Inanspruchnahme sozialer, therapeutischer oder medizinischer Hilfen und Beratung im Umgang mit Finanzen. Außerdem unterstützt er die (Wieder)-Eingliederung in das Arbeitsleben.

### **A.3 Arbeits- und Berufsbiografie**

Herr X hat die Sonderschule bis zur 9. Klasse besucht und diese mit einem Hauptschulabschluss abgeschlossen. Aus der Akte konnte ich entnehmen, dass Herr X in der Schule Schwierigkeiten hatte mit den Lehrern zurecht zu kommen.

Nach seinem Schulabschluss hat er eine Tischlerlehre begonnen, welche er jedoch nach 1½ Jahren abgebrochen hat. Als Grund für den Abbruch nannte Herr X Stress mit den Lehrern; seine Noten seien jedoch gut gewesen und er würde den Abbruch mittlerweile bereuen.

Seit dem Abbruch seiner Ausbildung vor ungefähr 3 Jahren ist Herr X arbeitslos gemeldet.

### **A.4 Die Erkrankung**

Aus der Akte konnte ich entnehmen, dass Herr X sich seit ungefähr 2½ Jahren in ambulanter ärztlicher Behandlung für psychiatrische Gesprächstherapie befindet.

Von Anfang Juli dieses Jahres bis Mitte September machte Herr X freiwillig einen stationären Aufenthalt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Ambulanz hatte ihm dazu geraten, da er Schwierigkeiten hatte seine Gefühle zu kontrollieren, so dass es häufig zu tätlichen Auseinandersetzungen kam. Dies war sein erster stationärer Aufenthalt.

Seit dem 12. September wohnt Herr X wieder in seiner Wohnung und nimmt ambulant weiter an der Arbeitstherapie und Gesprächstherapie teil.

Weitere Aussagen über Herrn X Erkrankung (Ausbruch, Vorboten, Begründungsversuche des Patienten) sind weder aus der Akte noch aus anderen Quellen ersichtlich.

### **B.1 Die Familie/ Das Umfeld**

Herr X hat seit 1½ Jahren eine gleichaltrige Freundin, welche während seines stationären Aufenthaltes zu ihm gezogen ist. Über das Verhältnis zwischen ihm und seiner Freundin habe ich von Herrn X keine Informationen erhalten.

Mit seiner Betreuerin, einer Sozialarbeiterin, trifft er sich zwei Mal die Woche. In welchen Bereichen ihre Unterstützung erfolgt, habe ich von Herrn X nicht erfahren können. Ich vermute jedoch, dass er Beratung und Begleitung bei Inanspruchnahme sozialer, therapeutischer oder medizinischer Hilfen und Beratung im Umgang mit Finanzen erhält.

Seine Freizeit verbringt Herr X mit der Clique, ein paar Freunden aus der letzten Wohngemeinschaft. Meistens treffen sie sich in seiner Wohnung und spielen Computerspiele.

Als weitere Hobbies nannte Herr X Fahrrad fahren und Schwimmen. Der Akte konnte ich

entnehmen, dass Herr X in seiner Freizeit außer Computerspielen nicht viel mit sich anfangen kann.

Für seinen Lebensunterhalt kommen das Arbeitsamt und das Sozialamt auf.

## **B.2 Die aktuelle berufliche Situation**

Herr X kommt zur Zeit Nachmittags drei Mal die Woche für eine Einheit in die Arbeitstherapie und ich führe mit ihm IDA (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten) durch.

Herr X hat keine Arbeit und ist zur Zeit arbeitslos gemeldet.

## **B.3 Das Rehabilitationsziel**

Beginn einer Ausbildung

## **B.4 Andere Therapien**

Weitere Therapien sind mir nicht bekannt. Über eine Medikation ist aus den Akten und aus anderen Quellen nichts ersichtlich.

## **C. Die gesundheitliche Situation**

### **C.1 Persönlicher Eindruck**

#### *Das Äußere Erscheinungsbild*

Herr X ist ca. 1,70 m groß. Er hat schwarze kurze Haare, macht einen gepflegten Eindruck und trägt der Situation angemessene, vom Stil her sportliche Kleidung.

