

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Klientenzentrierung in der Ergotherapie

„Client-centred care, a core value of occupational therapy (OT) and the gold standard of health care“ (Cameron und McColl, 2015, S.322) – die Klientenzentrierung ist eines der Kernelemente der Ergotherapie.

Der Grundgedanke der Klientenzentrierung ist nicht neu. Rogers beschäftigt sich schon in den 1940er Jahren mit klientenzentrierter Gesprächsführung in der psychotherapeutischen Behandlung mit Ziel, Menschen dazu zu befähigen, Probleme selbst zu lösen und durch die klientenzentrierte Vorgehensweise auch mit künftigen Problemen besser umgehen zu können (vgl. Weinberger, 2013, S.32 -35).

In den letzten Jahren gewinnt die Klientenzentrierung in medizinischen und therapeutischen Disziplinen zunehmend an Bedeutung (vgl. Sumsion, 2002, S.3). Die Mitarbeit von KlientInnen wird in der klientenzentrierten Praxis als wichtigster Faktor innerhalb der Intervention erachtet (vgl. ebd.). Eine Begründung für die Entwicklung der Klientenzentrierung stellt die seit den 90er Jahren wachsende Bedeutung der Gesundheitsförderung dar. Diese wird laut WHO definiert als „Prozess, der Menschen befähigt, durch stärkere Einflussmöglichkeiten und mehr Eigenverantwortung ihre Gesundheit zu verbessern“ (WHO 1994 in Sumsion, 2002, S.3). Das College of Occupational Therapists¹ (englische Ergotherapiekammer) schreibt in seiner Berufsethik (Code of Ethics and Professional Conduct) klientenzentrierte sowie bedürfnisorientierte ergotherapeutische Interventionen vor und stärkt somit den klientenzentrierten Ansatz innerhalb der Ergotherapie (vgl. College of Occupational Therapists, 1995 in Sumsion 2002, S.3).

Als Voraussetzung für das klientenzentrierte Arbeiten im Rahmen der Ergotherapie wird eine Definition von Klientenzentrierung benötigt, die den TherapeutInnen ermöglicht, „in die Welt des Klienten einzutreten und die Erkrankung mit dessen Augen zu sehen“ (Brown et al. 1989 in Sumsion, 2002, S.5). Verschiedene Autoren bekräftigen und erweitern die Aussage von Brown, indem sie das Einnehmen der Sichtweise von Klientinnen als Grundlage ansehen, um deren Gefühle, Erwartungen und Befürchtungen verstehen zu können (vgl. Henbest u.

1 „The British Association and College of Occupational Therapists is committed to promoting the unique value and benefits of occupational therapy to the public, service commissioners and political representatives.“ (<https://www.cot.co.uk/>)

