

Anne G. Fisher

OTIPM
Occupational Therapy Intervention Process Model
Prozessmodell ergotherapeutischer Intervention

Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter,
betätigungsbasierter Top-down-Intervention

übersetzt von Barbara Dehnhardt

Spektrum Ergotherapie

Herausgeber

DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E. V.



Die Übersetzerin



Barbara Dehnardt

Ergotherapeutin, war von 1980-1999 Ausbildungsleiterin der Ergotherapieschule am Annastift Hannover. Von 1986 bis 1996 vertrat sie als Delegierte den DVE im Weltverband der Ergotherapeuten. Sie hat bereits mehrere Assessments ins Deutsche übersetzt, wie z.B. ACIS, COPM und OPHI-II.

Anne G. Fisher

OTIPM

Occupational Therapy Intervention Process Model Prozessmodell ergotherapeutischer Intervention

Ein Modell zum Planen und Umsetzen von
klientenzentrierter, betätigungsbasierter
Top-down-Intervention

übersetzt von
Barbara Dehnhardt



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

2., geringfügig überarbeitete Auflage 2018

1. Auflage 2014

ISBN 978-3-8248-1179-3

eISBN 978-3-8248-0968-4

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2018

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel

Umschlagfoto: Bernhard Ferber

Fachlektorat: Reinhild Ferber

Lektorat: Doris Zimmermann, Tanja Bangert

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Druck und Bindung:

medienhaus Plump GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von der Übersetzerin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Übersetzerin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

© Originalausgabe dieses Werkes:

Fisher, A. G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model.

A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Fort Collins, CO (USA): Three Star Press.

Mit freundlicher Genehmigung zur Übersetzung durch Anne Fisher.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
Anmerkungen zur Übersetzung.....	11
1 Einführung	13
1.1 Klientenzentrierte Ergotherapie	15
1.1.1 Den Klienten da abholen, wo er steht.....	16
1.1.2 Wer ist der Klient?	17
1.1.3 Einige „warnende Worte“ zu klientenzentriertem Arbeiten	18
1.2 Ergotherapeutische Top-down-Evaluation.....	19
1.2.1 Top-down-Ansatz	19
1.2.2 Bottom-up-Ansatz	20
1.2.3 Top-to-Bottom-up-Ansatz	22
1.3 Betätigungsbasierte Evaluation und Intervention	23
1.3.1 Definition einiger Schlüsselbegriffe	23
1.3.2 Betätigung (occupation)	24
1.3.3 Aktivität versus Aufgabe	25
1.3.4 Bedeutung und Zweck.....	26
1.4 Überblick über das OTIPM.....	28
1.5 Theoriegeleitetes versus prozessgeleitetes Reasoning	33
1.6 Zusammenfassung	34
2 Von Ergotherapeuten eingesetzte Interventionsarten.....	37
2.1 Übliche Interventionsmethoden.....	39
2.1.1 Vier Kontinua, mit denen als Therapie eingesetzte Aktivitäten evaluiert werden können	40
2.1.2 Drei Schwerpunkte der Intervention	42
2.1.3 Sechs verschiedene Aktivitäten als Intervention	42
2.2 Legitime Aktivitäten für die Ergotherapie.....	53
3 Annahmen über Menschen und Prinzipien der Intervention	57
3.1 Theoretische Annahmen	59
3.2 Interventionsprinzipien.....	62
3.2.1 Allgemeine Prinzipien	62
3.2.2 Prinzipien adaptiver Betätigung	66
3.2.3 Prinzipien akquisitorischer und restitutiver Betätigung	71
3.2.4 Prinzipien betätigungsbasierter Edukationsprogramme	72
4 Das OTIPM als Reasoningmodell zur Umsetzung ganzheitlicher Ergotherapie – Klientenbeispiel: Bev.....	75
4.1 Den klientenzentrierten Performanzkontext erstellen.....	78
4.1.1 Den Performanzkontext definieren.....	79
4.1.2 Wechselbeziehung der 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontexts	82