#### *Das Ausdrucksverhalten*

Die Körperhaltung von Herrn X ist eher hypoton, die Schultern fallen leicht nach vorne und seine Arme hängen meist schlaff neben dem Körper. Seine Bewegungen sind eher zaghaft und langsam als schnell und ausladend. Im Sitzen stützt er seinen Kopf meist mit der Hand ab.

Herr X spricht klar und deutlich, die Stimme ist von normaler Lautstärke. Der Klang seiner Stimme drückt seine jeweilige emotionale Verfassung aus. So wird sie beispielsweise lauter, wenn er sich ärgert. Herr X spricht in einfachen, kurzen Sätzen und eher langsam.

In Gesprächen nimmt er Blickkontakt mit seinem Gesprächspartner auf. Der Blickkontakt ist phasenweise starrend und wird meist von einem herausfordernden Lächeln begleitet, indem er beispielsweise grinst und seine Augenbrauen hochzieht.

Außerhalb von Gesprächen ist bei Herrn X wenig Mimik zu verzeichnen.

## **C.2        Allgemeinzustand**

Herr X befindet sich in einer guten körperlichen Verfassung.

## **C.3        Psychische Situation**

Auf den ersten Blick erscheint Herr X psychische Situation stabil. Er wirkt lediglich etwas unsicher. In der folgenden Befunderhebung kann man sich ein genaueres Bild über Herr X Fähigkeiten und Defizite machen, welches die psychische Situation beinhaltet.

### **Verhalten zu Mitpatienten und Therapeuten**

Im Kontakt wirkt Herr X verschlossen. Er zieht sich viel zurück und nimmt von sich aus kaum Kontakt zu Therapeuten auf. So holt er sich beispielsweise bei auftretenden Problemen in der Holzwerkstatt selten selbstständig Hilfestellung, sondern wartet bis ein Therapeut ihn anspricht. Auf Fragestellungen antwortet Herr X so kurz und knapp wie möglich, so dass es zu keinem Gespräch kommt.

Zu den Patienten hat Herr X bis jetzt kaum Kontakte geknüpft, was sicher auch daran liegt, dass er erst seit kurzem in der Arbeitstherapie ist. Er wirkt auf den ersten Blick introvertiert, er arbeitet meist für sich allein in einer Ecke und nimmt kaum an Gesprächen teil. Ich konnte jedoch beobachten, dass er sich, wenn er sich unbeobachtet fühlt, also keine Therapeuten in der Nähe sind, an Gesprächen beteiligt.

## **Symptome / Störungen und Verhaltensauffälligkeiten**

### ***Affektiver Bereich***

Herr X zeigt ein gesteigertes Selbstbild. Seine Selbsteinschätzung entspricht nicht seinen tatsächlichen Fähigkeiten. Sie und sein Verhalten wirken wie ein Schutz und eine Maske, um seine Grenzen nicht zugeben und angehen zu müssen. Aus meiner Beobachtung wurde deutlich, dass er sich dazu sehr ausgeprägte Vermeidungsstrategien angeeignet hat.

Die übersteigerte Selbsteinschätzung wird dadurch deutlich, dass er in der Arbeitstherapie den Anschein gibt, als ob er alles könnte, was er durch Äußerungen wie: „Das ist für mich überhaupt kein Problem.“ verdeutlicht.

Dies war beispielsweise der Fall, als ich ihn fragte, warum er sein Holzstück nicht aussägen wolle und ich ihm meine Unterstützung anbot. Er antwortete mir, dass er keine Unterstützung bräuchte, er würde nur eine kleine Pause benötigen und außerdem bereite ihm die Arbeit an den Maschinen keine Probleme. Ich konnte jedoch mehrmals beobachten, dass er sich nicht so gut mit den Maschinen auskennt, wie er es behauptet hatte und wie man es nach einer angefangenen Tischlerlehre erwarten würde.

Wie bereits erwähnt, hat Herr X sehr starke Vermeidungsstrategien entwickelt, welche beispielsweise bei der Arbeit an Maschinen deutlich werden.

