

Systemische Tools zur ergotherapeutischen SMART-Zielfindung bei Menschen mit defizitärem Selbstbild

Anke Schreiner, Linda Jungwirth

1. Die Praxis für Ergotherapie des FrauenTherapieZentrums

Die Praxis für Ergotherapie des FrauenTherapieZentrums ist spezialisiert auf Frauen mit psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen.

Ein Großteil unserer Patient*innen leidet unter Traumafolgestörungen – auf den Rezepten stehen Diagnosen wie Depression, Essstörung, Angst- und Panikerkrankung, somatoforme Störung oder auch Posttraumatische Belastungsstörung sowie alle Formen der Persönlichkeitsstörung. Dies liegt unter anderem daran, dass es im Code System ICD 10 noch keinen Diagnoseschlüssel für komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) gibt, mit denen wir es in der Praxis häufig zu tun haben.

Wir arbeiten, gemäß dem Leitbild des FrauenTherapieZentrums, auf der Grundlage von integrativ ganzheitlichen Konzepten und Methoden, die Frauen in ihrer Einheit von Körper, Geist und Psyche ansprechen. In unserer Arbeit berücksichtigen wir auch die Wechselwirkung zwischen der Individualität der Frauen, der Wahl ihrer Lebensform, ihrer Rolle als Frau in der Gesellschaft, ihrer sozioökonomischen Lebenssituation und ihrer kulturellen Herkunft. Wir unterstützen die Selbstbestimmung von Frauen, fördern ihre Eigeninitiative und achten auf das Ineinandergreifen von professioneller Hilfe und Selbsthilfe. Dabei verfolgen wir einen ressourcenorientierten Ansatz.

Unser Konzept sieht eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie vor. Wir machen mit dieser Kombination besonders gute Erfahrungen. Die Patient*innen benötigen die Einzeltherapie, um Ziele zu erfassen, individuelle Schwierigkeiten besprechen zu können und neue Handlungsmöglichkeiten kennen zu lernen.

Die Gruppentherapie ist das Übungsfeld, in dem auch die vereinbarten Ziele verfolgt werden können. Unsere teilweise mehrmals wöchentlich stattfindenden Gruppen sind handlungsorientiert und haben unterschiedliche Schwerpunkte in den Bereichen der Stabilisierung, Tagesstrukturierung, Wahrnehmungs- sowie Ausdruckszentrierung, praktischen Alltagsfähigkeiten und sozio-emotionalen Fähigkeiten. In den Gruppentherapien können die Patient*innen erworbene Fähigkeiten weiter trainieren, sich in geschütztem Rahmen ausprobieren, ihre Ressourcen (wieder) entdecken und sich mit Leichtigkeit und Humor als wirksam und handlungsfähig erfahren.

Die Ergotherapie wird über die Heilmittelverordnung von der Krankenkasse finanziert, wenn auch die hohe Frequenz (bis zu 5 Mal pro Woche) nicht üblich ist.

2. Die Bedeutung einer klient*innenzentrierten Zielfindung

Bei einer klient*innenzentrierten Zielformulierung ist es wichtig, nicht zu überlegen, was man selbst als Therapeut*in alles bei dem/der

Patient*in erreichen könnte. Es geht vielmehr darum, was der/die Patient*in selbst erreichen kann und auch will, um seine/ihre Handlungsfähigkeit zu erweitern, Ressourcen (wieder) zu entdecken und mit seinem/ihrer Alltag, der Umwelt und den persönlichen Lebensaufgaben wieder besser zurecht zu kommen (vgl. Keller 1998, S. 316).

Diese Faktoren sollten wir Ergotherapeut*innen im Auge behalten, wenn wir nach geeigneten Zielen suchen und diesen Prozess klient*innenzentriert gestalten wollen.

In unserer Praxis haben wir es unter anderem mit Frauen zu tun, deren Alltag durch das Fehlen von „Basic Beliefs“ und durch ein negativ geprägtes Selbstkonzept erschwert wird, die oft nicht ermutigt wurden zu überlegen, was für sie selbst das Beste wäre. Diese Frauen haben meist massive Bindungstraumen erlebt und dadurch nur ein stark eingeschränktes Selbstbild sowie Selbstvertrauen entwickeln können.

