

Veränderung begleiten

Carine Daoud Bonjour, Julie Deriaz, Ophélie Küenzi, Sylvie Moroszlay, Magali Steffen, Julie Wassmer, Rebecca Weisflog Der vorliegende Beitrag gibt einen Einblick in die Arbeit des Qualitätszirkels «Ergo Dom Romandie 2022», dessen Teilnehmerinnen sich intensiv mit dem Thema «Wie kann ich meine Klient*innen auf dem Weg zur Veränderung besser begleiten?» auseinandergesetzt haben. Unser Anliegen ist es, zu beschreiben, wie der Qualitätszirkel funktioniert, auf welchen Theorien unsere Arbeit beruht und welche Veränderungen sich in der Praxis ergeben haben.

Die Publikation erfolgt in drei Teilen, und zwar in den Fachausgaben Februar, April und Juni der «Ergotherapie». Der vorliegende Artikel bezieht sich auf den Ablauf des Qualitätszirkels (QZ) und darauf, wie die Ergotherapeutinnen ihre Klient*innen im Hinblick auf Veränderung(en) wahrnehmen. In der April-Ausgabe stehen die Interaktionen im Hinblick auf eine mögliche Veränderung im Zentrum. Die Juni-Ausgabe legt den Schwerpunkt auf die Struktur der Intervention zur Unterstützung des Engagements für Veränderung(en).

QZ «Ergo Dom Romandie 2022»

Moderiert wurde dieser Qualitätszirkel von den Ergotherapeutinnen Julie Deriaz und Magali Steffen. Alle zehn teilnehmenden Ergotherapeutinnen bieten Domizilbehandlungen an. Der Qualitätszirkel umfasste insgesamt acht zweistündige Treffen (T) sowie die Arbeit zwischen den Treffen (vgl. Abb. 1). In den Treffen T1 bis T4 legten wir fest, wie die Gruppe funktionieren soll und über welche Qualitätsbegriffe in der Ergotherapie wir diskutieren wollen. Eingestiegen sind

R1: 02.02.2022

- Präsentation
- Qualität
- Themenspektrum

R2: 10.03.2022

- Themawahl
- Eingrenzen des Themas

R3: 07.04.2022

- Vertiefung des Themas
- Indikatoren

R4: 12.05.2022

- Selbstevaluation
- Fallbeispiel: Frau Rose «davor»

R5: 23.06.2022

- Transtheoretisches Modell
- Kontinuum der Betätigungsveränderung
- Motivierende Gesprächsführung

R6: 10.09.2022

- Volitionsbogen (VB)
- Remotivationsprozess

R7: 06.10.2022

- Verhaltensaktivierung

R8: 24.11.2022

- Fallbeispiel: Frau Rose «danach»

Abbildung 1: Rhythmus und Inhalte der Treffen des Qualitätszirkels «Ergo Dom Romandie 2022»

wir, wie bereits geschrieben, mit dem Thema «Veränderung begleiten». Jede ergotherapeutische Behandlung impliziert Veränderungen (der Aktivitäten, der Rollen, der Umgebung, der Fertigkeiten usw.). Grund für die Ergotherapie können beispielsweise eine Krankheit, die Trauer um einen Mitmenschen oder der Entzug des Führerausweises sein. Die QZ-Teilnehmerinnen formulierten daraus folgende Frage: «Wie kann ich meine Klient*innen besser auf dem Weg zur Veränderung(en) begleiten?» Auf Basis einer Concept Map und den nachfolgenden Fragen wurden das Thema eingegrenzt und Referenztheorien ausgewählt:

- Was kann Gegenstand von Veränderung sein?
- Welche Ergebnisse werden von der Veränderung erwartet?
- Wo liegen die Risiken und die Chancen der Veränderung?
- Wem nützt die Veränderung?
- Wann sollte eine Veränderung stattfinden?
- Was lässt sich über den Zustand oder Status einer Person im Hinblick auf eine Veränderung sagen (Motivation, Fähigkeiten, Interessen, Werte, Kompetenzgefühl usw.)?
- Welche Theorien sind für meine Praxis nützlich, um die Veränderung zu begleiten?
- Wie passe ich meine Haltung dem Zustand der Klient*innen im Hinblick auf Veränderung(en) an?
- Wie kann ich mit dem Netzwerk zusammenarbeiten, um den Veränderungs- oder Nichtveränderungsprozess der Klient*innen zu unterstützen?

Qualitätsindikatoren zu sozialen und fachlichen Kompetenzen (Soft Skills) werden definiert und in eine «Skala zur Selbsteinschätzung des Kompetenzgefühls» umgewandelt. Alle Teilnehmerinnen füllen die Skala aus und legen so ihren Ausgangswert fest. Anhand der fiktiven klinischen Situation von «Frau Rose» übt die Gruppe nun, Gegenstände der Veränderung zu identifizieren. T4 dient der Arbeitsvorbereitung für die folgenden Treffen (T5, T6, T7).

Für T5, T6 und T7 werden pro Treffen je zwei Arbeitsgruppen bestehend aus zwei Personen gebildet, wobei die Zusammensetzung dieser Gruppen bei jedem Treffen eine andere ist. Die Gruppe «Referenztheorien» sucht vor dem Treffen relevante Fachliteratur, stellt Referenztexte (drei bis vier Artikel) zur Verfügung und bereitet eine Präsentation der wichtigsten Punkte vor. Die Gruppe «Experimentieren» hat die Aufgabe, Rollenspiele oder andere Aktivitäten vorzubereiten, mit denen sich die Kompetenzen im Zusammenhang mit den am Treffen behandelten Theorien verbessern lassen. An T5, T6 und T7 präsentiert die Gruppe «Referenztheorien» die wesentlichen theoretischen Aspekte, während die Gruppe «Experimentieren» die Aktivitäten anleitet. Im Anschluss an die Aktivitäten findet ein Austausch statt, der auf den



Die Autorinnen (von oben nach unten): **Julie Deriaz** Ergotherapeutin B. Sc. Selbstständig beim Collectif Ergo. Domizilbehandlungen unterschiedlicher Klient*innengruppen. Praxisausbilderin. Zuständig für die Ausbildung von Qualitätszirkel-Moderator*innen. **Julie Wassmer** Ergotherapeutin M. Sc. Arbeitet in der Haushaltshilfe und in der Spitex. Domizilbehandlungen unterschiedlicher Klient*innengruppen. **Rebecca Weisflog** Ergotherapeutin B. Sc. Arbeitet bei Ergo Gros-de-Vaud. Domizilbehandlungen im Bereich psychischer Gesundheit. **Ophélie Küenzi** Ergotherapeutin B. Sc. Arbeitet für ein Gesundheitszentrum und als Selbstständige beim Collectif Ergo. Domizilbehandlungen unterschiedlicher Klient*innengruppen. **Magali Steffen** Ergotherapeutin B. Sc. Selbstständig beim Collectif Ergo. Domizilbehandlungen unterschiedlicher Klient*innengruppen. Lehrbeauftragte an der HETSL, Kursleiterin EVS-Kurse. Ausbilderin Qualitätszirkel-Moderator*innen. **Carine Daoud Bonjour** Ergotherapeutin FH. Selbstständig. Domizilbehandlungen im Bereich psychischer Gesundheit. **Sylvie Moroszlay** Ergotherapeutin FH. Selbstständig. Domizil- und Praxisbehandlungen, spezialisiert auf Sehbeeinträchtigungen.

Weitere Teilnehmerinnen des Qualitätszirkels:

Floriane Bonadei, Emma Bourlout, Aurélie Golay, Céline Le Meste, Emilie Playoust, Rabhia Seddiki.

Transfer von Fertigkeiten und/oder Verhaltensweisen in den Behandlungen abzielt.

Bei T8 greift die Gruppe die Gegenstände der Veränderung von «Frau Rose» auf und diskutiert sie im Hinblick auf die neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten. Die Teilnehmerinnen bewerten sich selbst mithilfe der «Skala zur Selbsteinschätzung des Kompetenzgefühls» und messen ihren Fortschritt. Zum Abschluss berichten sie über ihre eigenen Projekte, mit denen sie die Qualität in diesem Bereich verbessern wollen.

Von der klinischen Praxis zu den theoretischen Grundlagen

Der Qualitätsverbesserungsprozess beginnt wahrscheinlich in dem Moment, in dem man anfängt, sich mit dem Thema «Veränderung» auseinanderzusetzen und die Ergotherapeutinnen ihre Praxis hinterfragen und sich darüber austauschen. Aus dem Austausch ergeben sich drei Denkachsen, aus denen wiederum sich das Programm für die Treffen T5, T6 und T7 ergibt.

Achse 1: Wie kann man den «Zustand» der Klient*innen gegenüber Veränderung(en) besser verstehen? Die Teilnehmerinnen sind sich einig: Will man die Klient*innen bei ihren Veränderungen begleiten, muss man sie dort abholen können, wo sie sich gerade befinden. Es geht darum, besser zu erfassen, wie motiviert eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens für eine Veränderung ist. Die Teilnehmerinnen beschließen, sich auf das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderungen (TTM) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) und auf das Kontinuum der Betätigungsveränderung gemäss dem Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008; Taylor, 2017) abzustützen.