4.1.3	Die 10 Dimensionen zum Sammeln umfassender Informationen nutzen, nicht als Interviewleitfaden	82
4.1.4	Zwischen globalem und spezifischem klientenzentrierten Performanzkontext unterscheiden	83
4.1.5	Verbindung zu anderen Praxismodellen herstellen	83
4.1.6	Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen – Erstverordnung	84
4.1.7	Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen – ergotherapeutisches Anfangsinterview	85
4.2	Klientenbeispiel: Bev – den klientenzentrierten Performanzkontext erstellen.....	87
4.2.1	Bev: Erstverordnung	87
4.2.2	Bev: Vorbereitung auf das ergotherapeutische Interview.....	87
4.2.3	Bev: den Hausbesuch initiieren und das ergotherapeutische Interview durchführen	88
4.2.4	Bev: Wer ist die Klientin?	94
4.3	Therapeutische Beziehung und partnerschaftliche Zusammenarbeit entwickeln	94
4.4	Klientenbeispiel: Bev – therapeutische Beziehung und partnerschaftliche Zusammenarbeit entwickeln	95
4.5	Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext herausfinden.....	95
4.6	Klientenbeispiel: Bev – Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext herausfinden.....	96
4.7	Berichtete Stärken und Probleme der Betätigungsperformanz erkennen und priorisieren	97
4.8	Klientenbeispiel: Bev – berichtete Stärken und Probleme der Betätigungsperformanz erkennen und priorisieren	100
4.9	Aufgabenperformanz des Klienten beobachten und Performanzanalyse einsetzen.....	101
4.10	Klientenbeispiel: Bev – Aufgabenperformanz des Klienten beobachten und Performanzanalyse einsetzen	104
4.11	Aktionen, die der Klient effektiv, und solche, die er nicht effektiv ausführt, definieren und beschreiben	105
4.12	Klientenbeispiel: Bev – Aktionen, die der Klient effektiv, und solche, die er nicht effektiv ausführt, definieren und beschreiben.....	106
4.12.1	Narrative Zusammenfassung unserer Beobachtungen	106
4.12.2	Bevs globales Eingangs-Performanzniveau zusammenfassen ..	107
4.12.3	Eine Liste der wichtigsten Aktionen erstellen	107
4.12.4	Die wichtigsten Aktionen zu sinnvollen Clustern gruppieren ..	108
4.12.5	Bevs spezifisches Eingangs-niveau der Performanz zusammenfassen	109
4.13	Die Ursache definieren/abklären oder interpretieren	110
4.13.1	Die Ursache innerhalb des echten Top-down-Reasoning-Rahmens des OTIPM abklären (versus Top-to-Bottom-up Rahmen).....	112

4.14 Klientenbeispiel: Bev – die Ursache definieren/abklären oder interpretieren 113

4.15 Eingangsbefund und Ziele des Klienten dokumentieren 114

4.16 Klientenbeispiel: Bev – Ziele des Klienten dokumentieren 116

4.17 Interventionsmodell auswählen und betätigungs-basierte Intervention planen und umsetzen 117

4.18 Klientenbeispiel: Bev – Interventionsmodell auswählen und betätigungs-basierte Intervention planen und umsetzen 118

 4.18.1 Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 1, restitutive Betätigung planen, um Körperfunktionen wiederherzustellen, und akquisitorische Betätigung, um Betätigungsfertigkeit wiederzuerlangen 118

 4.18.2 Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 2, eine standardisierte AMPS-Perfomanalyse durchführen und Bev bei zwei ADL-Aufgaben beobachten 120

 4.18.3 Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 2, Ursache definieren/abklären 121

 4.18.4 Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 2, adaptive Betätigung auswählen und implementieren, um ineffektive Aktionen zu kompensieren 121

 4.18.5 Klientenbeispiel: Bev – weitere Intervention planen und implementieren 123

 4.18.6 Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 3, adaptive Betätigung in Bezug auf die Kleiderstange und die Schuhe implementieren 129

 4.18.7 Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 4, auf verbesserte Betätigungs-perfomanz hin überprüfen 130

 4.18.8 Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 4, Intervention in Bezug auf Kochen evaluieren und implementieren 131