Dies äußert sich im Falle der Patientin Frau W. oft durch Aussagen wie „das gelingt mir ganz sicher nicht“ oder „sicher wird genau bei mir alles schief gehen“.

Darum ist uns hier wichtig, Möglichkeiten zu schaffen, wieder Macht über die eigenen Handlungen zu gewinnen. Frau W. soll selbst entscheiden können, wie sie die Ergotherapie nutzen möchte, welche Ziele sie verfolgen mag, ob sie überhaupt etwas aktiv tun möchte und sich dazu in der Lage fühlt.

Dies sind Erfahrungen, die viele unserer Patient*innen durch ihre Gewalterlebnisse nicht kennen. Genau diese Selbstüberprüfung, diese Wahrnehmung ist aber wichtig, um für sich Ziele erst erkennen und formulieren zu können.

Ziele stehen oft in enger Beziehung mit Werten und Vorstellungen, die uns helfen, unsere Handlungen an wichtige innere und äußere Veränderungen anzupassen. Bei Menschen mit kPTBS ist die Fähigkeit, ihre Handlungen anzupassen, oft massiv beeinträchtigt. Diese unzureichende Integration schränkt auch die Fähigkeit, Ziele zu erreichen, stark ein und begrenzt die Möglichkeit der Ziele, welche sich im Rahmen der Therapie verfolgen lassen. Menschen mit kPTBS erkennen oft nicht, wann es notwendig ist, ein angestrebtes Ziel zu adaptieren oder zu verändern. Auch die Einschätzung, ob das genannte Ziel ein erreichbares und realistisches ist, sowie das Setzen von Prioritäten gelingt nicht immer (vgl. van der Hart et al. 2008, 167ff.). Hierdurch wird gut sichtbar, wie wichtig einfühlsame therapeutische Präsenz und Unterstützung im Prozess der Zielfindung wird.

3. Die Auswirkungen von instabilem Selbstbild und Bindungstraumen im Prozess der Zielfindung

Eine sichere Bindung kann Schutzfaktor bei diversen Belastungen sein und ermöglicht in der Regel mehrere Bewältigungsmöglichkeiten sowie eine erhöhte Resilienz. Aufgrund einer sicheren Bindung, die jemand bereits als Säugling erfahren hat, sind auch im Erwachsenenalter vermehrt Beziehungen möglich. Auch ein höherer Grad an gemeinschaftlichem Verhalten, Empathie für die emotionale Situation anderer Menschen, mehr Kreativität, Flexibilität und Ausdauer sind erkennbar. Menschen mit sicherer Bindung haben oft erhöhte Gedächtnisleistungen,

Lernen gelingt leichter und sie können besser um Hilfe bitten.

Folgen von *Bindungsstörungen* sind oft der Verlust von emotionaler Sicherheit und Vertrauen sowie die daraus resultierende mangelnde Beziehungsfähigkeit. Es resultieren daraus Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit, was wir im Rahmen der Ergotherapie häufig erleben.

Auf neurophysiologischer Ebene kommt es zu einer langanhaltenden Stimulation der Hormonsysteme für Stresshormone und in weiterer Folge zum Abbau von Nervenzellen im Gehirn sowie einem verringerten Hirnvolumen (vgl. Brisch 2010, S. 273ff).

Wir erleben, dass sich ein Bindungstrauma oft in Form eines instabilen Selbstbildes und einer verminderten „Ich-Stärke“ auswirkt.

„Ich-Stärke bezeichnet das Ausmaß an Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit, mit dem sich ein Individuum in den Aufbau seiner Ich-Identität einbringt bzw. einbringen kann. Merkmale einer ausgeprägten Ich-Stärke sind z. B. Aktivität, Kreativität, Entschlussfähigkeit, Sicherheit, Ausgeglichenheit, Toleranz.“ (Köck & Ott 1994, S. 310)

Das *Selbstbild* setzt sich daraus zusammen, wer man ist, wie man den eigenen Körper sieht und bewertet, welche Talente, Fähigkeiten und Fertigkeiten man an sich erkennt sowie die eigenen Erfahrungen und Beziehungen, die jemand erlebt hat. Daraus resultieren die eigenen Bedürfnisse, Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen.