Achse 2: Wie interagiert man mit Klient*innen, die die Notwendigkeit von Veränderungen, die von anderen als unerlässlich erachtet werden, nicht sehen oder der (den) anzupackenden Veränderung(en) gegenüber ambivalent sind? Die Gruppe erkennt dadurch, wie sich die eigenen Fähigkeiten für Kommunikation und Interaktion verbessern lassen, um das Engagement der Klient*innen und die entstehende Motivation zu unterstützen. «Motivierende Gesprächsführung» (Miller & Rollnick, 2015) bietet Analysetools und Instrumente zum Einsatz der Sprache im Dienst von Veränderung.

Achse 3: Wie kann man die ergotherapeutische Behandlung organisieren, um die Bereitschaft der Klient*innen, sich zu verändern, zu unterstützen? Die Gruppe bespricht Ansätze zur Organisation und Strukturierung der Intervention, die als wirksam anerkannt und bei Domizilbehandlungen angewendet werden können. Sie wählen den als Intervention beschriebenen Remotivationsprozess (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2003), der auf dem Model of Human Occupation (MOH) beruht (Kielhofner, 2008), sowie eines der Werkzeuge, den Volitionsbogen (VB) (De las Heras,

Geist, Kielhofner & Li, 2007), ausserdem die als Verhaltenstherapie mit verschiedenen Programmen beschriebene Verhaltensaktivierung (VA, Dondé, Moirand & Carre, 2018).

Wie nehmen Ergotherapeut*innen ihre Klient*innen angesichts der Veränderung(en) wahr?

In folgenden Publikationen werden die theoretischen Elemente vorgestellt, die während den QZ-Treffen ausgewählt wurden, um den «Zustand» der Klient*innen angesichts von Veränderung(en) (Achse 1) zu beschreiben:

- Das Kontinuum der Betätigungsveränderung (Kielhofner, 2008 S. 197; Taylor 2017)
- Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderungen (MTT) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

In «Model of Human Occupation» (MOH) (Taylor, 2017) beschreibt Kielhofner das Konzept der Volition (vgl. Abb. 2). Sie bildet den Kern des Themas «Veränderung», weil jede Veränderung ein Aktivwerden erfordert, das auf der Motivation beruht, Einfluss auf die eigene Umgebung nehmen zu wollen. Laut Kielhofner (2008) und Taylor (2017) illustriert das Konzept der Volition das angeborene Bedürfnis, selbst Akteur*in sein und präzise Entscheide im Hinblick auf die eigene Betätigung treffen zu wollen. Das Volitionskonzept versucht, drei Fragen zu den Gedanken und Gefühlen der Individuen zu beantworten. Sie verweisen auf die drei Komponenten der Volition:

- 1. Persönliche Faktoren oder Ursachen:** Kompetenzzempfinden, Wahrnehmung der eigenen Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit:
– *Bin ich in der Lage, dieser Betätigung nachzugehen?*
- 2. Werte:** Relevanz, Bedeutung, persönliche Überzeugungen und Verpflichtungen
– *Hat diese Betätigung für mich einen Wert?*
- 3. Interessen:** Vergnügen und Befriedigung
– *Führe ich diese Betätigung gerne aus?*

Die Entwicklung der Volition wird vor dem Hintergrund des Kontinuums der Betätigungsveränderung betrachtet und basiert auf einem Prozess, der in drei Phasen verläuft, die von Mary Reilly (1974) definiert und von Kielhofner (2008) zitiert werden: Exploration, Kompetenz und Erfüllung. Das Kontinuum der Betätigungsveränderung (Kielhofner, 2008 S. 197; Taylor 2017) bildet den Volitionsgrad ab.

1. Exploration: In dieser Phase ist der Volitionsgrad tief. Indem sie neue Betätigungsformen ausprobiert, entdeckt die Person neue Arten, ihre Fähigkeiten zum Ausdruck zu bringen. So kann sie neue Rollen einnehmen und ihre Fähigkeiten, Vorlieben und Werte erken-

nen. Ein sicheres und anspruchloses Umfeld ist entscheidend dafür, dass die Person ihre eigenen Fähigkeiten zu schätzen weiss und Kompetenzzempfinden entwickelt (Taylor, 2017).

2. Kompetenz: In dieser Phase ist der Volitionsgrad durchschnittlich. Die Person passt sich der Situation und dem Umfeld an. Sie erwirbt neue Skills und verbessert die bereits erworbenen. Engagiert sich die Person dauerhaft, werden die Skills zu Gewohnheiten, was den Wirkungsgrad der Betätigung fördert. (Taylor, 2017).

3. Erfüllung: In dieser Phase ist der Volitionsgrad hoch. Die Person hat genügend Skills und Gewohnheiten erworben, um autonom neue Aufgaben übernehmen zu können und damit ihre Betätigungsidentität neu zu gestalten. Rollen und Routineaktivitäten werden dem neuen Verhalten angepasst und fördern damit die Betätigungskompetenz (Taylor, 2017, S. 209).

Transtheoretisches Modell der Veränderung

Im Transtheoretischen Modell der Veränderung (TTM) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) stellen die Autoren fest, dass Behandlungsprogramme häufig eingeführt werden, ohne dass die Fachleute überprüfen, ob die Personen bereit sind, etwas zu tun. Ihr Modell zielt darauf ab, zu beschreiben, in welchem Stadium der Veränderung sich eine Person befindet, und schlägt einen entsprechenden, die Motivation fördernden Begleitmodus vor. Die «Blockade» in einem der Stadien kann zu einem therapeutischen Ziel werden. Die Interventionsstadien und -strategien (vgl. Abb. 3) werden wie folgt beschrieben (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & Velicer, 1997):

1. Absichtslosigkeitsstadium: Die Person ist sich der Problematik nicht bewusst und beabsichtigt nicht, etwas zu ändern. Sorgen macht sich hingegen das Umfeld. Argumentationsbeispiel: «Es ist nicht so, dass ich schlecht höre, meine Enkel geben sich einfach keine Mühe mehr, verständlich zu reden.» Wer so argumentiert, kann als «resistent» und «unmotiviert» wahrgenommen werden. Das Ziel besteht hier in der Bewusstwerdung. Die empfohlene Haltung dazu: Vorstellungen der Person im Zusammenhang mit dem Problem hinterfragen und mit ihrer Zustimmung Informationen weitergeben, ohne Ratschläge zu erteilen.

2. Absichtsbildungsstadium: Die Person ist ambivalent und gibt Absichten zur Verhaltensänderung zu erkennen. Sie informiert sich und wartet auf die ideale Gelegenheit, Verhaltensänderungen in Angriff zu nehmen. Argumentationsbeispiel: «Es wäre schön, wenn ich wieder selbst einkaufen gehen könnte, aber mit einem Rollator sehe ich so alt aus.» Hier ist das Ziel, dass sich die Person eher in Richtung Veränderung