4.19 Auf verbesserte Betätigungs-perfomanz hin re-evaluieren 133

4.20 Den Klienten entlassen 135

4.21 Klientenbeispiel: Bev – den Klienten entlassen 135

4.22 Zusammenfassung 135

5 OTIPM als Reasoningmodell zur Evaluation sozialer Interaktionsfertigkeiten – Klientenbeispiel: Ben 137

5.1 Übersicht über das Kapitel 139

5.2 Die ergotherapeutische Anfangserhebung durchführen 139

5.3 Phase I der ergotherapeutischen Anfangsevaluation dokumentieren . 140

5.4 Bens Gesamtqualität sozialer Interaktion zusammenfassen 141

5.5 Die sozialen Interaktionen definieren und beschreiben, die Ben effektiv und die er nicht effektiv ausführt 143

5.6 Bens spezifische Eingangsqualität sozialer Interaktion zusammenfassen 149

5.7	Klientenzentrierte Ziele aufgrund der Ergebnisse einer ESI-Beobachtung entwickeln	152
5.8	Betätigungs-basierte Intervention entwickeln	153
6	Motorische und prozessbezogene Fertigkeiten und soziale Interaktionsfertigkeiten.....	155
6.1	Begründung für das Dokumentieren der Qualität von Betätigungsperformanz.....	160
6.2	Motorische Fertigkeiten	163
6.2.1	Körperposition.....	163
6.2.2	Gegenstände erreichen und halten	164
6.2.3	Sich selbst und Gegenstände bewegen.....	165
6.2.4	Ausführung aufrechterhalten.....	166
6.3	Prozessbezogene Fertigkeiten	167
6.3.1	Ausführung aufrechterhalten.....	167
6.3.2	Wissen anwenden	168
6.3.3	Zeitliche Organisation.....	169
6.3.4	Raum und Gegenstände organisieren	170
6.3.5	Ausführung anpassen.....	172
6.4	Soziale Interaktionsfertigkeiten.....	174
6.4.1	Soziale Interaktion initiieren und beenden	174
6.4.2	Soziale Interaktion produzieren.....	175
6.4.3	Soziale Interaktion körperlich unterstützen	175
6.4.4	Inhalt der sozialen Interaktion ausformen	177
6.4.5	Fluss der sozialen Interaktion aufrechterhalten.....	179
6.4.6	Soziale Interaktion verbal unterstützen	180
6.4.7	Soziale Interaktion anpassen.....	181
6.5	Nicht-standardisierte Bewertungskriterien	182
6.5.1	Betätigungsperformanz – Anstrengung	182
6.5.2	Betätigungsperformanz – Effizienz.....	182
6.5.3	Betätigungsperformanz – Sicherheit	183
6.5.4	Betätigungsperformanz – Notwendigkeit erhaltener Hilfe oder Unterstützung	184
6.5.5	Betätigungsperformanz – Soziale Angemessenheit	184
6.5.6	Betätigungsperformanz – Zufriedenheit.....	185
	Literatur	187
	Anhang	195
A.1	Beziehung zwischen dem ergotherapeutischen Framework und der ICF	197
A.2	Ein ergotherapeutisches Programm, aufgebaut auf dem OTIPM	201
A.3	Vokabeln zum OTIPM Deutsch/Englisch.....	215
A.4	Vokabeln zum OTIPM Englisch/Deutsch.....	219

Danksagung



Anne G. Fisher

All den Teilnehmern an OTIPM-Kursen in der ganzen Welt möchte ich meinen Dank und meine Anerkennung aussprechen für die kritischen Kommentare und Fragen. Sie waren eine nie versiegende Quelle der Stimulation – ihre Probleme und Überlegungen und die unterschiedlichen Situationen in der Praxis bildeten seit der ersten Veröffentlichung des OTIPM 1998 eine wichtige Grundlage für die vielen Änderungen (Fisher, 1998).

Ich freue mich auch, dass die Übersetzung ins Deutsche Wirklichkeit geworden ist. Die Arbeit mit Barbara Dehnhardt, mit der mich die Wertschätzung von Betätigung und präziser Sprache verbindet, war eine wunderbare Erfahrung. Aber vor allem war es die inspirierende Verbindung zu meinen deutschsprachigen Kolleginnen und Kollegen in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich, die diese Übersetzung ermöglicht hat. Sie alle bemühen sich um die Weiterentwicklung der Ergotherapie und fördern betätigungsfokussierte und betätigungsbasierte Evaluation und Intervention.

Anne G. Fisher, 2014

Anmerkungen zur Übersetzung

Mein besonderer **Dank** gilt der Autorin Anne Fisher für die großzügige Genehmigung zur Übersetzung des Buches und für ihre ständige Bereitschaft, aus allen Teilen der Welt meine unendlich vielen Fragen zum Text zu beantworten, dank E-Mail meist von einem Tag auf den anderen. Ohne ihre Unterstützung wäre das Erscheinen dieses Buches nicht möglich gewesen. Ebenso bedanken möchte ich mich bei zahlreichen Kolleginnen für die umfangreichen Diskussionen zur Übersetzung vieler Fachbegriffe, allen voran Daniela Senn und Barbara Aegler aus Zürich, die durch die Verwendung des Modells an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) bereits Erfahrung in der deutschsprachigen Verwendung des Modells gewonnen haben, und bei meinem Mann für Formulierungshilfen. Ebenso hilfreich war Almut Späth, bisher Zürich, seit kurzem Hamburg, beim letzten Schliff und der endgültigen Überarbeitung sämtlicher Kapitel. Auch Melanie Hessenauer trug als AMPS-Dozentin wesentlich zur Formung der einzelnen Begriffe im Deutschen bei.