Ich konnte in der Werkstatt mehrmals beobachten, wie Herr X das Aussägen eines Holzstückes vor sich hinschiebt, indem er stundenlang und immer wieder von vorne beginnend das Stück ausmaß. Wenn man ihn darauf ansprach, dass er jetzt aussägen sollte, erklärte er, dass er nicht sägen könnte, weil es in der Werkstatt zu laut, zu staubig, etc. sei und er sich so nicht konzentrieren könnte. Nach der abgesprochenen Pause fing er, anstatt auszusägen, wieder an zu messen. Nur auf sehr starken Druck hin und in Gegenwart des Therapeuten war es möglich, dass er das Stück aussägt und zwar ohne Schwierigkeiten, welche eine Verweigerung begründen würden.

Aus meinen Beobachtungen schließe ich, dass Herr X durch sein Verhalten versucht das Erreichen der nächsten Handlungsschritte und damit auch das Erreichen des Ziels zu vermeiden, aus Angst er könnte an seine Grenzen und damit auf Schwierigkeiten stoßen. Durch das endlose Abmessen beispielsweise bezweckt Herr X die Erregung von Aufmerksamkeit seitens des Therapeuten. Es handelt sich hierbei um negative Aufmerksamkeit, welche er sich holt, indem er zum Beispiel auffällt, weil er „noch immer“ mit dem Abmessen beschäftigt ist, oder weil er „schon wieder“ Pause macht.

Herr X hat soziale Ängste, welche sich bei ihm beispielsweise in einer Angst vor dem Essen in der Öffentlichkeit zeigt. So konnte er auf der Station in Gegenwart der Mitpatienten nichts essen und ihm wurde erlaubt im eigenen Zimmer zu essen.

Aus der Akte konnte ich außerdem entnehmen, dass Herr X Angst davor hat, sich in großen Menschenmengen zu bewegen, deshalb keine U-Bahn fährt und nicht einkaufen geht, wenn die Geschäfte voll sind. Auf meine Frage hin, wie er im Alltag zurechtkommt, erwähnte er jedoch keine Probleme. An diesem Beispiel wird wieder der Versuch von Herrn X deutlich Maske und Schein aufrecht zu erhalten.

In seinen Affekten zeigt sich Herr X ambivalent. Einerseits signalisiert er, dass er Hilfe braucht und beispielsweise eine Ausbildung beginnen möchte, andererseits läßt er sich nicht helfen und reagiert beispielsweise verärgert, wenn man ihn kritisiert. Herr X ist sehr leicht kränkbar, so dass er dann schimpft und weggeht.

Der Akte konnte ich entnehmen, dass Herr X Schwierigkeiten hat seine Gefühle zu regeln und aufkommende Aggressionen zu unterdrücken, so dass es in der Vergangenheit oft zu tätlichen Auseinandersetzungen gekommen ist. In der Arbeitstherapie konnte ich dies jedoch noch nicht beobachten. Hier zeigte er eher das bereits erwähnte Vermeidungsverhalten.

Herr X hat eine geringe Frustrationstoleranz. Ich konnte beobachten, dass wenn etwas nicht seinen Wünschen entsprechend funktioniert, er schnell aufgibt und manchmal auch leicht aggressiv wird, was sich dadurch zeigt, dass er beispielsweise über das Holz schimpft.

### ***Kognitiver Bereich***

Das Lesen und Schreiben einfacher Texte gelingt Herrn X. Er weist außerdem durchschnittliche Fähigkeiten im Sprechen und Rechnen aus.

Herr X meinte, er hätte Schwierigkeiten im Bereich des Merkens. Sein Langzeitgedächtnis ist eingeschränkt, so dass er sich an viele Dinge nicht mehr erinnern kann. Es gelang ihm beispielsweise nicht einen Lebenslauf mit Daten zu schreiben.

In seiner Auffassung zeigt Herr X Defizite, welche sich in Einschränkungen im Aufgabenverständnis zeigen. Er kann einfache, kleinschrittige Arbeitsanweisungen erfassen und benötigt teilweise lange um Erklärungen und Zusammenhänge zu verstehen. Dies wurde zum Beispiel bei der Befunderhebung deutlich. Herr X benötigte beim Ausfüllen des Selbsteinschätzungsbogens von „OSA“ (Occupational Self Assessment) mehrere Erläuterungen und konnte ihn schließlich gemeinsam mit mir ausfüllen.