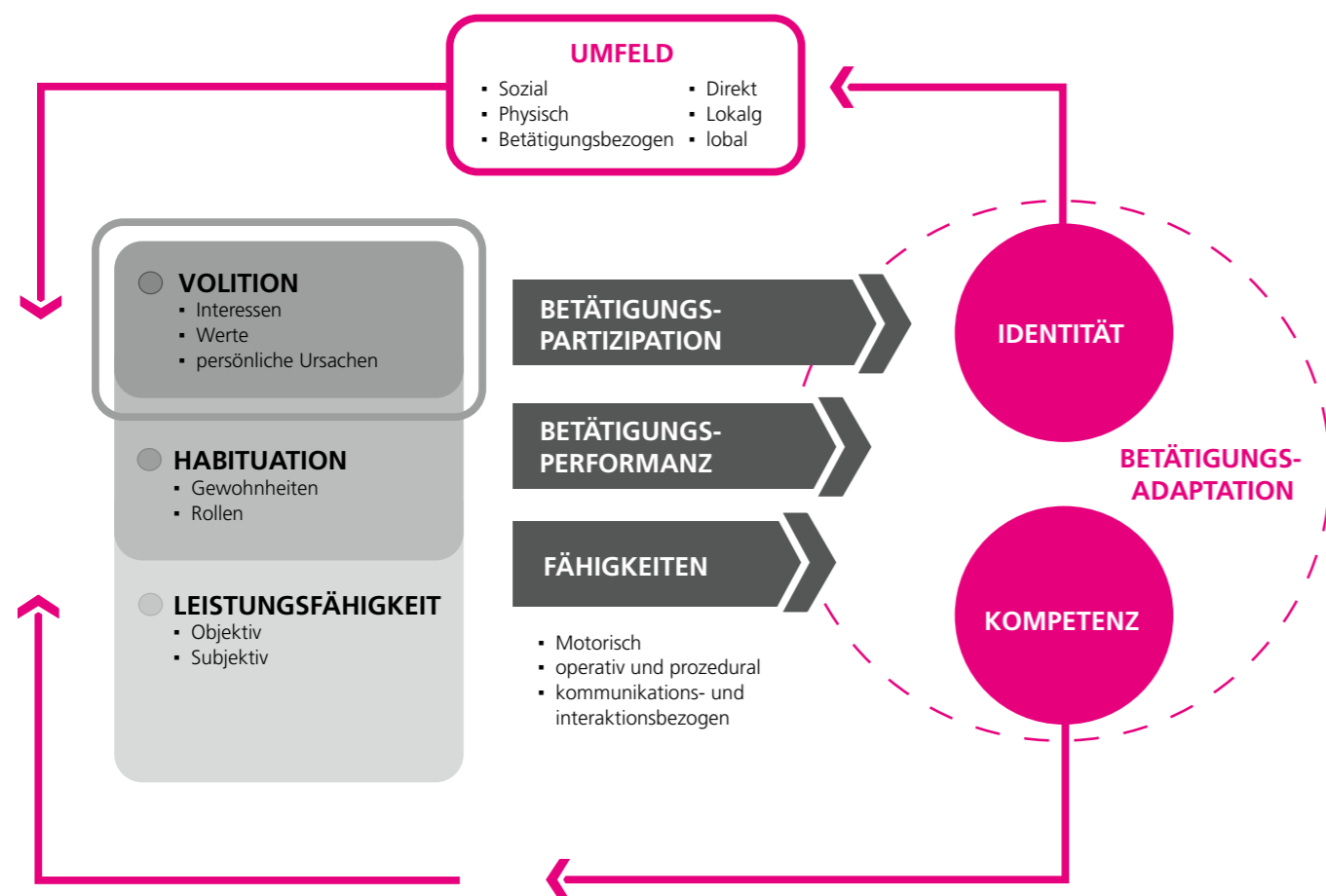


Abbildung 2: Das «Model of Human Occupation» und die Volition, Qualitätszirkel «Ergo Dom Romandie 2022», (2023) nach Macroux (2017).

als davon weg bewegt. Die empfohlene Haltung dazu: Zum Nachdenken über das anvisierte Verhalten anregen und die beiden Seiten der Ambivalenz erörtern, indem die Folgen der beiden Möglichkeiten angesprochen werden, ohne zu einer Veränderung zu drängen, Partei zu ergreifen oder Ratschläge zu erteilen.

3. Vorbereitungsstadium: Die Person legt sich einen Plan zurecht und konkretisiert die Veränderung mit einem Mittel, einem Ort, einem Datum. Argumentationsbeispiel: «Ich muss mich jetzt einfach wieder getrauen, den Bus zu nehmen, so geht das nicht weiter.» Das Ziel hier ist, einen annehmbaren und angemessenen Verhaltensänderungsplan festzulegen. Die

empfohlene Haltung dazu: Das Zurechtlegen eines Handlungsplans unterstützen, die vorhandenen Hilfestellungen auflisten und kurzfristige Ziele festlegen, ohne die Entschlossenheit der betroffenen Person infrage zu stellen.

4. Handlungsstadium: Dies ist das Stadium, das sich am besten beobachten lässt. Es zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Person auf die Verhaltensänderung einlässt. Konkrete, mit dem anvisierten Verhalten verbundene Änderungen werden umgesetzt. Argumentationsbeispiel: «Sie sind die weltbeste Ergotherapeutin. Ich hätte nie gedacht, dass ich das wieder zustande bringe!» Hier ist das Ziel, die Person bei der

Veränderung zu begleiten. Die empfohlene Haltung umfasst Unterstützung und Bestärkung bei jedem gelungenen Schritt. Es geht auch darum, einen Rückfall zu verhindern.

5. Aufrechterhaltungsstadium: Die Veränderung hat sich eingespielt. Argumentationsbeispiel: «Jetzt habe ich schon zwei Monate lang keinen Tropfen Alkohol mehr getrunken.» Das Ziel ist hier, das beharrliche Bemühen zu unterstützen. Die empfohlene Haltung dazu: Einerseits die Vorteile konsolidieren, die auftauchenden Schwierigkeiten verstehen und an die gemachten Anstrengungen erinnern; andererseits einem Rückfall zuvorkommen, indem allfällige Hürden und mögliche Lösungen angesprochen werden.

6. Abschlussstadium: Das alte Verhalten ist dauerhaft aufgegeben. Das neue Verhalten ist leichter umzusetzen und durchzuziehen, wenn das Umfeld die Person unterstützt.

7. Rückfall: Ein Rückfall kann Teil des Veränderungsprozesses sein. Die Tatsache, dass bereits in früheren Stadien mit einem Rückfall gerechnet wird, kann dazu beitragen, dass schnell um Hilfe gebeten wird. Der Rückfall wird dann nicht als Versagen, sondern als Lernmöglichkeit betrachtet. Das Ziel besteht darin, dabei zu helfen, dieses Ereignis zu entdramatisieren und zu überwinden. Zu bevorzugen ist eine Begleitung, die verhindert, dass die Person entmutigt wird. Die Schritte, die zum Rückfall geführt haben, werden analysiert, um etwas Nützliches daraus zu lernen.

Anlässlich des QZ notieren die Teilnehmerinnen die beschriebenen Stadien der Verhaltensänderung. Sie verweisen nicht auf den Status einer Person in Sachen Veränderung im Allgemeinen, sondern auf ein konkretes «Verhaltensänderungsziel». So befindet sich z. B. «Frau Vorwärts» im Absichtsbildungsstadium, was das selbstständige Einkaufen angeht, und im Vorbereitungsstadium, was das Duschen ohne Hilfe betrifft. Eine Person lässt sich nicht auf ein bestimmtes Stadium reduzieren. Für die beiden hier genannten «Verhaltensänderungsziele» sind weder die therapeutische Haltung noch die therapeutischen Mittel dieselben.

Csillik (2009) sagt unter Verweis auf das TTM: «Ein Veränderungsprozess ist die Handlung eines Individuums, das seine Gedanken, sein Verhalten oder seine Gefühle in Bezug auf ein bestimmtes Problem ändern möchte» (S. 357). Die Autorin listet zehn, in zwei Kategorien aufgeteilte Veränderungsprozesse auf, experientielle und behaviorale. Erfahrungsprozesse (Reflexionsprozesse) laufen im Wesentlichen im Absichtslosigkeits- und Absichtsbildungsstadium ab. Sie setzen sich zusammen aus der Bewusstwerdung (1), der Gefühlsreaktion nach Analyse des Problems und

der Lösungen (2), der Neubeurteilung des Einflusses, den das Problem auf das persönliche Umfeld hat (3), der persönlichen Neubeurteilung der Emotionen und Meinungen in Bezug auf das eigene Verhaltensproblem (4) und der sozialen Erleichterung, wenn mehr von der Gesellschaft als akzeptabel geltende Verhaltensalternativen zur Verfügung stehen (5). Die behavioralen Prozesse laufen hingegen im Handlungs- und Aufrechterhaltungsstadium ab. Dazu gehören die Belohnung durch Selbstbeglückwünschung oder Beglückwünschung durch Dritte (6), die Gegenkonditionierung, also die Suche nach Alternativlösungen, um mit der Angst im Zusammenhang mit problematischem Verhalten besser fertigzuwerden (7), die Hilfebeziehung durch Verständnis für Nahestehende (8), die Entscheidung (9) und die Stimuluskontrolle zum Vermeiden problematischen Verhaltens (10). Für jeden dieser Prozesse erwähnt die Autorin diverse Interventionsmöglichkeiten, etwa Rollenspiele, Klären der Wertvorstellungen, Erstellen eines Verhaltensänderungsplans, Entspannung usw.

Von den theoretischen Grundlagen zu Veränderungen der klinischen Praxis

Im QZ folgten auf die Präsentation der theoretischen Grundlagen Rollenspiele, basierend auf der Videoaufnahme eines Beratungsgesprächs durch eine Teilnehmerin. Die anschließende Diskussion erlaubte den Teilnehmerinnen, sich zumindest teilweise des eigenen Vorgehens bewusst zu werden. Dann suchten sie nach konkreten Möglichkeiten, ihre Praxis anzupassen. Einige Teilnehmerinnen betonten, das vertrauensvolle Ausprobieren im Rahmen des QZ noch vor Anpassungen in der Praxis sei ein Motivationsfaktor für Veränderungen der Arbeitsgewohnheiten. Manche von ihnen erwähnten auch, sie hätten sich bisher als kompetenter wahrgenommen, wenn die Klient*innen einer möglichen Veränderung gegenüber nicht oder nicht mehr ambivalent, also im Vorbereitungs- oder Handlungsstadium waren, und als besser zum Interventionsbereich, wenn das Handeln sichtbar und die Behandlungsmittel vertraut waren. Die Teilnehmerinnen wünschten sich, ihre Kompetenzen zu erweitern, um Klient*innen im Absichtslosigkeits- und Absichtsbildungsstadium oder bei einem Rückfall spezifisch zu begleiten.

Die Fähigkeit, die Gegenstände der Veränderung und die Zustände der Klient*innen angesichts der Veränderung(en) zu identifizieren, hat den Reflexionsprozess aller Teilnehmerinnen verbessert und zu konkreten Ergebnissen in der Therapie geführt, insbesondere zu einer besseren Anpassung des Rhythmus der Therapeut*innen an die Klient*innen.