Menschen mit kPTBS sind oft nicht in der Lage, eigene Erlebnisse und Erfahrungen zu einem Zusammenhang zu integrieren und diese als „sich selbst zugehörig“ zu erkennen. Besonders bei frühkindlich chronisch traumatisierten Menschen fehlen wichtige Entwicklungsschritte, wie ein Selbstempfinden, das alle Persönlichkeitsaspekte umfasst (vgl. Stern 1985/1992).

Die Herstellung einer „sicheren emotionalen therapeutischen Bindung“ ist demnach die Basis, auf welcher die ergotherapeutische Behandlung und somit auch die Zielfindung in unserer Praxis aufbauen. Dafür sind Geduld und therapeutische Feinfühligkeit unabdingbar.

Bei unseren Patient*innen stellen insbesondere das beeinträchtigte Planungs- und Urteilsvermögen, die Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, der Affektverlust und betäubungsgleicher Zustand sowie das damit einhergehende Fehlen von Bedürfnissen, Wünschen und Phantasie eine große Herausforderung bei der Zielfindung für uns Therapeut*innen dar.

Nach van der Hart und Nijenhuis benötigt es erweiterte reflektierte Handlungstendenzen für die Fähigkeit, langfristig auf Ziele hinzuarbeiten und Energie dafür aufzubringen. Menschen mit kPTBS erreichen diese Handlungstendenzen oftmals nicht, was es um ein Vielfaches wichtiger macht, Aufgaben und Ziele auf viele kleine Schritte herunterzubrechen (vgl. 2008, S. 223f).

Dazu kommt, dass es oft viele Bereiche mit Veränderungswünschen gibt, die ineinander übergreifen und sich bedingen.

Prioritäten zu setzen fällt beispielsweise Frau W. sehr schwer.

Da jedoch, wie zuvor beschrieben, die eigene Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit für Menschen mit traumatischen Erfahrungen und Bindungsstörungen unbedingt notwendig ist, besteht hier ein besonders hoher Bedarf an Klient*innenzentrierung.

Nach Erfahrungen aus unserem Praxisalltag ist es eine große Herausforderung, gleich zu Beginn mit den Patient*innen Ziele zur Partizipation, der Rollen oder des Alltags zu erarbeiten. Die oberste Priorität besteht daher darin, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, um herauszufinden, was für den/die Patient*in von großer Bedeutung ist und für sie/ihn wiederum Priorität hat.

In unserer Praxis haben wir schon mehrere *Assessments*, wie das OSA, das CMOP, das Manual nach ICF und das KAWA-Modell ausprobiert und in Verwendung. Jedes Einzelne ist hinsichtlich der verwendeten und erfragten Faktoren ideal für den psychosozialen Bereich geeignet, und es lassen sich damit Ziele generell gut erfassen. Dennoch gelangen wir nach jahrelanger Erfahrung immer wieder an den Punkt, an dem wir, hinsichtlich unseres Klientels, keines davon benutzen können, um „SMART- Ziele“ (Abb. 1) zu entwickeln.

Für viele unserer Frauen stellen herkömmliche *Assessments* eine große Herausforderung dar, die sie sich hinsichtlich Konzentration, Aufmerksamkeit, Kognition, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Motivation und Vorerfahrung oft nicht zutrauen oder sie nicht bewältigen können.