Herr X weist außerdem Defizite in der Sorgfalt auf. Er arbeitet ungenau und macht beispielsweise beim Sägen und Schleifen viele Fehler. Er überprüft die Qualität des



Werkstücks jedoch regelmäßig und wiederholt den Arbeitsschritt bis die gewünschte Qualität erreicht wurde.

Herr X zeigt Einschränkungen in der Konzentration. Er kann sich einfachen Aufgaben bewusst zuwenden, zeigt in dieser Zeit eine geringe Ablenkbarkeit, benötigt jedoch nach einer viertel Stunde eine kleine Pause, um seine Konzentration aufrecht zu erhalten.

Des weiteren zeigt Herr X Schwierigkeiten in der Problemlösung. Die Schwierigkeit liegt bei ihm größten Teils darin, dass er aufgrund seiner Vermeidungsstrategien das Problem nicht lösen will und deshalb lieber wieder von vorne beginnt. Ich vermute, dass er Angst davor hat an seine Grenzen zu stoßen.

Am Schleifband konnte ich einmal beobachten, dass er den Winkel nicht auf 90° umstellen konnte und anstatt auszuprobieren gleich aufgab. Nachdem ich ihm das Prinzip gezeigt hatte, konnte er es selbst ausführen. Auch wenn er sich einmal versägt hat, hört er sofort auf und beginnt wieder mit Abmessen des Holzstückes.

Die Handlungsausführung ist bei Herrn X durch seine Vermeidungsstrategien, welche ich bereits im affektiven Bereich beschrieben habe, so stark eingeschränkt, dass er nicht in der Lage ist selbstständig und eigenverantwortlich ein Werkstück herzustellen. Der Profilvergleich (MELBA) zwischen Herrn X Fähigkeiten und den Anforderungen bei der Eingangsaufgabe (das Bauen einer Buchstütze) zeigt (siehe Anhang), dass sich die meisten Anforderungen mit seinen Fähigkeiten decken, ein paar jedoch eine leichte Überforderung für ihn darstellen. Herr X hat bereits fünf Wochen an der Eingangsaufgabe (dem Bauen einer Buchstütze) gearbeitet und in dieser Zeit zwei Holzbretter mit der Stichsäge ausgesägt und an dem Schleifband geschliffen. Dies zeigt deutlich, wie sehr seine Vermeidungsstrategien ihn an der Handlungsausführung hindern.

In der Handlungsplanung von Herrn X habe ich nicht viele Beobachtungen machen können, da zum Bau der Buchstütze anhand der Leittextmethode die Handlungsschritte vorgegeben hat. Ich konnte jedoch beobachten, dass Herr X eine unpraktische, ineffektive Arbeitsweise hat. So hat er zum Beispiel bei der Suche nach einem geeigneten Holzstück aus den Resten nur von oben in die Kiste geguckt, so dass er nur die oberen Holzreste sehen konnte. Auch sein Abmessen mit Lineal und Winkel ist äußerst umständlich und unlogisch aufgebaut. Um beispielsweise ein Rechteck abzumessen, zeichnet er erst eine Linie, markiert die Länge und legt dann das Lineal an allen Seiten nacheinander an, um auch hier die Längen zu markieren. Zum Schluss überprüft er erst die Winkel.

Des weiteren kann Herr X Aspekte aus der unmittelbaren Umgebung nicht mit in seine Handlungsplanung einbeziehen, so dass er, wenn eine Maschine (zum Beispiel das

Schleifband) von einem Mitpatienten in Benutzung ist, eine Pause macht, anstatt die Zeit sinnvoll für etwas anderes zu nutzen.

### ***Sozioemotionaler Bereich***

Herr X weist Einschränkungen in seiner Kontaktfähigkeit auf. Er wirkt unnahbar und seine Kontaktaufnahme ist gehemmt, so nimmt er in der Arbeitstherapie zum Beispiel selten Kontakt zu anderen auf und es kommt nur zu kurzzeitigen Interaktionen mit Mitpatienten oder Therapeuten.