Wir hoffen, dass dieser erste Teil Ihre Neugier geweckt hat. Sie wollen wissen, wie es weitergeht? Dann lesen Sie unseren Beitrag in der April-Ausgabe.

VERÄNDERUNG BAHNT SICH AN

VERÄNDERUNG GESCHIEHT

NEUES VERHALTEN IST VERANKERT

EXPERIENTIELLE PROZESSE (DENKPROZESSE)

- Bewusstwerdung
- Gefühlsreaktion
- Neubeurteilung des Umfelds
- Persönliche Neubeurteilung soziale Erleichterung

BEHAVIORALE PROZESSE

- Belohnung
- Gegenkonditionierung
- Hilfebeziehung
- Entscheidung
- Stimuluskontrolle

STADIEN DER VERÄNDERUNG



THERAPEUTISCHE HALTUNG

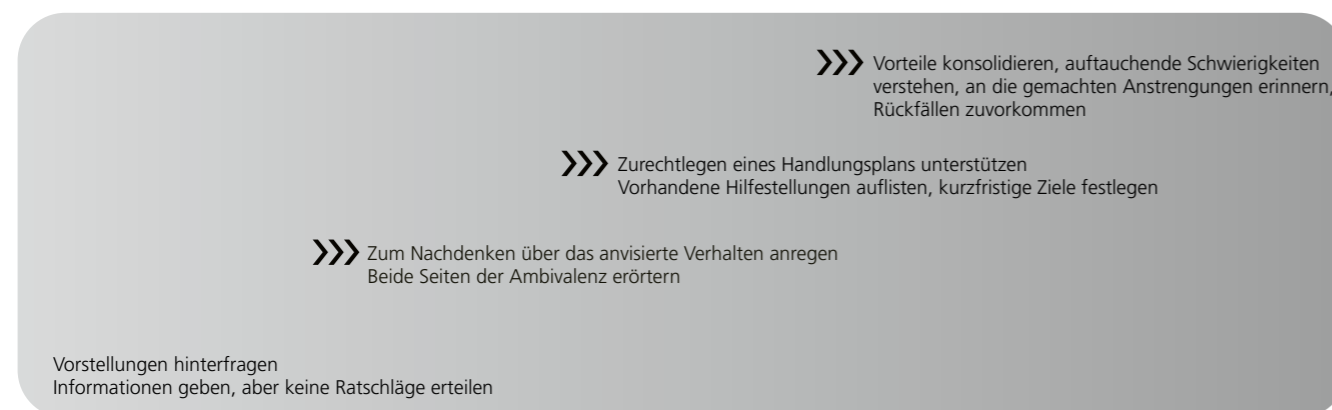


Abbildung 3: Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderungen: Stadien sowie Haltungen und Prozesse, Qualitätszirkel «Ergo Dom Romandie 2022». Inspiriert von und adaptiert nach Csillik (2009); Prochaska, DiClemente & Norcross (1992); Prochaska & Velicer (1997) und La Graine (2016).

Zu den Referenzen



Zum Remotivationsprozess (auf Französisch)



Zum Volitional-Fragebogen (auf Französisch)



Motivation für Veränderung fördern

Carine Daoud Bonjour, Julie Deriaz, Ophélie Küenzi, Sylvie Moroszlay, Magali Steffen, Julie Wassmer, Rebecca Weisflog Dies ist der zweite von drei Beiträgen des Qualitätszirkels «Ergo Dom Romandie 2022», die sich mit dem Thema «Wie kann ich meine Klient*innen auf dem Weg zur Veränderung besser begleiten?» befassen. Unser Anliegen ist es, zu beschreiben, wie der Qualitätszirkel funktioniert, auf welchen Theorien unsere Arbeit beruht und welche Veränderungen sich in der Praxis ergeben haben.



Die Autorinnen: Magali Steffen, Carine Daoud Bonjour, Sylvie Moroszlay (Foto, von hinten nach vorne) und Julie Deriaz, Julie Wassmer, Rebecca Weisflog, Ophélie Küenzi

Weitere Teilnehmerinnen des Qualitätszirkels: Floriane Bonadei, Emma Bourlourd, Aurélie Golay, Céline Le Meste, Emilie Playoust, Rabhia Seddiki

Der erste Beitrag in der Februar-Ausgabe (Daoud Bonjour et al., Februar 2024) war dem Ablauf des Qualitätszirkels (QZ) gewidmet und der Frage, wie wir als Ergotherapeut*innen unsere Klient*innen wahrnehmen, bei denen Veränderungen anstehen. Der vorliegende zweite Beitrag fokussiert auf die Interaktionen mit den Klient*innen auf dem Weg hin zu einer möglichen Veränderung. Die Juni-Ausgabe legt den Schwerpunkt dann auf die Struktur der Intervention zur Unterstützung des Engagements im Hinblick auf Veränderung(en).

Von der klinischen Praxis zu den theoretischen Grundlagen

An den QZ-Treffen erörterten die Teilnehmerinnen regelmässig die Frage «Was verleiht mir den Eindruck, qualifizierte Arbeit zu leisten?» Sie wurden sich bewusst, dass sie sich als kompetenter empfinden, wenn die Klient*innen einer möglichen Veränderung gegenüber nicht (mehr) ambivalent sind, sich bezogen auf das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderungen (TTM, Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) also im Vorbereitungs- oder Handlungsstadium befinden. Oft fühlen sie sich besser, wenn der Volitionsgrad der Klient*innen durchschnittlich oder hoch ist. Beim Kontinuum der Betätigungsveränderung (Kielhofner, 2008; Taylor, 2017) entspricht dies dem Stadium der Kompetenz oder jenem der Erfüllung. Die Teilnehmerinnen betonten, dass sie dann den Eindruck haben, in einer Therapiesitzung qualifizierte Arbeit zu leisten, wenn:

- sie mit den Klient*innen Ziele im Zusammenhang mit Aktivitäten festlegen konnten;
- sie mit den Klient*innen einen Handlungsplan erarbeiten konnten;
- sie unter aktiver Teilnahme der Klient*innen einen Handlungsplan umsetzen konnten;
- sie feststellen konnten, dass die Veränderungen aus der vorhergehenden Sitzung beibehalten wurden;

- sie zum Schluss kommen, dass die Klient*innen sich zwischen den Sitzungen autonom weiterentwickelt haben;
- sie aus dem Mund der Klient*innen erfahren, dass sie mit der Entwicklung der Situation zufrieden sind

Ohnmachtsgefühle empfinden die Teilnehmerinnen hingegen, wenn es ihnen nicht gelingt, «die richtigen Hebel» zu finden, was sich in Gereiztheit gegenüber den Klient*innen zeigen kann. Die Teilnehmerinnen äussern sich im Gespräch dann etwa so: «Es gibt Momente, da habe ich wirklich den Eindruck, dass ich kämpfe; ich stosse, ich ziehe und weiss letztlich nicht, wohin die Reise geht.» Oder: «Ich komme mir manchmal vor wie eine Hausierer*in, ich argumentiere, rechtfertige und insistiere ohne Ende.» Auch Vermeidungsgedanken oder -handlungen werden in der Gruppe besprochen:

- Abbrechen der ergotherapeutischen Behandlung, wenn Klient*innen mit ihren Betätigungen unzufrieden sind, aber dennoch ein Betätigungsungleichgewicht vorliegt und/oder die Betätigungsleistungen sich verändert haben;
- Übertragen der Betreuung an Kolleg*innen, die man als toleranter, kompetenter, kreativer wahrnimmt, um eine Last abwerfen zu können;
- Therapiesitzungen absagen;
- Betreuungsaufgaben zwischen den Sitzungen hinausschieben.

Unter solchen Umständen dürfte die Qualität der Kommunikation mit den Klient*innen suboptimal sein. Sich in Anlehnung an das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung oder des «Continuum of Occupational Change» zu fragen, wo die Klient*innen angesichts der Veränderung stehen, ist für die Teilnehmerinnen eine notwendige, aber nicht ausreichende Voraussetzung, um die therapeutische Haltung anzupassen. Gelingt es uns, die Kommunikation und un-

sere Interaktion mit den Klient*innen zu vervollkommen, können wir damit unsere Intervention verbessern, gerade dann, wenn sie nur mit Mühe einsehen, dass eine Veränderung notwendig ist oder dieser nötigen Veränderung gegenüber ambivalent sind.

Ein wenig Theorie

Als Referenz zur Bewältigung von frustrierenden Situationen, wie sie oben beschrieben sind, haben die QZ-Teilnehmerinnen die «Motivierende Gesprächsführung» (Miller & Rollnick, 2015) ausgewählt und möchten aufzeigen, wie sich Kommunikations- und Interaktions-Skills verfeinern lassen, um das Engagement der Klient*innen und ihre Motivation für Veränderungen zu fördern.