Für mich hat die Übersetzung dieses Buches eine große, aber schöne Herausforderung dargestellt. Durch Teilnahme an AMPS-Kursen (Assessment of Motor and Process Skills), einem ESI-Kurs (Evaluation sozialer Interaktion) und durch die Übersetzung von AMPS- und ESI-Handbüchern zu umfangreichen Teilen konnte ich schon Erfahrung mit Literatur von Anne Fisher sammeln, die mir hier zugutekam.

Erläuterung zu einigen Begriffen:

Hinweisen möchte ich auf den Gebrauch des Wortes **Evaluation**. In englischsprachiger Fachliteratur ist es üblich, Evaluation nicht nur für die abschließende Erhebung des Ergebnisses zu benutzen, sondern auch für die Anfangserhebung. Dies habe ich auch für die deutsche Version übernommen.

Den Begriff **Intervention** habe ich auch im Deutschen beibehalten, weil er meines Erachtens deutlicher als „Therapie“ das benennt, was Ergotherapeuten tun. Von vielen Kolleginnen und Kollegen (und auch Klienten) werden bei uns die umfangreichen Erhebungen zu Beginn, sowie Beratung und Informieren nicht als „Therapie“ angesehen („Wann fangen wir endlich mit der Therapie an?“). Das, was gemeinhin unter Therapie verstanden wird, ist aber nur ein Teil von Intervention.

Wegen der besseren Lesbarkeit wurde **the occupational therapist** mit **die Ergotherapeutin** wiedergegeben und **the client** mit **der Klient**. Dabei sind mit diesen Begriffen (und mit weiteren Personen- oder Berufsbezeichnungen) natürlich immer jeweils beide Geschlechter gemeint.

Die Autorin verwendet an den meisten Stellen, an denen im Deutschen „**oder**“ steht, die Bezeichnung „**und/oder**“. Meiner Meinung nach schließt die Bezeichnung „oder“ ein, dass sowohl das Eine ODER das Andere, aber auch das Eine UND das Andere gemeint sein kann. Deshalb habe ich das sperrige „**und/oder**“ ausschließlich durch „**oder**“ wiedergegeben.

Die Verwendung des Begriffs „**Modell**“ mag manchmal etwas ungewöhnlich anmuten, besonders in der Grafik auf Seite 28/29 (Abb. 5a und 5b). Das Wort „Ansatz“ kann an manchen Stellen einleuchtender erscheinen. Dies ist auch durchaus legitim, aber Anne Fisher zieht nun mal „Modell“ vor.

Für Leser, die sich für die in diesem Buch benutzte Übersetzung einzelner Fachbegriffe interessieren, ist am Ende ein kleines **Vokabelverzeichnis** angefügt, und zwar sowohl Englisch/Deutsch als auch Deutsch/Englisch. Mir ist durchaus bewusst, dass die Übersetzung so mancher Begriffe noch weiter diskutiert werden könnte. Vielleicht kristallisieren sich im Lauf der Zeit noch andere Übersetzungen heraus.

Wenn nachfolgend im Buch von „ich“, „wir“ oder „mein“ die Rede ist, ist damit stets die Autorin Anne Fisher gemeint. Meine Anmerkungen als Übersetzerin sind jeweils gesondert gekennzeichnet.

Ich habe mich um eine möglichst enge Übersetzung bemüht. Um die Lesbarkeit zu erhöhen, habe ich an manchen Stellen eine abweichende Formulierung gewählt. Auch entspricht das Layout nicht immer ganz der Originalausgabe von 2009, sondern ist den aktuellen europäischen Lesegewohnheiten und der Buchreihe angepasst.