Herr X zeigt außerdem Defizite in der Kritisierbarkeit und Kritikfähigkeit. Bei Kritik, bezüglich seines Arbeitsverhaltens beispielsweise, zeigt er keine Einsicht. Er rechtfertigt sein Verhalten, indem er zum Beispiel seiner Umwelt die Schuld daran gibt, anstatt sie bei sich zu suchen. (z.B. Es ist zu laut, das Holz ist schlecht, ...) Herr X erscheint mir latent aggressiv. Er ärgert er sich über die Kritik, fühlt sich oft persönlich kritisiert und reagiert darauf durch Erheben der Stimme gegenüber der ihn kritisierenden Person. Bestehende Probleme leugnet Herr X meistens, so lässt er sich zum Beispiel nicht gern helfen oder Tipps geben.

Meines Erachtens nach hat er keine Führungsfähigkeit und kein, da er nur auf starken Druck hin arbeitet, er deshalb keine Eigeninitiative ergreift, seine Arbeitsplanung, Handlungsausführung und Kontaktfähigkeit eingeschränkt sind.

### ***Psychomotorischer Bereich***

Im Antrieb konnte ich bei Herrn X Defizite beobachten. Sein Arbeitstempo ist langsam und schleppend. Außerdem zeigt er wenig Interesse und Motivation gegenüber seiner Arbeit. Er macht häufig Pausen, welche er nur durch Motivation und Druck eines Therapeuten unterbricht.

Herr X macht auf mich den Eindruck, als arbeite er nicht dem Ziel entgegen, sondern versucht durch seine Vermeidungsstrategien (siehe dazu die Beschreibung im Affektiven Bereich) den jeweiligen nächsten Handlungsschritt soweit wie möglich hinauszuzögern.

Auch in der Ausdauer konnte ich bei Herrn X Einschränkungen beobachten. Er kann eine viertel Stunde konzentriert arbeiten. Herr X nimmt außerdem nur unregelmäßig an der Therapie teil, meist nur eine Einheit die Woche anstatt vereinbarter drei Einheiten. Grund dafür sind meist Arzttermine oder andere Behördengänge.

In der Motorik zeigt Herr X keine Schwierigkeiten.

### ***Lebenspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten***

Herr X hat Defizite im Lebenspraktischen Bereich in Form von U-Bahn fahren und Einkaufen. Den Einkauf erledigt Herr X deshalb nach eigenen Angaben mit dem Auto gemeinsam mit seiner Freundin.

Wie bereits erwähnt wohnt Herr X in einer eigenen Wohnung und hat eine Betreuerin. Welche Lebensbereiche die Betreuerin mit ihm gemeinsam regelt ist aus keinen Quellen ersichtlich.

Zur Arbeitstherapie kommt Herr X selbstständig mit dem Fahrrad.

## **D.1 Die Ergotherapie**

### **Die aktuelle Situation in der Arbeitstherapie**

Herr X nimmt seit dem 18.8.03 an der Arbeitstherapie teil. In den ersten 5 Wochen befand er sich in der Holzwerkstatt. Begonnen hat er mit drei Einheiten pro Woche auf drei Tage verteilt (eine Einheit am Tag), um dann auf zwei Einheiten am Tag aufzustocken. Die Eingangsaufgabe für ihn bestand darin eine Buchstütze anhand eines Leittextes herzustellen. Wie bereits beschrieben wurde jedoch deutlich, dass Herr X mit dieser Aufgabe erhebliche Schwierigkeiten hatte. Er hat es geschafft, unter sehr starkem Druck seitens der Therapeuten, zwei Bretter für die Buchstütze auszusägen. (eine Beschreibung der Schwierigkeiten erfolgte bereits in der Befunderhebung)

Seit dem 16.9. kommt Herr X an drei Nachmittagen die Woche für eine Einheit und ich führe mit ihm IDA durch, damit ich seine Fähigkeiten genauer überprüfen kann und er sich auch damit befasst, um eine gemeinsame Zielsetzung und Therapie zu entwickeln. Herr X kommt jedoch sehr unregelmäßig zur Arbeitstherapie, so ist er zum Beispiel innerhalb der letzten vier Wochen zwei Mal in der Arbeitstherapie gewesen. Oft hat er unentschuldigt gefehlt, eine Woche nahm er sich wegen Behördengängen frei und seit letzter Woche liegt er aufgrund von Rückenproblemen im Krankenhaus.