Gespräche motivierend führen

In den 1980er Jahren definierten die Psychologen Miller und Rollnick das Motivational Interviewing (MI) als einen kollaborativen Gesprächsstil, mit dem die Eigenmotivation einer Person und ihr Engagement für Veränderungen gestärkt werden können (AFDEM, 2023). MI geht davon aus, dass Veränderungen, um den Status quo (die problematische Situation) zu verlassen, voraussetzen, dass sich die Person frei fühlt, über ihr Leben zu entscheiden. Wenn Therapeut*innen unerwünschte Ratschläge erteilen oder Behandlungsziele nach ihren eigenen Wünschen formulieren (z. B. Klient*innen unabhängiger oder sicherer machen), zeigen sie einen «Korrektur-Reflex» (Miller & Rollnick, 2019) und mangelnde Empathie. Dieser Reflex entspricht dem Wunsch der Fachpersonen, anstelle der Betroffenen zu entscheiden, was für sie passend ist. Diese Haltung führt jedoch zu Widerstand bzw. zum Bestreben, die eigene Freiheit wiederzugewinnen, also einer durchaus normalen Reaktion, die sich auch als oppositionelle Einstellung bezeichnen lässt. Einer der

Teilnehmerinnen wird bewusst, dass sie bei einer ambivalenten Klientin Widerstand auslöst, sobald sie zugunsten einer Veränderung argumentiert. Die Klientin beginnt dann die andere Seite ihrer Ambivalenz, nämlich die Beibehaltung der gegenwärtigen Situation, vehement zu verteidigen.

MI hingegen betrachtet das Gegenüber als Partner*in: Therapeut*innen haben keine Informationen oder Ratschläge zu geben, ohne vorher zu fragen, ob sie erwünscht sind. Wenn es so ist, dann muss überprüft werden, wie sie ankommen. Beispielsweise: Ist diese Information hilfreich für Sie? Was denken Sie, können Sie mit den Hinweisen, die ich Ihnen gegeben habe, etwas anfangen? Das entsprechende MI-Werkzeug wird mit «nachfragen – nachfragen – Informationen anbieten – nachfragen» beschrieben. Eine der QZ-Teilnehmerinnen stellt fest, dass sie einen Grossteil ihres Berufslebens verbracht hat, ohne je zu überprüfen, was das Gegenüber mit ihren Ratschlägen anfangen kann.

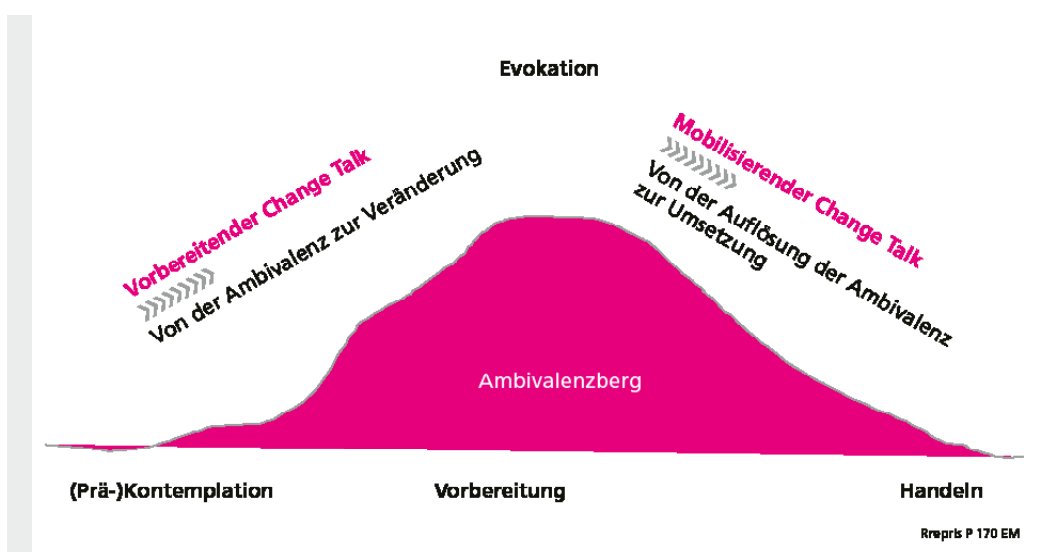
Im Rahmen von MI spricht man von vier aufeinanderfolgenden Prozessen: Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung:

1. Die Kernfrage beim Beziehungsaufbau lautet: **Wollen Sie sich mit mir auf die Reise machen?**

Therapeut*in und Klient*in nehmen eine Arbeitsbeziehung auf. In Abhängigkeit von der konkreten Situation kann der Beziehungsaufbau einige Sekunden oder mehrere Wochen in Anspruch nehmen.

2. Die Kernfrage bei der Fokussierung lautet: **Wohin würden wir denn gehen?**

In diesem Prozess wird die Richtung festgelegt, der Horizont, auf den sich die Klient*innen zubewegen wollen (ihr Anliegen, der Gegenstand der Veränderung).



Der Ambivalenzberg (nach Miller und Rollnick, 2015, S. 194)

Tipp: Verschiedene Organisationen bieten regelmässig Ausbildungen in motivierender Gesprächsführung bzw. Motivational Interviewing an.

3. Der Prozess der Evokation bezieht sich auf die Fragen: «Sagen Sie mir, ob» und «erklären Sie mir, warum». Die Therapeut*innen fordern die Klient*innen auf, ihre eigenen Argumente und Motivationen zur Veränderung zu verbalisieren. Die Evokation bereitet auf die Veränderung vor. MI bietet einen Schlüssel zur Analyse der Sprache der Klient*innen, um den Zustand, in dem sie sich in Bezug auf die Veränderung befinden, zu erkennen. Man unterscheidet zwischen einer vorbereitenden und einer mobilisierenden Veränderungsrede (s. Abb. vorhergehende Seite). In der ersten wird über den Wunsch nach Veränderung, die Fähigkeit zur Veränderung, die Gründe für Veränderungen und den Bedarf an Veränderungen gesprochen. Die mobilisierende Veränderungsrede enthält Worte, die auf eine bevorstehende Handlung hinweisen, sowie realisierte erste Schritte (Miller & Rollnick, 2019, S. 166–167).

Miller und Rollnick (2015) empfehlen, auf das Erkunden der beiden Seiten der Ambivalenz zu verzichten und zur Auflösung der Ambivalenz vielmehr (vorbereitenden oder mobilisierenden) Change Talk zu fördern – im Gegensatz zu Äusserungen zugunsten des Verharrens im Status quo (Sustain Talk). Gemäss den Autoren deutet zunehmender Change Talk auf eine tatsächlich bevorstehende Veränderung hin. Denn «Menschen haben die Tendenz, sich dem, was sie sich selbst sagen hören, verpflichtet zu fühlen» (Miller & Rollnick, 2015, S. 199), vor allem wenn es vor Zeugen geschieht. Eine Teilnehmerin erzählt, wie sie sich dessen bewusst wurde: «Oft dachte ich, ich sei effizienter, wenn ich eine Aktivität zusammen mit Klient*innen umsetze. Dank MI habe ich erfasst, dass ich unter Umständen mit bewusst gewählten Aussagen mehr erreichen kann als mit dem, was ich mache.» Eine andere Teilnehmerin berichtet von Veränderungen ihrer Praxis: «Ich klebe mir jetzt einen Post-it-Zettel zur Erinnerung auf meine Klient*innenmappen: Habe ich bei der Klientin nachgehakt, um herauszufinden, was sie schon erfasst hat? Was sie schon ausprobiert hat? Was sie allenfalls zu tun beabsichtigt?»

4. Die Kernfragen der Planung lauten: Wie? Wann? Aus den Lösungsansätzen der Klient*innen wird ein Handlungsplan festgelegt.

Reflektieren und Zusammenfassen

Jeder dieser Prozessschritte beruht auf dem vorhergehenden und kann auch auf diesen zurückfallen. Die wesentlichen MI-Kompetenzen bestehen neben der Fähigkeit zur Diskursanalyse darin, offene Fragen zu stellen, der Person und ihren Bemühungen Wertschätzung entgegenzubringen, sie nach entsprechender Rückfrage zu informieren und zu beraten, zu reflektieren und zusammenzufassen. Diese Elemente werden als die Werkzeuge der MI beschrieben. Sie geben der

Person das Gefühl, dass ihr zugehört wird und sie tragen dazu bei, einen Diskurswandel zu mobilisieren, was die Motivation und damit die Wahrscheinlichkeit einer Veränderung erhöht. MI beschreibt zwei Arten des Reflektierens, das einfache und das komplexe. Das einfache Reflektieren ist eine Reflexion des Expliziten und wiederholt oder paraphrasiert das, was die Person gesagt hat. Beim komplexen Reflektieren geht es um das Reflektieren des Impliziten. Die MI-Autoren nennen insgesamt sechs verschiedene Arten des Reflektierens, darunter die «Gedankenverlängerung», als eine Hypothese über das, was als Nächstes kommen könnte, oder die «Gefühlsreflexion», die Emotionen benennt, die im Gespräch implizit wahrgenommen wurden. Zusammenfassungen sind ein Werkzeug, um die verschiedenen Aspekte des Erlebten, die das Gegenüber zur Sprache gebracht hat, aufzulisten und zu beleuchten. Eine Zusammenfassung kann auch verpflichten oder einen Übergang bilden. Beispielsweise: «Sie haben mir erzählt, dass sie einen Umweg machen, damit Ihre Nachbarn Sie nicht mit einem weissen Stock sehen. Sie haben mir auch gesagt, dieser Umweg führe über einen Weg, der kaum frequentiert wird und ihnen deshalb Angst gemacht hat. Wären Sie einverstanden, dass wir uns darüber unterhalten, was der weisse Stock für sie bedeutet?»