Barbara Dehnhardt, März 2014

Kapitel 1

Einführung

Der Sinn dieses Buches besteht darin, das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) als einen Weg darzustellen, wie Betätigung und Ergotherapie zu verstehen sind. Es soll Ergotherapeuten in die Lage versetzen, Betätigung als den ganz besonderen Schwerpunkt ihrer Arbeit hervorzuheben. Aus Sicht der Ergotherapie bedeutet „im Alltag zu funktionieren“ **die Fähigkeit unserer Klienten, alltägliche Aufgaben, die sie tun möchten, tun müssen oder die von ihnen erwartet werden, so auszuführen, dass sie erwünschte Lebensrollen übernehmen und an der Gesellschaft partizipieren können.**

Das OTIPM geht davon aus,

- dass jeder Mensch einzigartig ist und den Willen hat, sich mit Aktivitäten zu befassen, die für ihn Bedeutung und einen persönlichen Zweck haben,
- dass das Sich-Befassen mit Betätigungen eines Klienten (bedeutungsvolles und zweckdienliches Tun) den zentralen Schwerpunkt unseres Berufes bildet,
- dass der therapeutische Einsatz von Betätigung das vorrangige „Mittel“ darstellt, um Betätigung unserer Klienten zu fördern und
- dass unser wichtigstes „Ziel“¹ darin besteht, dass Klienten die Fähigkeit erlangen, für sie bedeutungsvolle und zweckdienliche Betätigung auszuführen.

Mein Ziel bei der Entwicklung des OTIPM bestand darin, Ergotherapeuten eine **Struktur** anzubieten, die **das berufliche Reasoning** beim Planen und Umsetzen von ergotherapeutischen Dienstleistungen **begleitet**. Das OTIPM ist ein Modell, mit dem das berufliche Reasoning so geleitet wird, dass wir den **klientenzentrierten, betätigungs-basierten Top-down-Ansatz bei Assessment und Intervention hervorheben.**

In diesem Kapitel werde ich diese Konzepte vorstellen – Ansätze für Assessment und Intervention, die klientenzentriert, top-down- und betätigungs-basiert sind. Außerdem werde ich die Schlüsselterminologie, wie sie im OTIPM verwandt wird, darstellen. Dann gebe ich einen knappen Überblick über das OTIPM und vergleiche kurz theoriegeleitetes mit prozessgeleitetem Reasoning. Am Schluss folgt ein Überblick über den Zweck und den Inhalt der übrigen Kapitel.

1.1 Klientenzentrierte Ergotherapie

Das Konzept der Klientenzentrierung hat seinen Ursprung in der Arbeit von Carl Rogers (1951). In jüngerer Zeit ist Klientenzentrierung auch zu einem zentralen Konzept in der Ergotherapie geworden (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 1997, 2002; Fearing & Clark, 2000; Fisher, 1998; Kielhofner, 2002,

1 Die Verwendung der Begriffe „Mittel“ und „Ziel“ (means and end) geht auf Trombly Latham zurück (2008a, 2008c; Trombly 1995a) – sie benutzte die Begriffe Betätigung-als-Mittel und Betätigung-als-Ziel.

2008). Unseren kanadischen Kollegen ist es zu verdanken, dass sie als Erste aus ergotherapeutischer Sicht das Konzept der klientenzentrierten Praxis formuliert haben (CAOT, 1997, 2002).

Klientenzentrierte Praxis bedeutet, eine therapeutische Beziehung aufzubauen und mit unseren Klienten zusammen so zu arbeiten, dass deren eigene Sichtweise im Vordergrund steht. Das bedeutet, dass wir auf jeden Fall alles unternehmen müssen, um unsere Klienten zu verstehen und sie mit ihren eigenen Augen zu betrachten. **Außerdem müssen wir uns auf die Zusammenarbeit mit unseren Klienten einlassen, um ihnen zu ermöglichen, ihre Ziele zu erreichen.** Ein wichtiger Aspekt besteht darin, dass **wir unseren Blick immer auf die Bedürfnisse und Wünsche unseres Klienten richten und sicherstellen, dass er aktiv an Entscheidungen über die Art der Therapie, über die Art der Durchführung und an der Formulierung seiner Ziele und am Interventionsplan beteiligt ist.** (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2005; Fisher & Nyman, 2007; Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], 2005).

1.1.1 *Den Klienten da abholen, wo er steht*

Um klientenzentriert zu arbeiten, muss man den Klienten da abholen, wo er steht bezüglich

- seiner selbst geäußerten Bedürfnisse und Wünsche,
- seiner Motivation und
- seines Verständnisses und seiner Kenntnis, welche Probleme er derzeit mit seiner Betätigungsperformanz hat oder in Zukunft haben wird.



Es ist von besonderer Bedeutung, die Sichtweise und Ziele des Klienten zu respektieren und zu würdigen und ihm nicht seine Träume zu nehmen.