## Die Zielsetzung

Rehaziel	Beginn einer Ausbildung		
Richtziele	1.) Verbesserung der Tagesstrukturierung	2.) Verbesserung Elementarer Fähigkeiten (Grundarbeitsfähigkeiten)	3.) Verbesserung der Interaktionsfähigkeit
<b>Grobziele und Feinziele</b>	<p>? <i>Steigerung der Pünktlichkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch die Einhaltung vereinbarter Raucherpausen</li> <li>- Steigerung des Zeitgefühls durch Lernen die Zeit im Blick zu behalten (z.B. durch Tragen einer Uhr)</li> </ul> <p>? <i>Verbesserung der Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einhaltung von Terminen</li> <li>- Bis z.B. 10 Uhr anrufen, wenn ein Termin nicht eingehalten werden kann (z.B. Festlegung anhand eines schriftlichen Vertrages)</li> </ul>	<p>? <i>Verbesserung des Antriebs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhöhung des Interesses an der Arbeit durch eine selbst ausgesuchte Arbeit</li> <li>- Motivationssteigerung durch Aufgabenstellung, die dem Patienten zusagt</li> <li>- Motivationssteigerung durch das schnelle Vermitteln von Erfolgserlebnissen</li> </ul> <p>? <i>Steigerung der Ausdauer und der Belastbarkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Steigerung des Arbeitstempos durch genaue Vorgaben in welchem Zeitraum eine Aufgabe erledigt sein soll</li> <li>- Eine halbe Stunde im gleichen Rhythmus arbeiten</li> <li>- Übertragung von zunehmend komplexeren Arbeitsaufgaben</li> <li>- Stufenweise Steigerung der Einheiten; erst auf zwei Einheiten pro Tag</li> </ul> <p>? <i>Verbesserung der Handlungsausführung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der Handlungsplanung durch das Schreiben eines Plans für die Einheit</li> </ul>	<p>? <i>Förderung der Kontaktfähigkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- durch selbstständiges Hilfe holen bei Mitpatienten oder Therapeuten, wenn Schwierigkeiten auftreten</li> <li>- durch eine Partnerarbeit in der Absprachen über die Arbeitsteilung notwendig sind</li> <li>- durch das Äußern eigener Ideen und Wünsche in einer Kleingruppenarbeit</li> </ul> <p>? <i>Verbesserung der Kritisierbarkeit und Kritikfähigkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch Beurteilung des eigenen Werkstücks</li> <li>- Verbesserung der Kritisierbarkeit durch Einsicht von Kritik und Eingestehen von Fehlern in einem Reflexionsgespräch</li> <li>- Verbesserung der Kritikfähigkeit durch das Fordern von Kritik</li> </ul>

## Das ergotherapeutische Vorgehen

Das Rehabilitationsziel von Herrn X ist der Beginn einer Ausbildung, am liebsten möchte er wieder eine Tischlerlehre beginnen.

Herr X weist große Defizite in den Grundarbeitsfähigkeiten auf. Die Schwierigkeiten liegen bei ihm vor allem in der Handlungsausführung, dem verminderten Antrieb, der mangelnden Ausdauer und Belastbarkeit.

Um eine Ausbildung als Tischler beginnen zu können müssen die Grundarbeitsfähigkeiten von Herrn X verbessert werden.

Der Antrieb könnte durch selbst ausgesuchte Arbeiten in der Holzwerkstatt gesteigert werden. So ist beispielsweise die Motivation höher, wenn Herr X etwas für seine eigene Wohnung bauen würde. Am Anfang sollten die Arbeiten etwas einfacher sein (z. B. ein einzelnen Ablagekasten), damit Herr X ein schnelles Erfolgserlebnis erlebt, welches sich wiederum positiv auf seine Motivation und damit auch auf seinen Antrieb ausübt.

Mit der Zeit sollten die Arbeiten schwieriger werden, so dass eine Förderung der Ausdauer und Belastbarkeit erreicht wird. Das Bauen eines Ablagekastens in einem Stück mit mehreren Fächern erfordert beispielsweise viel Ausdauer, Geduld und fördert gleichzeitig die Frustrationstoleranz, Sorgfalt und die Kritische Kontrolle während der Arbeit.