Von den theoretischen Grundlagen zu den Veränderungen der klinischen Praxis

Die theoretischen Inputs und die im QZ gemachten Rollenspiele weckten in den Teilnehmerinnen das Bewusstsein dafür, dass die Art des Austauschs zwischen ihnen als Ergotherapeutin und ihren Klient*innen ein entscheidender Faktor für die Veränderung ist. Was die Klient*innen sagen und wie sie es sagen, hängt nicht zuletzt von den kommunikativen Fähigkeiten der Therapeut*innen ab. Was sagt sie oder er? Wie bringt sie oder er es zum Ausdruck? Zu welchem Zeitpunkt? Dank der Gruppendynamik konnten die QZ-Teilnehmerinnen Aspekte ihrer eigenen Praxis erkennen und einer kritischen Prüfung unterziehen. Was sie im QZ über die motivierende Gesprächsführung erarbeitet haben, liess klar werden, was man in der klinischen Praxis tun kann, um die Qualität der Kommunikation mit den Klient*innen zu verbessern: Ihr Engagement zu unterstützen, indem wir uns selbst als weniger ohnmächtig empfinden und sie nicht für die Schwierigkeiten verantwortlich zu machen, denen sie angesichts anstehender Veränderungen begegnen.

Wir hoffen, dass dieser zweite Teil Ihre Neugierde auf den dritten Artikel geweckt hat. In der Juni-Ausgabe der «Ergotherapie» verraten wir Ihnen, wie es weitergeht.

Referenzen:

- AFDEM. (2023). L'Entretien Motivationnel: Qu'est-ce que c'est? Récupéré de <https://afdem.org/entretienmotivationnel/>
- Daoud Bonjour, C., Deriaz, J., Küenzi, O., Moroszlaj, S., Steffen, M., Wassmer, J. & Weisflog, R. (2024). Accompagner le changement: un thème abordé par un cercle de qualité: Comment l'ergothérapeute perçoit le-la client-e face au(x) changement(s)? «Ergotherapie», 2|24
- De las Heras, C. G., Kielhofner, G., Llerena, V. (2003). Guide de l'intervenant. Le processus de remotivation: continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition (version 1.0). Chicago: University of Illinois.
- Kielhofner, G. (2008). A model of human occupation: Theory and application. Fourth Edition. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2019). L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement. Interéditions.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47 (9), 1102-1114. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Taylor, R. R. (Éd.). (2017). Kielhofners model of human occupation: Theory and application (5th edition). Lippincott Williams and Wilkins.

Interventionen strukturieren, um Veränderungen zu fördern

Carine Daoud Bonjour, Julie Deriaz, Ophélie Küenzi, Sylvie Moroszlay, Magali Steffen, Julie Wassmer, Rebecca Weisflog Dies ist der dritte und letzte Artikel einer dreiteiligen Serie des Qualitätszirkels «Ergo Dom Romandie – 2022», die sich mit dem Thema «Wie kann ich meine Klient*innen auf dem Weg zur Veränderung besser begleiten?» befassen. Unser Anliegen ist es, zu beschreiben, wie der Qualitätszirkel funktioniert, auf welchen Theorien unsere Arbeit beruht und welche Veränderungen sich in der Praxis ergeben haben.



© Arthur Baron

Die Autorinnen (Foto): Julie Deriaz (hinten), Julie Wassmer (rechts), Rebecca Weisflog (links), Ophélie Küenzi (vorne) und (nicht auf dem Foto) Magali Steffen, Carine Daoud Bonjour, Sylvie Moroszlay

Weitere Teilnehmerinnen des Qualitätszirkels: Floriane Bonadei, Emma Bourlout, Aurélie Golay, Céline Le Meste, Emilie Playoust, Rabhia Seddiki

Die beiden ersten Artikel befassten sich zunächst mit dem Ablauf des Qualitätszirkels (QZ) sowie den Veränderung(en), die die QZ-Teilnehmerinnen bei ihren Klient*innen wahrnehmen konnten (Daoud Bonjour et al., Februar 2024). Anschliessend wurden die Interaktionen mit den Klient*innen thematisiert, um auf eine mögliche Veränderung hinzuarbeiten (Daoud Bonjour et al., April 2024). Der vorliegende Artikel legt den Schwerpunkt nun auf die Struktur der Interventionen mit denen das Engagement für die Veränderung(en) unterstützt werden soll. Zudem beschreiben wir die Auswirkungen auf die Praxis der Teilnehmerinnen und gehen auf die Modalitäten des QZ «Ergo Dom Romandie – 2022» ein.

Von der klinischen Praxis zu theoretischen Referenzen

Die QZ-Teilnehmerinnen stellen fest, dass Bewertungen und Interventionen andere Vorüberlegungen bedingen, wenn sie Veränderungsprozesse von Klient*innen mit niedrigem Volitionsgrad betreffen. Sie sind sich nicht sicher, inwieweit ihre Arbeit auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht und hinterfragen die Art und Weise, wie sie eine Intervention durchführen. Manchmal haben sie Schwierigkeiten, Theorien zu identifizieren, die ihre Praxis rechtfertigen oder beschreiben. Die Teilnehmerinnen betonen auch, dass sie nicht immer in der Lage sind, ihre Entscheidungen und Handlungen auf professionelle Weise zu erklären, obwohl sie diese für relevant halten. Ihnen fehle das nötige Vokabular, was ihre Arbeit unglaubwürdig mache. So berichtet eine Teilnehmerin: «Mein Klient hat vorgeschlagen, uns während der Sitzung einen Sirup zu machen, das ist an sich eine erfreuliche Entwicklung. Aber das kann ich dem Arzt doch nicht einfach so sagen!» Darüber hinaus geben mehrere Teilnehmerinnen an, dass die ergotherapeutische

Behandlung von Klient*innen mit einem starken volitionalen Defizit zu Stress führt, was unter anderem mit den Reaktionen anderer Fachpersonen, der Versicherungen, aber auch mit dem Leiden der Klient*innen und den Sorgen der Angehörigen zusammenhängt. Folgende Fragen tauchen bei allen QZ-Teilnehmerinnen auf:

- Darf ich mir so viel Zeit nehmen, «nur» damit bestimmte Klient*innen es schaffen, einmal pro Woche zu duschen, ihre Wohnung aufzuräumen oder ihre Termine einzuhalten?
- Wie kann ich der Versicherung erklären, dass es neun Sitzungen gebraucht hat, bis die Klientin aus dem Haus gehen konnte?
- Habe ich etwas falsch gemacht, dass es so lange gedauert hat?

Angesichts dieser Ausführungen möchten sich die QZ-Teilnehmerinnen auf Interventionen abstützen, die sich bei Menschen mit Volitionsdefiziten als wirksam erwiesen haben.

Zwei wissenschaftlich validierte Ansätze wurden ausgewählt, um die Praxis der Teilnehmerinnen bei Klient*innen mit Volitionsstörungen zu unterstützen. Dabei handelt es sich zum einen um die Verhaltensaktivierung (VA) und zum anderen um den Remotivationsprozess (RP) (De las Heras, Kielhofner, Llerena, 2003), der auf dem Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner 2008; Taylor 2017) und einem seiner Instrumente, dem Volitionsbogen (VB) (De las Heras et al., 2007), beruht.

Die Verhaltensaktivierung

Die Verhaltensaktivierung (VA) ist ein therapeutischer Ansatz, der darauf abzielt, jemanden schnell in Aktion zu bringen. Laut Blanchet und Provencher (2013) und

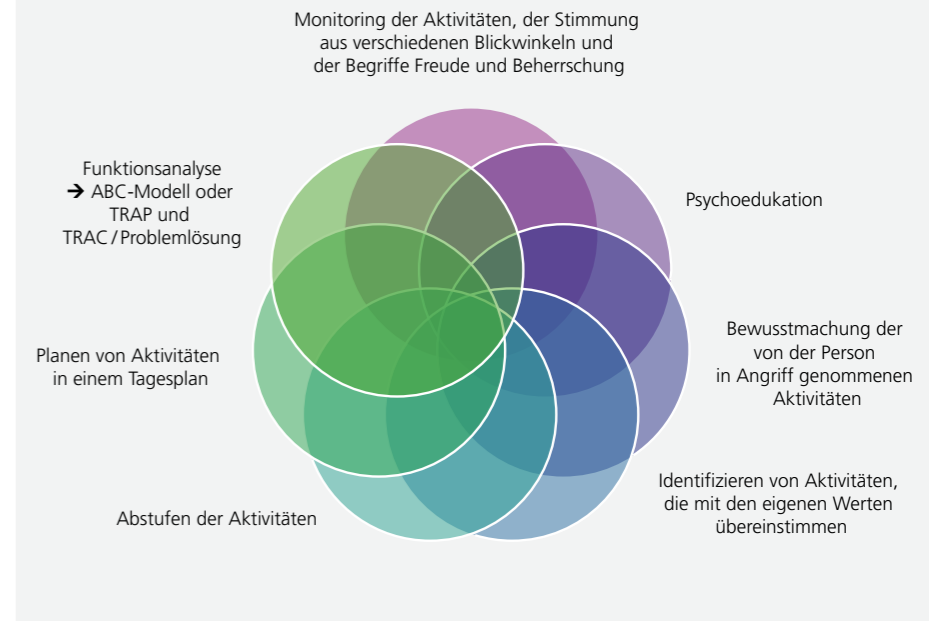
Dondé, Moirand & Carré (2018) ist die VA-Therapie Teil der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) der sogenannten «dritten Welle». Die VA entstand aus den behavioristischen Theorien von B.F. Skinner (1953, 1974), Ch. Fester (1973) und P. Lewinshon (1975) und später aus den Theorien des funktionalen Kontextualismus von S. Hayes (1985).