Fehrsen 1992; McCracken et al. 1983 in Sumsion 2002, S.5). Unsworth vertieft 2001 den Aspekt des Verständnisses für die Sichtweise der KlientInnen durch die TherapeutInnen in einer Studie über die Clinical Reasoning Prozesse von ErgotherapeutInnen: „this client centredness permeated many aspects of their therapy including their approach to client communication, and attempts to understand the problems from the client's point of view“ (Unsworth, 2001b, S. 170). Mortenson und Dyck identifizierten in ihrer Studie im Jahr 2006 drei bedeutsame Themen in Bezug auf klientenzentrierte Ergotherapie: „the different interpretations of occupational therapy discourse, the power of context, and the continuum of client-therapist interactions“ (Mortensen; Dyck, 2006, S. 261). Auch die Canadian Association of Occupational Therapists² beschreibt im Jahr 1999 bereits die Wichtigkeit, innerhalb der Ergotherapie das Wissen der KlientInnen und das der TherapeutInnen im Zuge der Entscheidungsfindung zusammenfließen zu lassen, um einen klientenzentrierten ergotherapeutischen Prozess zu erreichen (vgl. CAOT et al., 1999). Dieser wird nach Hammell (2001) gekennzeichnet durch „collaborative and partnership approaches to practice that encourage client autonomy, choice and control, respect for clients' abilities and support for their rights to enact these choices“ (Law et al, 1995; CAOT, 1997 in Hammell, 2001, S. 228). Hier wird ein enger Zusammenhang zwischen klientenzentrierter Arbeitsweise und therapeutischer Beziehungsgestaltung sichtbar, da der Klienten-zentrierung eine Haltung gegenüber den KlientInnen zugrunde liegt, ohne die eine klientenzentrierte Therapie nicht umsetzbar ist. Hammell führt in einem Artikel aus dem Jahr 2013 Respekt gegenüber KlientInnen und deren Wissen, Erfahrungen und Entscheidungen als Basis für eine unterstützende TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung an (vgl. Hammell, 2013, S.141f.) Wener et al. (2015) äußern in Bezug auf die therapeutische Beziehungsgestaltung: „When the therapist is client-centred and the power differential is diminished between the client and the therapist, the client may feel empowered and the therapeutic relationship may be enhanced“ (Wener et al., 2015, S.308). Zur Umsetzung der klientenzentrierten Haltung in der ergotherapeutischen Arbeit betont Tickle-Degnen (2002) die Bedeutung der Integration klientenzentrierter Prinzipien in die tägliche Praxis, um ein gutes Arbeitsverhältnis mit KlientInnen zu schaffen (vgl. Tickle-Degnen, 2002, S. 470f.). In einer Fallstudie aus dem Jahr 2011 beschreiben Crepeau und Garren die Verantwortlichkeit der TherapeutInnen für die therapeutische Beziehungs-

2 Die Canadian Association of Occupational Therapists, abgekürzt CAOT, ist der kanadische Berufsverband der ErgotherapeutInnen. Weitere Informationen sind zu finden unter <https://www.caot.ca/>

gestaltung am Beispiel klientenzentrierter Handtherapie: „However, it is the therapist who is responsible for establishing the environment for the therapeutic relationship to develop and flourish.“ (Crepeau und Garren, 2011, S. 872).

Neben vielen Verfechtern des klientenzentrierten Ansatzes innerhalb der Ergotherapie äußern sich einige Autoren in der aktuellen Ergotherapieliteratur kritisch: Beispielsweise beschreiben Phoenix und Vanderkaay (2015) eine kritische Perspektive auf Klientenzentrierung anhand ergotherapeutischer Behandlung mit Kindern und deren Familiensystem (vgl. Phoenix und Vanderkaay, 2015, S.318ff.). Auch Durocher et al. (2015) stellen in ihrem Artikel Ergebnisse einer mikroethnographischen Fallstudie zur ergotherapeutischen Entlassungsplanung und den daraus resultierenden ethischen Konflikten in Bezug auf Klientensicherheit im Widerspruch zum klientenzentrierten Vorgehen dar (vgl. Durocher et al., 2015, S. 293ff.). In einem Artikel von Njelesani et al. (2015) beschreiben die Autoren kritische Denkansätze bezüglich der Klientenzentrierung mit Blick auf Beteiligungsmöglichkeiten älterer Menschen (Njelesani et al., 2015, S. 252ff.). Kritische Betrachtungen der Klientenzentrierung werden auch von Rudman (2006) dargestellt. Sie beschreibt in einem Artikel gesellschaftskritisch das neo-liberal geprägte Bild des autonomen, selbstverantwortlichen und aktiven Rentners und stellt das Idealbild der persönlichen Freiheit in Frage (vgl. Rudman, 2006, S.181f.). Pitonyak et al. (2015) betonen in ihrem Artikel die Bedeutung von sozialen Determinanten und gesellschaftlichem Level als erweiterte Sicht auf Klientenzentrierung. Sie kritisieren den eingeschränkten Fokus auf den aktuellen und unmittelbaren Kontext von KlientInnen:

„Client-centred thinking in occupational therapy underemphasizes the influence of social determinants and societal-level factors on occupation across the life course. When client-centred thinking focuses solely on the local or immediate contexts of individuals, therapists may not fully recognize or understand how social determinants can create barriers to occupational participation and performance.“ (Pitonyak et al., 2015, S.277).