Frau W. beispielsweise fühlte sich mit dem OSA völlig überfordert. Sie konnte schlicht nicht einschätzen, wie gut oder schwer ihr bestimmte Dinge gelingen oder dafür Prioritäten setzen. Manche Fragestellungen lösten traumatische Erinnerungen bei ihr aus, weshalb wir das *Assessment* mehrmals unterbrachen. Frau W. leidet unter einem beeinträchtigten Selbstbild. Sie hat keine Vorstellung von ihren eigenen Zielen und Wünschen und kann diese demnach nicht benennen. Nur unter

SMART ist ein Akronym aus dem Englischen. Es wurde anhand der von Locke, Shaw, Saari und Latham (1981) beschriebenen Regeln gebildet, um die Eigenschaften eines „guten“ Ziels zu definieren:

- Spezifisch (specific)
- Messbar (measurable)
- Akzeptiert von den Patient*innen/Attraktiv (agreed)
- Realistisch (realistic)
- Terminiert (timed)

Abb. 1: die SMART-Methode (Gateley & Borchering 2012; Sames 2010)

sehr engmaschiger therapeutischer Anleitung gelingt es ihr, das OSA zu bewerkstelligen. Hinterher stellten wir uns die Frage, inwieweit unsere therapeutische Intervention das Ergebnis beeinflusst hat und ob die gemeinsam formulierten Ziele tatsächlich den Vorstellungen von Frau W. entsprachen.

Andere Herangehensweisen zur Zielfindung sind dann gefragt – selbst wenn diese nicht standardisiert sind und ihnen kein komplexeres Modell zugrunde liegt.

Mit *Assessments* wollen wir im Prinzip eine Brücke zwischen Anliegen der Patient*innen und den ergotherapeutischen Methoden bauen sowie eine Grundlage und Orientierung für unsere therapeutischen Interventionen schaffen.

Um diesen Teil des therapeutischen Prozesses auch klient*innenzentriert zu gestalten, ist therapeutische Kreativität gefragt. Ein Überstülpen eines (aufgrund der Zertifizierung der Praxis nach ISO9001) vorgegebenen *Assessments*, ohne Rücksicht auf Bedürfnis, Situation und Vermögen unserer Patient*innen, wäre da nicht zielführend – an diesem Punkt sind wir uns immer wieder einig.

Im ergotherapeutischen Team in unserer Praxis wird sich viel mit dem Thema Zielfindung auseinandergesetzt. Wir haben uns selbst als Richtlinie gegeben, innerhalb des ersten Rezeptes mit 10 Einheiten ein (SMART-)Ziel zu erarbeiten.

Aus der Sicht unseres eigenen therapeutischen Anspruchs als auch aus derjenigen des Qualitätsmanagements ist also eine Zielfindung und -verfolgung unabdingbar. Daher haben wir uns in engem Austausch an vielen Konzepttagen und in Kleingruppenarbeit die nun im Folgenden vorgestellten Methoden erarbeitet.

4. Systemische Tools in der Ergotherapie?

Setzen wir uns mit dem Begriff „System“ auseinander, so lesen wir im

Duden „auf ein Gesamtsystem bezogen“. Der Begriff *systemischer* Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass man sich nicht auf den Problemträger konzentriert, sondern ein ganzes System in den Blick nimmt.“ „Systemisches Denken“ (Systemdenken) bedeutet die Loslösung unseres Denkens von richtig und falsch. Wir betrachten den/die Patient*in ganzheitlich in seinem/ihrer System und in seinen/ihren Entwicklungswünschen, auch wenn diese scheinbar nicht immer mit unseren ergotherapeutischen Wertevorstellungen konform sind.

Das Wunderbare an unserem Beruf ist der handlungsorientierte Ansatz. Wir haben kreative Möglichkeiten, mit den Patient*innen gemeinsam Ziele zu finden. Dieses wollen wir an einem Beispiel verdeutlichen.

5. Fallbeispiel: Frau S.

Frau S. ist von einer Psychiaterin zu uns empfohlen worden. Wie so viele unserer Patient*innen hat sie bereits eine Odyssee von therapeutischen Maßnahmen hinter sich: Verhaltenstherapie, Psychiatrische Kliniken, Psychosomatische Fachkliniken, Beratungsstellen.

Frau S. weiß, was die Gesellschaft hören will: Ziele in den Bereichen Selbstständigkeit, berufliche Erfolge, soziales Netz. Diese Ziele hören sich für Frau S. gut an.

Aber wie soll das berufliche Ziel aussehen, wenn häufiges Scheitern am Arbeitsplatz durch nicht selbst wahrnehmbare Gründe erfolgt ist?