Die VA geht davon aus, dass «die Handlung dem Wunsch vorausgeht». Sie besteht darin, Vermeidungsstrategien durch vorteilhaftere Strategien zur Bewältigung von Schwierigkeiten zu ersetzen. Die VA strebt eine verstärkte Teilnahme an angenehmen sozialen und persönlichen Aktivitäten an, um die positiven Affekte zu verstärken. Mit ihren Instrumenten zum Monitoring der Aktivitäten bietet die VA einen ausgefeilten Ablauf: Bewusstmachen der Aktivitäten, die die Person ausführt, Identifizierung von Aktivitäten, die mit ihren Werten übereinstimmen, Abstufung der Aktivitäten und Planung der Aktivitäten in einem Tagesplan. VA-Programme empfehlen auch die Integration von Psychoedukation und einen Problemlösungsansatz (Soucy et al., 2013; Dondé, Moirand & Carré, 2018).

Die VA ist wirksam, wenn es darum geht, depressive und Angstsymptome zu verringern, die Lebensqualität zu verbessern und den Substanzkonsum zu reduzieren. Sie hat sich bei so unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen wie Jugendlichen, pflegenden Angehörigen von Demenzkranken und Personen mit somatischen Gesundheitsproblemen wie Krebs oder Diabetes als wirksam erwiesen (Blairy, Baeyens & Wagener, 2020; Soucy et al., 2013; Dondé, Moirand & Carré, 2018). Laut Blairy, Baeyens und Wagener (2020, S. 14–16) wurde durch die Arbeit von Jacobson et al. (1996) festgestellt, dass eines der Wirkprinzipien der KVT die Verhaltensmodifikation ist. So entwickelten sich Anfang der 2000er Jahre verschiedene Therapieprogramme, die die VA nutzen.

Im Rahmen des QZ konzentrierten sich die Teilnehmerinnen auf eines der Referenzprogramme, das «Brief Behavioral Activation Treatment for Depression – Revised» (BATD-R), das 2001 von Lejuez et al. entwickelt und 2011 überarbeitet wurde. Es handelt sich um ein frei zugängliches Programm, das in zehn Sitzungen strukturiert ist, deren Inhalt detailliert beschrieben wird. Die Grundzüge des Programms sind folgende (Lejuez et al., 2011): In den ersten drei der insgesamt zehn Sitzungen wird von den Klient*innen keine Veränderung verlangt. Es geht darum, eine Bestandesaufnahme zu machen und sich bewusst zu werden, wie die Klient*innen funktionieren, welche Werte sie haben, welche Aktivitäten zu negativen Affekten beitragen und welche Aktivitäten ihren Werten entsprechen.

1. Am Ende der ersten Sitzung werden die Klient*innen gebeten, täglich ein Dokument mit dem Titel «Formular 1: Tägliche Kontrolle» auszufüllen. Dabei



Die Verhaltensaktivierung (VA) strebt eine verstärkte Teilnahme an angenehmen sozialen und persönlichen Aktivitäten an, um die positiven Affekte zu verstärken.

handelt es sich um eine Aufstellung der Aktivitäten der Klient*innen während der vergangenen 24 Stunden.

2. In der zweiten Sitzung werden die Klient*innen gebeten, im «Formular 2: Auflistung der Lebensbereiche, Werte und Aktivitäten» ihre Werte anhand von zehn Lebensbereichen zu identifizieren und Aktivitäten zu bestimmen, die ihren Werten entsprechen, darunter etwa der Bereich «Familienleben» mit dem Wert «Meiner Frau zuhören» und der dazugehörigen Aktivität «Jeden Abend mit ihr essen».

3. In der dritten Sitzung wählen die Klient*innen aus dem Formular 2 die fünfzehn Aktivitäten aus, die sie am meisten schätzen oder für die sie sich am meisten interessieren, und übertragen sie in das «Formular 3: Auswahl und Einstufung der Aktivitäten». Anschliessend stufen sie die Tätigkeiten nach der von ihnen empfundenen Komplexität ein.

4. Von der vierten bis zur zehnten Sitzung werden die Klient*innen gebeten, das Dokument «Formular 4: Verträge» zur Frage «Wer könnte mir bei dieser Aktivität helfen?» auszufüllen. Ziel ist es, die soziale Teilhabe der Klient*innen zu erhöhen.

Die Klient*innen werden zudem gebeten, zwischen den Sitzungen täglich ein «Formular 1: Tägliche Kontrolle» zu verwenden. Ab der dritten Sitzung wird dieses Formular 1 um zwei bis drei der Aktivitäten aus dem «Formular 3: Auswahl und Klassifizierung der Aktivitäten» erweitert. Dadurch wird das Engagement für die Aktivitäten gesteigert. Die Anzahl der geplanten Aktivitäten wird von der vierten bis zur zehnten Sitzung schrittweise erhöht, ebenso die Komplexität der auszuführenden Aktivitäten.

MOHO, VB und der Remotivationsprozess

Der Remotivationsprozess (RP) (De las Heras, 2006) ist aus dem Betätigungsmodell (Model of Human Occupation, MOHO) abgeleitet (Kielhofner, 2008; Taylor, 2017). Der RP wird perspektivisch auf ein Instrument des MOHO, den Volitionsbogen (VB), angewendet (De las Heras et al., 2007). Der VB bewertet kontinuierlich und durch Beobachtung die Komponenten der Volition von Probanden mit verminderten kognitiven und verbalen Fähigkeiten. Anhand von sechzehn Aussagen hält der VB fest, wo sich eine Person auf dem Kontinuum der Betätigungsveränderung (Volitional Continuum) befindet. Im Rahmen ihrer QZ-Erfahrungen sagte eine Teilnehmerin: «Ich habe mich auf den VB und das MOHO-Instrument (Occupational Self Assessment) abgestützt, um den Bericht für den behandelnden Arzt zu schreiben. Die Tatsache, dass ich mich auf Begriffe beziehe, die in validierten Beurteilungen verwendet werden, verleiht meinen Aussagen mehr Gewicht.» Der RP betont, wie wichtig es ist, den einzigartigen Fortschritt jeder einzelnen Person in diesem Kontinuum anzuerkennen und Interventionen einzusetzen, die auf den jeweiligen Volitionsgrad zugeschnitten sind (De las Heras, Kielhofner & Llerena, 2003). Der RP ist eine wichtige rehabilitative Intervention, die es den betroffenen Klient*innen ermöglicht, ihre funktionalen Fähigkeiten wiederzuerlangen. Sie besteht aus den drei Phasen Exploration, Kompetenz und Ausführung. Jede Phase besteht aus mehreren Stadien, für die Ziele und Strategien angegeben werden. Zur Explorationsphase gehört beispielsweise das Stadium der Entscheidungsfindung, in dem es darum geht, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen zu stärken, indem die Klient*innen die Möglichkeit erhalten, ihre Aktivitäten selbst zu wählen. Die Therapeut*innen ermutigen die Klient*innen oder geben Anreize, häufiger an Aktivitäten teilzunehmen.

In der Explorationsphase konzentrieren sich Klient*innen und Therapeut*innen auf konkrete, kurzfristige Ziele. Die Therapeut*innen ermutigen die Klient*innen zu Aktivitäten, die für diese sinnstiftend sind. Veränderungen können herbeigeführt werden, aber eine vertraute Routine ist beizubehalten, damit

sich die Person im für sie neuen Setting sicher fühlt. Sie soll schrittweise in Rollen schlüpfen, dabei ihre Entdeckerfreude, ihr Selbstwertgefühl und ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten fördern und ihre Effizienz bei der Entscheidungsfindung verbessern. Die Therapeut*innen bieten physische Begleitung in neuen oder schwierigen Situationen, um das Gefühl der Wirksamkeit zu erhöhen, sowie emotionale Unterstützung, in-

dem sie die Klient*innen an ihre Erfolge erinnern und ihnen versichern, dass sie für den nächsten Schritt bereit sind (De las Heras, Kielhofner & Llerena, 2003).