Früher habe ich einmal mit einem jungen Mann gearbeitet, der eine hohe Querschnittslähmung erlitten hatte. Er saß im Rollstuhl, da er natürlich nicht laufen konnte; er konnte zwar seine Ellbogen aktiv beugen und seine Handgelenke strecken, aber seine Finger konnte er nicht aktiv steuern. Als ich ihn kennenlernte, erzählte er mir, dass es sein Ziel sei, wieder in die Firma seiner Familie zurückzukehren und als Dachdecker zu arbeiten. Seine Prognose bezüglich des aktiven Gebrauchs seiner Arme und Beine war ungünstig; der Arzt hatte ihn über seinen Zustand und darüber informiert, dass er nie wieder würde laufen können. Vielleicht hatte er das nicht gehört, oder vielleicht verleugnete er seine Probleme. Egal – ich wusste, dass es wichtig war, ihm nicht seine Träume zu nehmen, weil sie die Quelle seiner Motivation darstellten. Statt zu sagen, „das werden Sie nie können, weil Sie nicht laufen können“, respektierte ich seine Träume und nutzte sie, um mit ihm relevante Kurzzeitziele zu entwickeln, die realistischer waren und ihn dem Langzeitziel einer festen Anstellung näher bringen könnten. Selbst wenn er niemals gehen konnte, wusste ich, dass er in den Familienbetrieb in einer anderen Funktion (z.B. in einer Managerrolle statt als Dachdecker) zurückkehren könnte, sofern das sein Interesse war. Das Wichtige beim Aufbau der Beziehung und der verlässlichen Zusammenarbeit war, dass er die Führung übernahm

und dass ich ihm nicht meine eigene Sicht, was ich für realistisch hielt, überstülpte. Schließlich war ich keine Hellseherin, die in die Zukunft sehen konnte.

1.1.2 Wer ist der Klient?

Um wirklich zu verstehen, was es bedeutet, klientenzentriert zu arbeiten, muss man sich fragen: Wer ist der Klient? Ich benutze den Begriff **Klient** im weitesten Sinne für die Person, Familie, Organisation oder andere Konstellationen oder Gruppen von Personen, für die Intervention stattfinden könnte. Genauer gesagt benutze ich drei unterschiedliche Begriffe für „Klient“ (Fisher & Nyman, 2007):



1) **Person** – meistens die Person, der Ergotherapie verordnet wurde oder die sich darum bemühte (z.B. Patient, Kunde, Verbraucher, Schüler), auch gesunde Personen, die um präventive Ergotherapie ersuchen.

Der Begriff der „Person, der Ergotherapie verordnet wurde oder die sich darum bemühte“ taucht häufig im Buch auf. Da der Begriff sehr sperrig erscheint, wird im weiteren Verlauf der Übersetzung von der „primären Person“ oder vom „primären Klienten“ gesprochen.

2) **Klientenkonstellation** – sowohl die primäre Person als auch weitere Personen, die mit ihr zusammen wohnen, arbeiten oder sonst wie eng mit ihr verbunden sind, sofern sie von deren Betätigungsproblemen betroffen sind. Das könnten sein:

In den USA ist es auch möglich, dass Klienten von sich aus zur Ergotherapie gehen, ohne dass der Arzt dies verordnen muss.

- ein Mann nach Schlaganfall und seine Familie, mit der er eng zusammenlebt,
- eine Frau mit Demenz, die ein Tageszentrum besucht, und die Angestellten, die regelmäßig mit ihr arbeiten, oder
- ein Schüler einer Grundschulklasse und sein Lehrer.

Es werden nur die Menschen zur Klientenkonstellation gerechnet, die selbst ein Leistungsproblem in Bezug auf Arbeit oder Interaktion mit einer primären Person haben.



3) **Klientengruppe** – eine Gruppe von Personen, die ähnliche Probleme bei der Ausführung von Betätigung haben, die aber nicht verwandt sind und auch sonst nicht miteinander in Beziehung stehen. Beispiele für Klientengruppen sind:

- das Personal, das für die Versorgung von Personen im Heim zuständig ist, egal ob für eine einzelne Person oder für alle in dem Heim;
- eine Gruppe von geistig behinderten Personen, die gemeinsam an einem Interventionsprogramm in einer Tagesstätte teilnehmen;
- eine Gruppe von Schülern, die alle zusammen im Klassenraum Ergotherapie bekommen;
- eine Firma (d.h. eine Klientengruppe aus Personen der Firmenleitung und Arbeitnehmern) oder
- die Bewohner einer bestimmten geografischen Region (z.B. gesunde ältere Menschen in einer großen Stadt).