Eine Steigerung der Ausdauer wäre beispielsweise möglich, indem Herr X stufenweise seine Pausen verringert, so dass er nach einiger Zeit 90 Minuten durcharbeiten kann. Danach sollten die Einheiten stufenweise erhöht werden. Zuerst einmal könnte man die Einheiten auf drei Mal die Woche zwei Einheiten erhöhen, später dann auf fünf.

Als weiteres Ziel ist die Verbesserung der Tagesstrukturierung von Herrn X zu nennen. Hier sollte eine Förderung der Pünktlichkeit, der Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit erarbeitet werden. Hier sind ganz klare Vorgaben und Grenzen seitens des Therapeuten notwendig. So sollte beispielsweise eine genaue Vorgabe vorhanden sein bis wann der Patient sich abgemeldet haben muss, wenn er nicht zur Therapie kommt. Außerdem sollte der Patient die abgesprochenen Pausen einhalten.

Ein weiteres Ziel ist die Steigerung der Handlungsfähigkeit durch beispielsweise eine Verbesserung der Handlungsplanung.

Um Herr X Handlungsausführung zu fördern muss der Therapeut sehr konsequent sein und darauf achten, dass Herr X nicht mit ihm spielt. Das bedeutet, dass er sich seine Vermeidungsstrategien bewusst machen muss und sich nicht von Herrn X täuschen lassen, sondern ganz klare Vorgaben bezüglich der Pausen, Arbeitszeiten und Arbeitsschritte zu machen. Dies könnte man beispielsweise anhand eines schriftlichen Vertrages festlegen, auf den der Therapeut sich dann immer berufen kann.

Als weiteres Ziel ist die Förderung der Kontaktfähigkeit von Herrn X. So könnte man ihm zum Beispiel eine Arbeit geben, welche er mit einem Mitpatienten gemeinsam bearbeiten soll (z.B. ein Regal), so dass die beiden Absprachen bezüglich der Arbeitsschritte treffen müssen. Auch die Aufgabe die Werkstatt gemeinsam mit anderen Patienten aufzuräumen fördert die Kontaktfähigkeit. Die Interaktionsfähigkeit könnte außerdem verbessert werden, indem Herr X einem Mitpatienten erklären soll, wie eine Buchstütze gebaut wird.

## **D.2 Die Prognose**

Eine genaue Prognose für Herrn X zu erstellen ist zum jetzigen Zeitpunkt sehr schwierig.

Das Erreichen des Rehabilitationsziels ist zur Zeit noch nicht absehbar. Zur Zeit ist Herr X in seinen Fähigkeiten so stark beeinträchtigt, dass er, aus meiner Sicht gesehen, selbst für die Arbeitstherapie noch überfordert ist.

### **Die Befunderhebung**

Zur Befunderhebung habe ich Herrn X den OSA Selbsteinschätzungsbogen ausfüllen lassen. Eigentlich wollte ich daraufhin ein Gespräch mit ihm führen, indem ich gemeinsam mit ihm seine Ziele erarbeiten wollte. Aufgrund der Tatsache, dass er erst aufgrund von Behördengängen nicht mehr gekommen ist und mittlerweile im Krankenhaus ist, war mir dies leider nicht möglich.

Außerdem habe ich angefangen IDA mit ihm durchzuführen. Aufgrund seiner hohen Fehlzeiten ist es mir jedoch nicht gelungen, dies weiter zu führen, so dass der Dokumentationsbogen nicht viel aussagt.

Meine Befunderhebung basiert hauptsächlich auf eigenen Beobachtungen in der Holzwerkstatt, in der Herr X sich vier Wochen vorher befand. Außerdem habe ich einen Profilvergleich zwischen der Eingangsaufgabe in der Werkstatt und den von mir beobachteten Fähigkeiten von Herrn X durchgeführt.

Auf der Station hatte ich Zugriff auf Herrn X Akte, welche jedoch nicht viel Informationen enthielt, da dies Herr X erster Klinikaufenthalt war.

### **Quellenangaben**

- ? eigene Beobachtungen
- ? Patientenakte auf der Station
- ? Patientenakte aus der Arbeitstherapie
- ? Gespräche mit Therapeuten
- ? Gespräche mit dem Patienten