Trotz des grundsätzlichen Konsenses der Profession bezüglich Klientenzentrierung wird aus den verschiedenen Definitionen und Ausführungen deutlich, dass der Begriff der Klientenzentrierung von ErgotherapeutInnen sehr unterschiedlich mit Inhalt gefüllt wird. Dies kritisieren schon Gage und Polatajko (1995) indem sie die Bandbreite klientenzentrierter Haltung darstellen, diese reicht von „considering the client’s needs when making treatment decisions to having the client direct the care planning process“ (Gage und Polatajko, 1995, S.116). Parker (2012) untersucht in ihrer Dissertation Perspektiven und Auswirkungen der

klientenzentrierten Praxis innerhalb der Ergotherapie und widmet sich als eine von wenigen ForscherInnen auch den Perspektiven von KlientInnen auf klientenzentrierte Ergotherapie. Sie stellt fest, dass KlientInnen als wichtigste Aspekte innerhalb der Klientenzentrierung benennen, wertgeschätzt und respektiert zu werden, individuell behandelt zu werden, sich in einem gleichrangigen Verhältnis zu den TherapeutInnen zu erleben, das Verhalten und die Haltung der TherapeutInnen sowie die Kommunikation gegenüber und mit den KlientInnen. (vgl. Parker, 2012, S.313). Weiterhin nennen KlientInnen als wichtige Gesichtspunkte das Wissen um eigene Stärken und Bedürfnisse, die Möglichkeit sowie die Bedeutung, eigene Entscheidungen in Bezug auf die Art der Unterstützung durch die TherapeutInnen und die eingesetzten Interventionen zu treffen (vgl. ebd., S.313). Die ergotherapeutische Forschung stellt trotz zunehmender Thematisierung und Fokussierung auf Klientenzentrierung weiterhin die Denk- und Entscheidungsprozesse von TherapeutInnen (Clinical und Professional Reasoning) innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses in den Fokus, während das Reasoning der KlientInnen bislang insgesamt wenig Beachtung findet.

2.2 Clinical und Professional Reasoning in der Ergotherapie

„Studying clinical Reasoning in the complex ‘real world’ therapy environment presents many challenges to the researcher because of the range of problems clinicians work on with their clients, the large amounts of interrelated information used when solving problems, the number of appropriate therapy options the client and therapist can choose to pursue, the dynamic nature of the therapy process [] and the fact the the timing of a therapeutic action can be as important as the selection.“ (Unsworth, 2001a, S.5)

Clinical und Professional Reasoning werden von einigen Autoren als Begriffe voneinander abgegrenzt, von vielen jedoch auch synonym verwendet. Grund für die Unterscheidung der Begriffe ist, dass Professional Reasoning auch in Disziplinen verwendet wird, die nicht medizinisch geprägt sind (vgl. Boyt Schell u. Schell, 2008, S.5), während Clinical Reasoning eher von medizinischen und therapeutischen Disziplinen verwendet wird. In der ergotherapeutischen Fachliteratur wird vermehrt der Begriff des Clinical Reasoning verwendet, da dieser der ursprünglichere Begriff ist und daher in der Definition häufiger auftaucht. Zeitlich versetzt wurde er um den Begriff des Professional Reasoning erweitert, um das nicht ausschließlich klinische Handeln innerhalb der Ergotherapie mit den dazugehöri-