Wie soll das Ziel Selbstständigkeit aussehen, wenn Frau S. an kleinen, strukturellen Gegebenheiten, wie z. B. einem misslungenen Kuchen, das ganze Vorhaben in Frage stellt?

Und wie soll ein soziales Netz aufgebaut werden, wenn die Patientin sich selbst nicht leiden kann?

In diesem systemischen Teufelskreis ist es für die Ergotherapeutin nicht einfach, Ziele mit der Patientin zu erarbeiten und diese zu verfolgen.

Scheinbar sind die Not und der Bedarf so groß, dass wir uns fragen, in welchem Zeitrahmen hier auch nur ein Ziel erarbeitet werden kann. Hinzu kommen ärztlicher Auftrag und die Rahmenbedingungen des Heilmittelgesetzes: zeitlicher (Therapieeinheiten), finanzieller (Zuzahlungen) und struktureller Rahmen durch Rezepte mit „nur“ 10 Einheiten. Zudem sind aufgrund der gesundheitspolitischen Auswirkungen die Folgeerzepte nicht gesichert, da viele Ärzte Angst vor Regressionen haben (siehe: <http://www.heilmittel-regress.de>).

In der ersten Therapieeinheit sitzt mir folglich Frau S. verkrampt gegenüber. Sie ahnt schon die Frage: „Was ist denn ihr Ziel?“ Frau S. denkt sich, wenn sie dies wüsste, wäre sie nicht hier. Es gilt also erst mal, eine entspannte Atmosphäre zu schaffen.

Fragen wie „Haben sie ein Anliegen mitgebracht?“ ermöglichen auch ein „nein“.

Hier gilt es, die ergotherapeutischen Methoden und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie z. B. kochen, kognitive Materialien und Spiele, Computertätigkeiten, Entspannungstechniken und natürlich auch die gesamte kreative Welt.

Tätigkeiten, die (kleine) Erfolgserlebnisse vermitteln, entspannen die therapeutische Beziehung.

Bei der vierten Therapieeinheit gebe ich gleich zu Beginn vor, mit ihr ein „Lebensrad“ (Abb. 2) zu erarbeiten.

Der Prozess beginnt mit dem Sammeln von relevanten Lebensbereichen der Patientin. Hierzu verwendet man entweder ein vorgefertigtes Schema oder (besser) die Patientin sucht mit

Unterstützung der Therapeutin selbst Bereiche, die für ihr Leben relevant sind. Das können zum Beispiel sein:

- Beruf
- Finanzielles
- Familie
- Freizeit
- Sport
- Hobby
- Freunde
- Spirituelles/Philosophie
- Weiterbildung
- Gesundheit
- etc.

Nun soll die Patientin einen Kreis zeichnen. Dieser Kreis wird in so viele gleichgroße Teile aufgeteilt, wie zuvor Lebensbereiche identifiziert wurden.

Jede der entstandenen Linien, von der Mitte ausgehend, stellt eine virtuelle oder reale Skala dar, wobei die Mitte die Zahl 0 darstellt und das äußere Ende der Linie, die den Kreis berührt, die 10.

Die einzelnen Linien bzw. Schnittpunkte mit dem Kreis werden nun mit den Lebensbereichen beschriftet.

Mit Frau S. haben wir folgende Bereiche erarbeitet, die sie mit meiner Unterstützung benennen konnte:

Frau S.: „Es wäre gut, wenn ich mehr auf mich achten würde und gesünder leben würde.“

Ergotherapeutin: „Wenn Sie morgen gesünder leben würden, wie würden Sie denn den Tag starten?“

Frau S.: „Ich würde mir ein gesundes Frühstück machen.“

Ergotherapeutin: „Wäre dann gesunde Ernährung ein wichtiges Thema für Ihr Lebensrad?“

Nun malt die Patientin entsprechend der Skalierung denjenigen Teil des Kuchenstückes aus, der anzeigt, wie zufrieden sie mit dem jeweiligen Bereich ist. Das kann zum Beispiel eine 5 für den Bereich „Beruf“ sein; dann würde sie entsprechend dieses Feld ausfüllen. Bei Frau S. ergab sich folgendes Bild:

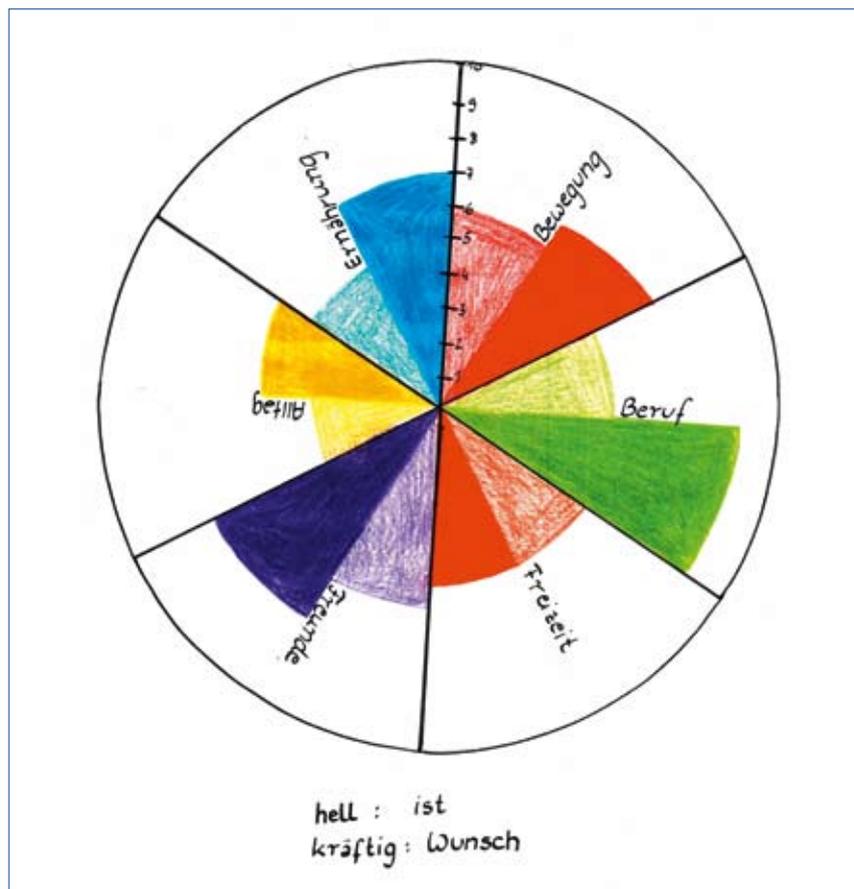


Abb. 2: Das Lebensrad, ausgefüllt von Frau S.

Wichtig ist, im gesamten Prozess die Patientin nicht alleine zu lassen. Immer wieder müssen Negativspiralen umgelenkt werden.

Frau S.: „Ich habe keine Freunde, mich mag keiner“.

Ergotherapeutin: „Wünschen sie sich Freunde? Wie viel von dem Feld wollen Sie für diesen Wunsch ausfüllen?“

Wenn das Lebensrad fertig ist, treten wir gemeinsam von dem Bild zurück und betrachten es. Es können hier von dem/der Therapeut*in Fragen gestellt werden:

- Was gefällt Ihnen an dem Ergebnis?
- Was fällt Ihnen auf?
- An welchem Punkt würden Sie gerne etwas verändern?
- Welche Punkte wollen Sie jetzt so stehenlassen?

Frau S. großer Wunsch, wieder beruflich tätig zu sein, wurde hier deutlich und stimmte sie gleichfalls sehr traurig. Ich fragte Frau S., was denn ein Schritt wäre, um diesem Wunsch näher zu kommen.

Sie äußerte, dass sie sich zuerst wieder etwas zutrauen wolle.

In dieser Phase haben wir uns auf einen Lebensbereich fokussiert.

Dies ist bereits ein wichtiger Schritt, da die Patient*innen oft mit einer Vielzahl an unkonkreten Veränderungswünschen zu uns in die Praxis kommen.

Optimal wäre hier eine gute Vernetzung mit dem Helfernetz, sodass die einzelnen Bereiche gegebenenfalls aufgeteilt werden können.