In der Kompetenzphase erlernen die Klient*innen neue Fertigkeiten und perfektionieren bereits erworbene. Neue Fertigkeiten kommen auch in ungewohnten Situationen zum Zug. Kompetenz stärkt das Gefühl der Person, über einen echten Handlungswillen zu verfügen. Ziel ist es, die Selbstwirksamkeit zu steigern, das Gefühl von Kompetenz und Kontrolle bei Entscheidungen zu stärken und den Wirkungsgrad zu erhöhen. Die Therapeut*innen unterstützen ihre Klient*innen physisch und emotional in neuen oder schwierigen Situationen und erleichtern ihnen das Erlernen von Fertigkeiten. Der Veränderungsprozess lässt den Klient*innen auch Zeit zum Nachdenken oder für Phasen der Destabilisierung. Die Therapeut*innen fördern intuitive Einsichten, indem sie die Situation analysieren und tiefer gehende Fragen stellen (De las Heras, Kielhofner & Llerena, 2003).

In der Ausführungsphase sind die Klient*innen in der Lage, persönliche Ziele zu setzen und zu erreichen, Betätigungsentscheidungen zu treffen und neue Herausforderungen in relevanten Betätigungsfeldern zu suchen. Das kontinuierliche Erlernen wesentlicher Fertigkeiten wird fortgesetzt; Strategien und Hilfsmittel, die bei der Suche nach und der Bewältigung von neuen Herausforderungen erforderlich sind, kommen weiterhin zum Einsatz. Die Therapeut*innen fördern diese Autonomie, indem sie eine beratende Rolle einnehmen und Informationen und Ressourcen bereitstellen. Der Rückzug der Therapeut*innen führt schliesslich dazu, dass die Klient*innen die eigene Autonomie ausprobieren können (De las Heras, Kielhofner & Llerena, 2003).

Eine Teilnehmerin erklärt: «Meine Klientin kann nicht sagen, was sie in der Sitzung tun will. Sie hat grosse Schwierigkeiten, Dinge zu machen, die mit ihrer Krankheit zusammenhängen. Ich habe erkannt, dass es therapeutisch wirksam ist, eine Aktivität mitzubringen und sie durchzuführen. Selbst wenn die Klientin physisch nicht teilnimmt, interagiert sie mit mir, und das kann ihr Selbstvertrauen stärken. Sie befindet sich in der Explorationsphase des Remotivationsprozesses. Dass ich meine Praxis theoretisch untermauern kann, entlastet mich.»

Von theoretischen Bezügen zu Veränderungen in der klinischen Praxis

Dieser dritte und letzte Teil unserer Artikelserie zeigt, wie Verhaltensaktivierung und Remotivationsprozess therapeutische Mittel zur Unterstützung des Engagements für Veränderungen bereitstellen. Diese theoretischen Beiträge sind für uns aufgrund ihres konkreten

Charakters und ihrer Anwendbarkeit in der Domizilbehandlung relevant.

Der QZ «Ergo Dom Romandie – 2022»

Unsere Praxis hat sich dank des reflexiven Prozesses, der sich auf das Thema «Veränderung» konzentrierte, verbessert und wir beobachten konkrete Ergebnisse in der Therapiepraxis. Das Erforschen des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung, des Kontinuums der Betätigungsveränderung, der motivierenden Gesprächsführung, des Remotivationsprozesses und der Verhaltensaktivierung bereichert unser professionelles Vokabular und unser Wissen und stärkt unser Kompetenzgefühl gegenüber den Klient*innen, aber auch in interprofessionellen Netzwerken.

Die Instrumente fördern unsere kommunikativen Fähigkeiten, um Veränderungen bei den Klient*innen und in ihrem Umfeld einzuleiten, zu unterstützen und aufrechtzuerhalten. Alle QZ-Teilnehmerinnen betonen, wie wichtig es ist, bei der Analyse der Bremsen und Hebel für Veränderungen aufmerksam zu sein. Insbesondere gilt das für Objekte und Stadien der Veränderung, die als unerlässliche Schritte gelten, um Ziele festzulegen – die wir manchmal zu früh erreichen wollen.

Wir haben auch einen neuen Anlauf genommen, um Allianzen mit Fachpersonen aus dem medizinisch-sozialen Bereich zu schmieden, um gemeinsam therapeutische Haltungen zu reflektieren, die in Zusammenhang mit dem «Status gegenüber Veränderungen» unserer Klient*innen stehen, und um unsere neuen Erkenntnisse zu nutzen, damit wir wirksam argumentieren können. Ein solcher Austausch verringert das Gefühl der beruflichen Hilflosigkeit angesichts bestimmter komplexer Situationen.

Einige Teilnehmerinnen werden sich in motivierender Gesprächsführung weiterbilden, um ihre Skills zu diversifizieren, eignen sich bestimmte Raster an oder lesen Fachartikel. Andere verpflichten sich im Rahmen der Nachbearbeitung, die im QZ entdeckten und getesteten Prozesse und Instrumente in der täglichen Arbeit zu erproben.

Was die Arbeitsweise des QZ betrifft, so schätzten wir es besonders, mit Kolleg*innen zusammenzukommen, die ebenfalls in der Domizilbehandlung tätig sind. Dank der gemeinsamen Praxis konnten die Teilnehmerinnen ihre Erfahrungen austauschen. Trotz der klinischen Besonderheiten jeder Einzelnen und der anfänglichen Unkenntnis des theoretischen Rahmens liess sich ein Thema finden, das für alle Beteiligten sinnvoll war. Wir schätzten die logistische Arbeit unserer Moderatorinnen, um unseren Austausch zu strukturieren, uns die Stellungnahmen zu vereinfachen und die Arbeit der Zweiertteams zwischen den Sitzungen zu unterstützen. Die Experimentierphasen haben uns sehr gut gefallen. Die Situations- und Rollenspiele ermöglichten es uns, so nah wie möglich an unserem Arbeitskontext zu sein. Die Arbeit in einer geschlossenen Gruppe führte zu

einer wohlwollenden Dynamik und einem Klima des Vertrauens; in den Apéropausen konnten wir den Austausch entspannt fortsetzen.

Wir möchten auch ein paar Gedanken und Vorschläge für Verbesserungen festhalten. Erstens nahmen wir uns fast genauso viel Zeit für die Eingrenzung des Themas wie für dessen Bearbeitung. Das erlaubte uns, einen Konsens über das Thema zu finden und einen Reflexionsprozess einzuleiten. Im Nachhinein würden wir uns allerdings wünschen, diesen Prozess zu optimieren, um mehr Zeit für die Bearbeitung des Themas selbst zu haben. Zweitens lagen unsere Treffen manchmal recht weit auseinander. Regelmässige monatliche Treffen würden einen spannenden Arbeits- und Denkrhythmus ermöglichen. Drittens wurde die Theorie in knapper Form dargelegt. Das war zwar für alle in Ordnung, liess aber nicht genügend Zeit, um die Theorie zu reflektieren und Fragen zu klären. Die Experimente ermöglichten zwar einen kurzen Austausch, aber es fehlte an formellen Gelegenheiten, um über die Feedbacks aus der Praxis zu diskutieren.

Ausbildung «Moderator*in Qualitätszirkel»

Die Ausbildung für Moderator*innen eines Qualitätszirkels (siehe Kasten links) bot die Gelegenheit, eine Arbeitsgruppe für Domizilbehandlungen zu gründen, in der verschiedene Perspektiven und vielfältige Erfahrungen zusammenflossen, und unsere Fragen und die klinische Praxis bestmöglich zu thematisieren. Dieser Rahmen und die Häufigkeit der Treffen ermöglichten es uns, Kompetenzen zu erwerben und zu testen, die Teilnehmerinnen zu ermutigen, sich zusätzliches Wissen anzueignen, Erfahrungen auszutauschen, Kritik anzubringen und so die Praxis jeder Einzelnen zu bereichern. Uns wurde bewusst, welche Verantwortung wir als Ergotherapeut*innen bei Domizilbehandlungen übernehmen, wenn wir als treibende Kraft für Veränderungen fungieren.

Zum Schluss

Aufgrund der im QZ geteilten, konkreten Erfahrungen erklärten sich sieben Teilnehmerinnen bereit, den Prozess mit einem Artikel abzurunden. Der QZ «Ergo Dom Romandie – 2022» hat Ihnen mit dieser dreiteiligen Artikelserie sozusagen ein aktuelles A-la-carte-Menü zusammengestellt. Wir haben uns bemüht, Produkte von hoher Qualität auszuwählen und sie authentisch und überzeugend zuzubereiten. Selbstverständlich ist dieses Menü nur eine Kostprobe. Wer Lust auf mehr hat, kann dieses umfassende Thema weiter vertiefen.

AUSBILDUNG MODERATOR*IN QUALITÄTSZIRKEL

Der EVS empfiehlt seinen Mitgliedern die Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Informationen zur Ausbildung «Moderator*in Qualitätszirkel» finden Sie unter: www.sgaim.ch/de/qz oder direkt via QR-Code



Bibliografie und BATD-R-Programm
Online unter ergotherapie.ch > Mitgliederbereich > Zeitschrift > Ausgaben oder direkt via QR-Code



Remotivationsprozess (auf Französisch) unter:
www.coopzone.ca

Volitionsbogen resp. Volitional Questionnaire (VQ) auf Franz. u. Englisch unter: <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/comment-se-procureur-les-outils-devaluation/> oder via QR-Code