gen Denk- und Entscheidungsprozessen zu betonen. Weiterhin betonen Boyt Schell u. Schell in der Definition von Professional Reasoning die Transaktionen zwischen Denk- und Entscheidungsprozessen und der Umsetzung in Handlungen (vgl. Boyt Schell u. Schell, 2008, S.14). Obwohl in den Definitionen in der Literatur noch vermehrt der Begriff des Clinical Reasoning verwendet wird, soll in dieser Arbeit vorwiegend der Begriff des Professional Reasoning genutzt werden, um den nicht-klinischen Kontext ergotherapeutischer Beratung mit einzuschließen (vgl. Mattingly, 1991, S.985) und den Fokus der Arbeit auf Beratung statt auf umrissene ergotherapeutische Behandlung zu legen. Die Ergotherapie hat den Begriff des Clinical reasoning geprägt als „the process used by practitioners to plan, direct, perform und reflect on client care“ (Schell in Boyt Schell u. Schell, 2008, S.131). Clinical Reasoning dient im ergotherapeutischen Kontext dazu, TherapeutInnen in ihrem professionellen Handeln zu unterstützen und Interventionen unter verschiedenen Gesichtspunkten zu analysieren. „Their clinical reasoning can improve intervention efficacy“ (Carrier et al., 2010, S.356). Higgs u. Jones erweitern den Begriff des Clinical Reasoning, indem sie ihn als “the sum of the thinking and decision-making processes associated with clinical practice” (Higgs u. Jones, 2008 in Higgs et al. 2008, S.4) beschreiben. Außerdem stellen sie Clinical Reasoning als “critical skill in the health professions, central to the practice of professional autonomy, and it enables practitioners to take ‘wise’ action, meaning taking the best judged action in a specific context” (ebd.) dar. Die Autoren fügen somit noch die Aspekte der klinischen Praxis, Autonomie und den Kontext als wesentliche Elemente des Clinical Reasonings hinzu. Fleming betont, dass der Einsatz verschiedener Clinical Reasoning-Formen, darunter „scientific, procedural, interactive, ethical, narrative, pragmatic and conditional reasoning“ (Fleming in Boyt-Schell u. Schell, 2008, S.30) (vgl. hierzu vertiefend Anlage I) während des ergotherapeutischen Prozesses maßgeblich den Erfolg der Therapie bestimmt, indem er dazu beiträgt, die Handlungsfähigkeit von Klienten in der Gegenwart und Zukunft zu verbessern (vgl. Fleming in Feiler, 2003, S.5). Des Weiteren beschreibt Fleming Clinical Reasoning als Fähigkeiten, die sich durch die praktische Tätigkeit vertiefen und ausbauen, so dass sie die Weiterentwicklung und Reflexion des Reasoning als wichtiges Anliegen für TherapeutInnen ansieht (vgl. ebd.).

2.3 Der Einsatz audiovisueller Daten in der Sozialforschung

„Audiovisuelle Daten sind von hervorragendem Wert für die Sozialforschung, denn wie kein anderes Aufzeichnungsmedium bieten sie Beobachtern und Interpreten eine unvergleichliche Fülle von Wahrnehmungsaspekten.“ (Tuma et al., 2013, S.31).

Die Nutzung von Videos zur Erforschung von Interaktion ist insbesondere aufgrund der Berücksichtigung von Körperhaltung, Gestik und Mimik sowie Sprache von besonderer Bedeutung (vgl. ebd., S.31f.). Tuma et al. bezeichnen Videokameras im Sinne eines Erhebungsinstruments für die empirische Sozialforschung als „Interaktionsmikroskop[e]“ (ebd., S.32). Die wissenschaftliche Nutzung von Videomaterial sieht vor, das videographierte Material zum Gegenstand der Analyse zu machen (vgl. Reichertz in Moritz, 2014, S.60).

Head-mounted Cameras in der Clinical Reasoning Forschung

Unter Head-mounted Cameras werden Kameras verstanden, die mittels einer Haltevorrichtung am Kopf des Filmenden befestigt werden und somit Aufnahmen ermöglichen, die in hohem Maße den Blickwinkel des Filmenden wiedergeben (vgl. Unsworth, 2005, S.38). Ursprünglich findet der Einsatz der Kopfkameras vermehrt im Actionsport statt, sie werden aber auch zunehmend in der Interaktionsforschung genutzt, da sie besser als Stativkameras das Interaktionsgeschehen aus Sicht der Beteiligten dokumentieren: „The difference is believed to impair the therapist’s capacity to recall his or her reasoning“ (Omodei u. McLennan 1994 in Unsworth, 2001a, S. 585). Ein weiterer Vorzug der Kopfkameras ist, dass diese ein freies Bewegen im Raum und Agieren mit beiden Händen ermöglichen sowie eine Person zur Kamerabedienung überflüssig machen, deren Anwesenheit sich unter Umständen störend auf die Therapie- und / oder Forschungssituation auswirken würde (vgl. Unsworth, 2005, S.38).

Unsworth beschreibt das Vorgehen mittels der Videoaufnahmen innerhalb der Clinical Reasoning- Forschung: „Therapists then view the video recording [...] with the researcher, and provide a commentary on the events of therapy and supporting reasoning. This clinical reasoning soundtrack is recorded onto a new videotape which also depicts the footage of therapy session“ (Unsworth, 2001b, S.165). Als wichtige Einsatzmöglichkeiten der Kopfkameras in der Reasoning-forschung stellt sie dar: „to monitor client change over time, to provide objective feedbacks to clients regarding behavior, and to enable therapists to study client verbal and nonverbal interactions“ (Unsworth, 2005, S.38). Omodei und McLennan

nan betonen Nachteile alternativer Videoaufzeichnungen: "Most alternative data-collection procedures are intrusive and disruptive of the decision-making processes involved while conventional video-recording procedures are either impractical or impossible." (Omodei u. McLennan, 1994, S.1411).

2.4 Begriffsbestimmung Beratung im Kontext der Ergotherapie

Es finden sich zahlreiche Publikationen zu Beratung in (psycho-) therapeutischen Kontexten (z.B. Knox, 2008, Gallagher et al., 1992, u.a.). Spezifische Studien zu ergotherapeutischer Beratung sind dagegen kaum zu finden oder fokussieren auf bestimmte, oft diagnoseabhängige, Zielgruppen (z.B. Jaffe, 1988, S.87ff. u. Chapleau et al., 2012, S.379ff.). Die Definition ergotherapeutischer Beratung gestaltet sich aufgrund der dürftigen Literaturlage ebenfalls schwierig, da eine deutliche Unsicherheit und damit einhergehende unklare Beschreibung von Beratung im Rahmen der Ergotherapie vorherrscht. Schon in den 90er Jahren beschäftigten sich Autoren in Anlehnung an Hagedorn (1995) mit der Definition ergotherapeutischer Beratung. Job, Broom und Habermehl beschreiben in einem Artikel die Ambivalenz und Unklarheit in Bezug auf das ergotherapeutische Beratungsverständnis folgendermaßen: „This may reflect an ambivalence illustrated by Hagedorn (1995) in that 'all therapists need basic counselling skills' (p262) but that occupational therapists who 'spend the majority of their time utilising skills which are not occupationally referenced, such as counselling ... are not working within the terms of reference of the profession for which they trained' (p28)" (Job, Broom und Habermehl, 1997, S.357). Einig sind sich viele AutorInnen über die Notwendigkeit des Kompetenzerwerbs für ErgotherapeutInnen in der Beratung, um in dem sich entwickelnden Aufgabenprofil als ergotherapeutische/r BeraterIn Orientierung zu finden und die eigene Rolle zu definieren (vgl. z.B. Dudgeon u. Greenberg, 1998, S.801ff.). Whitcher und Tse führten eine qualitative Studie zur Erforschung von Beratungskompetenzen der ErgotherapeutInnen durch und stellen im Rahmen ihrer Publikation die Sicht der British Association for Counselling in Bezug auf ergotherapeutische Beratung dar: "The British Association for Counselling's (2000) guidelines for counselling skills suggested that occupational therapists may use counselling skills, as long as they are still practising under their professional code of ethics and acting in their primary role (that is, enabling occupation)." (Whitcher u. Tse, 2004, S. 362). Neben Studien zu den Beratungsskills und -kompetenzen wird auch das „Counsellor's Self“ untersucht. Reupert veröffentlicht 2006 einen Artikel, in dem sie sich mit dem Einbrin-

gen des Beraterselbst in den Prozess und Auswirkungen auf Ausbildung und Supervision von BeraterInnen beschäftigt (vgl. Reupert, 2006, S.95ff.). Einige ergotherapeutische Studien zu Beratung fokussieren eher die Effektivität von Fachexpertenberatung (z.B. Kessler et al., 2014, S.279ff.) sowie auf die Beratung spezifischer Zielgruppen, die durch bestimmte Diagnosen oder Einschränkungen charakterisiert sind. Hier führen beispielsweise Chapleau et al. 2012 eine Studie durch mit dem Ziel zu erforschen, welche Auswirkungen ergotherapeutische Beratung auf die Stabilisierung der Wohnsituation von wohnungslosen psychisch erkrankten KlientInnen hat (vgl. Chapleau et al., 2012, S.379ff.). Es gibt zahlreiche Studien, die sich mit der Klientenzentrierung innerhalb von Beratung beschäftigen. Viele davon entstammen nicht der Ergotherapieforschung, lassen sich aber sehr gut auf ergotherapeutische Beratungskontexte übertragen. Beispielsweise führen Gallagher und Hargie (1992) eine Studie durch, in der sie den Zusammenhang zwischen persönlichen Beraterkompetenzen und den Basisvariablen nach Rogers Empathie, Akzeptanz und Echtheit in der klientenzentrierten Beratung erforschten (vgl. Gallagher und Hargie, 1992, S.3ff.). Sie zeigen Diskrepanzen zwischen dem eigentlich intendierten und dem tatsächlich gezeigten Kommunikationsverhalten der BeraterInnen im Rahmen klientenzentrierter Beratungssituationen auf (vgl. ebd.). Fengler beschreibt 2005 vier Ethikkriterien für Psychotherapie, Beratung und Supervision: 1. die Basiskompetenz und Basisperformanz, welche die theoretische Einbettung des Handelns beinhalten, 2. die reife Helferpersönlichkeit, 3. die Stützung des Klienten sowie 4. das Wohlbefinden des Helfers (vgl. Fengler, 2005, S.303ff.), wobei er einen „graduellen Unterschied“ der Stützung in Unterscheidung von Psychotherapie zu Beratung und Supervision anführt (vgl. ebd.). Er sieht die Aufgabe der Beratung darin, „ein wenig Entlastung, Einsicht, Zuversicht und Handlungsfähigkeit *sofort* zu vermitteln“ (Fengler, 2005, S. 307). In einer 2007 veröffentlichten Studie untersucht Lambert die KlientInnenperspektive auf Beratung und stellt fest, dass sich die Sichtweise von KlientInnen auf ihre Beratung, vor, während und nach dem Prozess verändert (vgl. Lambert, 2007, S.106ff.). Sie entwickelt sich laut Lambert von Unsicherheit über einen zunehmend positiven Blick hin zu Erleichterung, Empfinden stärkerer Kontrolle über das eigene Leben sowie einem gesteigerten Selbstbewusstsein (vgl. ebd.).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es bislang keine einheitlichen Standards zur Umsetzung ergotherapeutischer Beratung gibt sowie der Beratungsbegriff ein bislang uneinheitlicher ist und sich je nach ergotherapeutischem Setting deutlich unterscheidet.

Ergotherapeutische Beratungssituationen
Eine videobasierte Studie zur Interaktion von Client
Reasoning und Professional Reasoning
Best, L.
2017, XI, 75 S. 8 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-18040-9