In der darauffolgenden Therapiestunde kann der Lebensbereich noch einmal mittels einer Skalierungsfrage (Abb. 3) näher betrachtet werden. Diese Methode aus dem lösungsfokussierten Coaching dient sehr gut zur SMART-Zielfindung.

Hierzu verwenden wir ein langes Seil, welches wir auf den Boden legen.

Auf Moderationskarten formuliere ich das vorher erarbeitete Ziel: „Ich traue mir etwas zu.“ Dieses lege ich an das eine Seilende. „Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 für Ihr erreichtes Ziel steht, und 0 dafür, dass Sie ganz weit von Ihrem Ziel entfernt sind, – wo auf dieser Skala würden Sie sich jetzt im Moment einordnen?“

Frau S. überlegt und stellt sich dann vorsichtig auf die 2.

Ergotherapeutin: „Was steckt denn alles in der 2?“

Frau S.: „Ich bin hier in die Ergotherapie gekommen, ich habe mich getraut; ich war mutig in der Gruppe (ergotherapeutische Bürotrainingsgruppe) und habe bei der Abschlussrunde etwas gesagt; ich habe einer Mitpatientin am PC geholfen.“

Ergotherapeutin: „Da haben Sie aber schon einiges erreicht!“

Frau S. blickt stolz zurück zur 0 des Seiles.

Ergotherapeutin: „Gehen Sie doch mal einen kleinen Schritt weiter das Seil entlang. Was hat sich denn nun verändert?“

Frau S.: „Ich traue mir jetzt noch ein bisschen mehr zu. Das fühlt sich gut an.“

Ergotherapeutin: „Was genau ist denn jetzt passiert?“

Frau S.: „Ich habe einen kleinen Auftrag erhalten, von einer Nachbarin. Diesen könnte ich ja doch machen ...“ Für die Patientin ist dies ein anstrengender Prozess, welcher viel Konzentration erfordert. Es kann durchaus sein, dass zunächst nur ein kleiner Schritt möglich ist und nicht gleich der Blick auf das große Ziel gesetzt werden sollte. Nach dem nächsten (scheinbar) kleinen gesetzten Ziel sollte sodann der Handlungsprozess folgen.

Hieraus entwickelt sich folgendes SMART-Ziel:

Spezifisch: Frau S. benannte konkret den Arbeitsauftrag der Nachbarin. Auch die Leistungsansprüche wurden benannt. (Ab wann sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden? Ab wann die Nachbarin?)



Abb. 3: Die Skalierungsfrage, wahrnehmungszentriert mittels Seil

Messbar: Woran erkennen Sie, dass Sie den Arbeitsauftrag erreicht haben? Woran erkennt es die Nachbarin? Woran kann ich als Ergotherapeutin dies erkennen?

Attraktiv: Wie viel Engagement wollen Sie in den Auftrag investieren? Woran könnten Sie oder ich erkennen, dass der Auftrag nicht attraktiv ist?

Realistisch: Für wie machbar halten Sie Ihren Auftrag? Inwieweit ist es für Sie möglich, diesen umzusetzen?

Timing: Bis wann soll der Auftrag fertig werden? Ist das realistisch?

Diese Fragen sind einfühlsam zu stellen, sonst werden die Fragen schnell nicht als Unterstützung, sondern als Belastung erlebt.

Letztlich ergab sich daraus das Ziel: „Der Auftrag ist in drei Wochen nach meinen (derjenigen der Patientin) Vorgaben in Absprache mit der Nachbarin erledigt.“

Um die Patientin abschließend zu unterstützen, ist das Erarbeiten eines „Bad Szenarios“ wichtig: „Was ist, wenn Sie Ihr Ziel nicht erreicht haben?“

Aufmunternde Sätze wie „dann suche ich mir ein neues, attraktives Ziel“ oder „dann fangen wir noch mal an“ dienen zur anhaltenden Stabilisierung.

Durch unser Praxiskonzept nutzte die Patientin die Gruppentherapie, um diesen Auftrag dort umzusetzen.

In den weiteren Einzeltherapien konnte dies dann reflektiert werden.

Eine große Unterstützung ist, wenn zuvor das SMART-Ziel schriftlich entweder auf Karten oder auf einem Flipchart festgelegt wurde und somit immer wieder vor Augen war. Anhand dessen fällt die Reflektion dann einfacher:

Ergotherapeutin: „Überlegen Sie noch mal, wie viel Engagement Sie zu Beginn in diesen Auftrag investieren wollten ...“

Frau S.: „Stimmt, ich habe mich viel zu sehr hineingesteigert.“

Nach Beendigung des Ziels ist eine Auswertung unterstützend und stärkend für das Selbstbild: „Was haben Sie dazu beigetragen, dass Sie ihr Ziel erreicht haben?“

Die Patientin kann nun entweder die Ergotherapie beenden oder erneut ein Ziel erarbeiten.

6. Ausblick

Insbesondere im psychisch-funktionellen Bereich sind Grob- bzw. Fernziele scheinbar kaum erreichbar. Da ist zum einen der Druck des/der Patient*in, wieder „so sein zu wollen wie die Anderen“, zum anderen der scheinbare Druck des ärztlichen Auftrages wie „Verbesserung der sozio-emotionale Kompetenzen“ (vgl. hierzu Heilmittelkatalog). Und unsere eigenen Ansprüche, die – nicht zu vergessen – schnell zu einer Frustration führen können, da es kaum Orientie-

rung gibt, wenn das Ziel erreicht ist. Umso wichtiger ist es, diese mit dem/der Patient*in klient*innenzentriert zu erarbeiten, um:

- dem/der Patient*in zum Erfolgserlebnis zu verhelfen
- den verschreibenden Ärzten konkret den Wert unserer Arbeit aufzeigen zu können und – nicht zuletzt –
- die eigene Motivation hoch halten zu können.

Dieser Fachartikel soll allen Ergotherapeut*innen Mut machen, fachfremde Methoden ergotherapeutisch umzusetzen und so den Bedürfnissen unseres Klientels anzupassen.

Literatur:

Arlow, J. & Brenner, C. (1974): Grundbegriffe der Psychoanalyse. Die Entwicklung von der topografischen zur strukturellen Theorie der psychischen Systeme. Reinbek: Rowohlt.

Brisch, K.-H. (2012): Bindung, Angst & Aggression. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K.-H. (2015): Bindung und Trauma. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hart, van der, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2008): Das verfolgte Selbst. Paderborn: Junfermann.

Heilmittelkatalog Ergotherapie/Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie (2011): 1. Auflage auf Basis der geltenden Heilmittelrichtlinie 2011. München: Urban & Fischer/Elsevier GmbH. (29. Juli 2011)

Köck, P. & Ott, H. (1994): Wörterbuch für Erziehung und Unterricht. Donauwörth: Ludwig Auer.

Rauen, C. (Hrsg.) (2008): Coaching-Tools: Erfolgreiche Coaches präsentieren 60 Interventionstechniken aus ihrer Coaching-Praxis

3. Juni 2008. Bonn: Manager Seminare Verlags GmbH.

Schreiner, A. (2011): Das Trauma nicht zum Thema machen. ergopraxis 4 (6): S. 24–27. Thieme.

Schreiner, A. (2016): Aus der Ohnmacht zur Handlung – Wege zur unterstützenden Heilung von komplex traumatisierten Patientinnen in der Ergotherapie. Fachzeitschrift von Ergotherapie Austria, Ausgabe 1; S. 20–26.

Internetquellen:

<http://www.duden.de/>

<http://ftz-muenchen.de/>

<http://www.heilmittel-regress.de/>

Die Autorinnen:



Anke Schreiner,
Bereichsleitung Ergotherapie
anke.schreiner@ftz-muenchen.de

Linda Jungwirth, Ergotherapeutin BSc
linda.jungwirth@ftz-muenchen.de

FTZ Praxis für Ergotherapie
Blutenburgstr. 19
80636 München
www.ftz-muenchen.de

Stichwörter:

- Selbstbild
- SMART-Ziel
- komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS)