

**Bachelorarbeit**

# **Was zählt wirklich?**

-

## **Den Therapieprozess unterstützende Faktoren der therapeutischen Beziehung in der Ergotherapie aus Sicht des Klienten**

---

**Evelyn Stacher**

**04-889-721**

**Departement:**

**Gesundheit**

**Institut:**

**Institut für Ergotherapie**

**Studienjahr:**

**2015**

**Eingereicht am:**

**30. April 2015**

**Betreuende Lehrperson:**

**Dr. phil Marion Huber**

## Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| <b>Abstract</b>   | 3  |
| <b>1 Einleitung</b>   | 4  |
| 1.1 Relevanz für die Praxis                                       | 5  |
| 1.2 Fragestellung   | 6  |
| 1.3 Zielsetzung   | 6  |
| <b>2 Theoretischer Hintergrund</b>                                | 7  |
| 2.1 Definition relevanter Begriffe                                | 7  |
| Ergotherapie  | 7  |
| Klientenzentrierung   | 8  |
| Therapeutische Beziehung  | 9  |
| Working Alliance  | 12 |
| Therapeutic use of self   | 13 |
| 2.2 Erklärungen zur Begriffsverwendung in der vorliegenden Arbeit | 14 |
| 2.2 Stand der Forschung   | 14 |
| <b>3 Methode</b>  | 16 |
| 3.1 Keywords  | 16 |
| 3.2 Ein- und Ausschlusskriterien                                  | 18 |
| 3.3 Verwendete Datenbanken und Suchvorgehen                       | 19 |
| <b>4 Ergebnisse der Studien</b>                                   | 24 |
| 4.1 Zusammenfassung der Studien                                   | 24 |
| 4.2 Ergebnisse der inkludierten Studien                           | 28 |
| Haltung dem Klienten gegenüber                                    | 29 |
| Psychosoziale Kompetenzen   | 29 |
| Kommunikative Kompetenzen   | 30 |
| Klientengerechte Therapieinhalte                                  | 31 |
| Zeit für den Klienten   | 32 |
| <b>5 Diskussion</b>   | 33 |
| 5.1 Qualität der inkludierten Studien                             | 33 |
| 5.2 Evidenzstufen und Validität der inkludierten Studien          | 34 |
| 5.3 Therapeutische Beziehung aus Sicht des Klienten               | 37 |
| 5.4 Therapeutische Beziehung aus Sicht der Ergotherapeutin        | 40 |
| 5.5 Vergleich der Sichtweisen von Klienten und Therapeutinnen     | 42 |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.6 Klientenzentrierung und therapeutische Beziehung | 43        |
| 5.6 Limitationen                                     | 46        |
| <b>6 Schlussfolgerung</b>                            | <b>48</b> |
| <b>Literaturverzeichnis</b>                          | <b>50</b> |
| <b>Abbildungsverzeichnis</b>                         | <b>58</b> |
| <b>Tabellenverzeichnis</b>                           | <b>59</b> |
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b>                         | <b>60</b> |
| <b>Glossar</b>                                       | <b>61</b> |
| <b>Danksagung</b>                                    | <b>72</b> |
| <b>Eigenständigkeitserklärung</b>                    | <b>73</b> |
| <b>Anhang</b>  | <b>74</b> |
| Beurteilungsformulare der inkludierten Studien       | 74        |
| Matrix der Nebenstudien                              | 130       |
| Detaillierte Literatursuche                          | 132       |
| Suchprozess  | 144       |
| Wortzahl   | 152       |

## **Abstract**

**Hintergrund:** Ergotherapeutinnen schreiben der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeutin und Klient hinsichtlich eines erfolgreichen Therapieverlaufs grosse Bedeutung zu und Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem funktionalen Outcome auf. Die Sichtweise des Klienten auf die Therapeut-Klient-Beziehung in der Ergotherapie jedoch ist wenig erforscht.

**Fragestellung:** Welche Faktoren charakterisieren aus Klientensicht für erwachsene Klienten in der Ergotherapie eine den Therapieprozess unterstützende therapeutische Beziehung?

**Methode:** Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken OTDBASE, CINAHL, Cochrane Library und PubMed durchgeführt. Fünf Studien, welche die therapeutische Beziehung in der Ergotherapie untersuchten, erfüllten alle Einschlusskriterien und wurden für die vorliegende Arbeit bezüglich ihrer Güte beurteilt.

**Ergebnisse:** Klienten messen psychosozialen und kommunikativen Kompetenzen der Therapeutin sowie der Haltung der Therapeutin dem Klienten gegenüber als beziehungsfördernde und den Therapieprozess unterstützende Faktoren grosse Bedeutung zu. Von grosser Wichtigkeit sind für Klienten ebenfalls die Berücksichtigung der Werte und Bedürfnisse des Klienten, die Relevanz der Therapieinhalte für ihren Alltag und die Zeit, welche die Therapeutin ihnen zukommen lässt.

**Schlussfolgerung:** Dem Klienten soll mit Respekt vor seiner Person und Rücksicht gegenüber seinen Bedürfnissen, Werten und seinem Wunsch nach aktiver Mitbeteiligung an der Therapieplanung begegnet werden. Um dem Aspekt der Klientenzentrierung gerecht zu werden, ist es notwendig, die therapeutische Beziehung in der Ergotherapie selbst klientengerecht zu gestalten und das eigene Rollenverhalten in der Beziehung dem jeweiligen Klienten gegenüber anzupassen.

**Keywords:** therapeutische Beziehung, Therapeut-Klient-Beziehung, Working Alliance, Therapieprozess unterstützende Faktoren, Klientenzentrierung, psychosoziale Kompetenzen, kommunikative Kompetenzen, Haltung, Zeit

# 1 Einleitung

„It is not enough to give a patient something to do with his hands.

You must reach for the heart as well as the hands.

It is the heart that really does the healing“ (Carlova, 1961, S. 249).

Ergotherapie ist mit dem Paradigmenwechsel der vergangenen Jahrzehnte nicht länger eine Arbeit am Menschen, sondern mit diesem. Der klientenzentrierte Ansatz, welchen das Berufsprofil Ergotherapie (2005) als Haltung und Einstellung vorgibt, „verändert die Rolle\* der Ergotherapeutin, die nicht über den Patienten\*/ Klienten\* „verfügt“, sondern eng mit diesem zusammenarbeitet“ (Ergotherapeu-  
tInnen-Verband Schweiz [EVS] & Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie [ASSET], 2005, S.7). Sumsion (2006) beschreibt klienten-  
zentrierte Ergotherapie als eine Partnerschaft zwischen Therapeutin<sup>1</sup> und Klient<sup>1</sup>, welche den Klienten als Person in den Mittelpunkt der Therapie\* stellt.

Laut Sumsion (2006) hat die Fähigkeit der Therapeutin, eine Beziehung zum Klienten aufbauen zu können, einen wesentlichen Einfluss darauf, ob sie sich einen klientenzentrierten Ansatz aneignen kann. Das heutige biopsychosoziale Paradigma\* der Ergotherapie (EVS & ASSET, 2005) bekräftigt die Wichtigkeit einer professionellen Beziehung zum Klienten und verschiedene Autoren schreiben dieser Beziehung hinsichtlich eines erfolgreichen Therapieverlaufs ein grosse Bedeutung zu (Cole & McLean, 2003; Taylor, Lee, Kielhofner & Ketkar, 2009). Verschiedene Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen der Qualität dieser Beziehung und dem funktionalen\* Outcome\* in der Ergotherapie auf (Hasselkus and Dickie, 1996; Norrby and Bellner 1995; Rosa and Hasselkus, 1996; Cole & McLean, 2003 in Palmadottir, 2006). Klienten betonen ihrerseits die Wichtigkeit einer guten Beziehung zur Therapeutin und sehen sie in Bezug zu einem guten Therapieresultat (Palmadottir, 2006; Dehn-Hindenber, 2007).

---

<sup>1</sup> Um den Lesefluss zu erleichtern, wird in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnung Therapeutin stellvertretend für Therapeutinnen und Therapeuten verwendet. Der Begriff Klient bezeichnet sowohl weibliche als auch männliche Klienten bzw. Patienten.

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

## 1.1 Relevanz für die Praxis

Trotz der von Theorie-, Praxis- und Klientenseite hoch gewerteten Bedeutung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient legen verschiedene Studien dar, dass sich praktizierende Ergotherapeutinnen nur ungenügend ausgebildet fühlen, was ihre Fähigkeiten zur bewussten Beziehungsbildung angeht. (Cole & McLean, 2003; Morrison & Smith, 2013; Taylor et al., 2009). Ergotherapeutische Prozess- (Fisher, 2014) und konzeptuelle Praxismodelle\* (Kielhofner, 2008) sowie die deutschsprachige ergotherapeutische Grundlagenliteratur weisen auf die Wichtigkeit der professionellen Beziehung der Therapeutin zum Klienten hin (Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2011; Feiler 2003), behandeln die Thematik der therapeutischen Beziehung mit Ausnahme von Taylor (2008a) aber meist untergeordnet (Taylor, 2008b) und in Grundzügen, mit wenig konkreten Ansätzen, welche in der Praxis berücksichtigt und umgesetzt werden können. Die Sicht des Klienten auf die Therapeut-Klient-Beziehung wird von der ergotherapeutischen Fachliteratur nahezu ausgeklammert. Damit kollidiert das heutige Paradigma der Ergotherapie, welches die Klientenzentriertheit propagiert, sowie die Tatsache, dass die Ergotherapie von den Anfängen ihrer Geschichte bis heute, die Wichtigkeit der Interaktion\* zwischen Therapeutin und Klient betont (Cole & McLean, 2003; Taylor 2008b).

Hinsichtlich einer therapeutischen Beziehung, welche ihrerseits den Aspekten der Klientenzentrierung genügen soll, das heisst, welche die Bedürfnisse des Klienten in den Mittelpunkt stellt (Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2011), ist es von Interesse zu erfahren, welche Faktoren der Therapeut-Klient-Beziehung aus Sicht des Klienten den Therapieprozess\* begünstigen.

Die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Schweiz ist wie in den meisten Ländern von Kostendruck und Leistungserwartung geprägt (Madörin, 2014; Malk, 2010; Rau, Roeder & Hensen, 2009). Immer schneller sollen Klienten möglichst kostengünstig behandelt werden, was die Umsetzung der Klientenzentrierung erschwert (Nordholm, Adamson & Heard, 1995; Peloquin, 1990).

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

Für die Autorin dieser Arbeit stellt sich die Frage, ob sich der Anspruch der Klientenzentrierung in der Ergotherapie vereinbaren lässt mit der Entwicklung zu kürzeren Aufenthalten in Kliniken, Behandlungen, die pauschal nach diagnose-spezifischer Fallgruppe verordnet werden und Behandlungen, die möglichst kostengünstig ausfallen müssen (Madörin, 2014; Malk, 2010; Rau, Roeder & Hensen, 2009).

## **1.2 Fragestellung**

Welche Faktoren\* charakterisieren aus Klientensicht\* für erwachsene Klienten in der Ergotherapie eine den Therapieprozess unterstützende therapeutische Beziehung?

## **1.3 Zielsetzung**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, evidenzbasiert darzulegen, welche Faktoren der therapeutischen Beziehung aus Sicht des erwachsenen Klienten den Ergotherapieprozess unterstützen.

Mit dieser Arbeit soll ein Beitrag geleistet werden zur wissenschaftlichen Untermauerung einer ergotherapeutischen Behandlungsweise, die den Klienten mit seiner Persönlichkeit und seinen Bedürfnissen ins Zentrum stellt und Therapie wie Feiler (2003) als einen Interaktionsprozess zwischen zwei Personen versteht.

Die Ergebnisse der Studienanalyse sollen eine Ausgangslage für weiterführende theoretische und praktische Arbeiten bilden, um Ansätze für die bewusste Beziehungsbildung in der ergotherapeutischen Praxis abzuleiten.

---

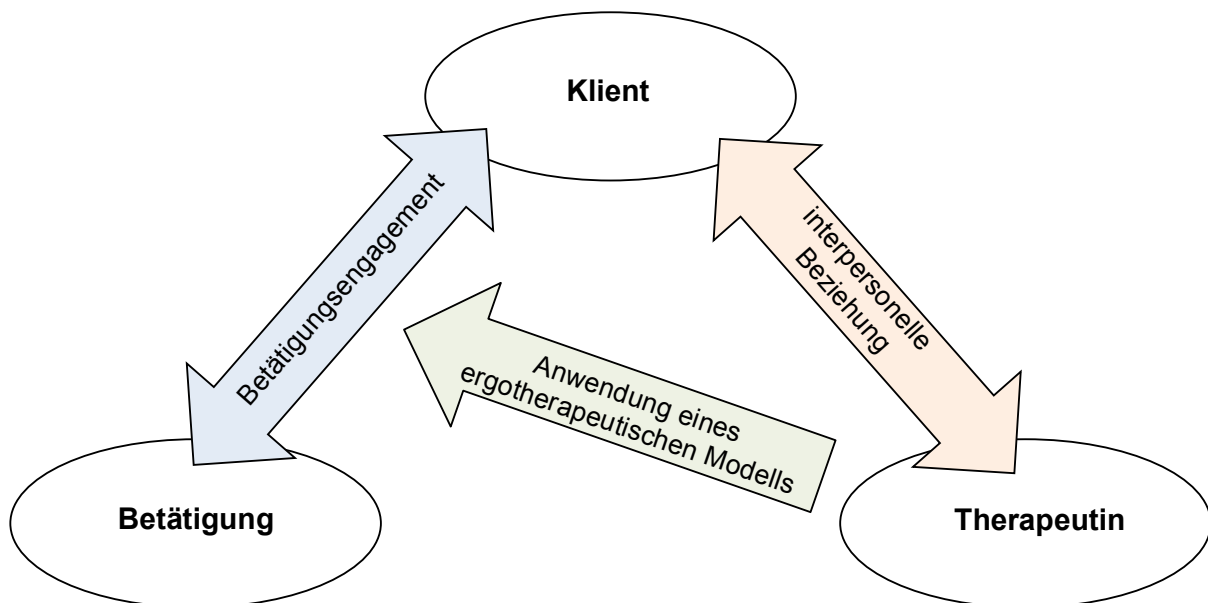
\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Definition relevanter Begriffe

#### Ergotherapie

Der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS/ASE] (2015) nennt als Definition seiner Profession: „Ergotherapie stellt die Handlungsfähigkeit\* des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens\* und an der Gesellschaft teilzuhaben.“



**Abb. 1** Beziehung von Klient, Therapeutin und Betätigung\* in der Ergotherapie (nach Taylor, 2008b)

Primäres Ziel der Ergotherapie ist die Partizipation\* des Menschen an Betätigung. Ergotherapie ist insofern einzigartig, als das Betätigungsengagement\* des Klienten den Kern des Therapieprozesses darstellt (Taylor, 2008b).

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert



Ergotherapie möchte Klienten dazu verhelfen, Aspekte ihrer Person, ihrer Betätigung\* oder ihrer Umwelt\* zu verändern (WFOT, 2010), um sie dadurch zu befähigen, „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“ (Fisher, 2014).

Therapeutische Anwendung von Betätigung ist das vorrangige Mittel\* der Ergotherapie, um die Fähigkeit des Klienten, sich zu betätigen, zu fördern (Fisher, 2014).

Ergotherapie kann als ein triangulärer Prozess verstanden werden, bei dem Klient, Therapeutin und Betätigung in direkter und indirekter Beziehung stehen. (siehe Abbildung 1.)

### **Klientenzentrierung**

Im „Positionspapier zur Klientenzentrierung in der Ergotherapie“ der World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2010) wird die humanistische Philosophie als Grundlage der ergotherapeutischen Praxis genannt. Dies bedeutet laut WFOT (2010), dass Ergotherapeutinnen in der Beziehung zu ihren Klienten personenzentriert sind und diese als Partner respektieren. Ergotherapeutinnen schätzen die Erfahrung ihrer Klienten und anerkennen deren Wissen, Hoffnungen, Träume und Autonomie (WFOT, 2010).

Die Klientenzentrierung in der Ergotherapie geht auf den psychotherapeutischen Therapie- und Beratungsansatz des Psychologen Carl Rogers (1902-1987) zurück. Rogers Konzept entwickelte sich aus der "nicht-direktiven\* Psychotherapie und Beratung" um 1940 über die "klientenzentrierte Therapie" zum "Personenzentrierten Ansatz" (Schweizerische Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz [pca.acp], 2015). Ende der 70er Jahre begann die Diskussion zum klientenzentrierten Ansatz in der Ergotherapie (Palme, 2005), bis der Ansatz in der jüngeren Zeit zu einem zentralen Konzept für die Ergotherapie geworden ist (Fisher, 2014).

Eine Konsequenz des wachsenden Interesses für humanistische Prinzipien in der

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

Ergotherapie war die Entwicklung von Praxismodellen\*, welche die Bedeutung der Klientenzentrierung betonen (Hong, Pierce & Withers, 2000). Laut Baum (1998) können, sofern die Ziele und Betätigungsbedürfnisse des Klienten im Fokus stehen, sieben ergotherapeutische Modelle\* angewendet werden, um die Klientenzentrierung in der ergotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen. Unter anderen sind dies laut Baum (1998) das „*Model of Human Occupation*“ (Kielhofner & Burke, 1980; Kielhofner 1992; Kielhofner 1995), das „*Person-Environment-Occupation Model*“ (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts, 1996), das „*Person-Environment-Occupational Performance Model*“ (Christiansen & Baum 1991; 1997) und das „*Canadian Model of Occupational Performance*“ (Canadian Association of Occupational Therapists, 1997).

Für die Ergotherapie existieren verschiedene Definitionen der Klientenzentrierung (Law, Baptiste and Mills, 1995; Canadian Association of Occupational Therapists, 1997; Sumsion, 2000); allen gemeinsam ist die Betonung der Kollaboration oder Partnerschaft mit dem Klienten, der Respekt für den Klienten, die Schaffung von Wahlmöglichkeit und der Einbezug des Klienten in die Bestimmung von Betätigungszielen (Sumsion & Law, 2006). Law & Mills (1995) nennen als erste Definition des klientenzentrierten Ansatzes für die Ergotherapie:

„Die klientenzentrierte Praxis ist ein Ansatz für die Ergotherapie, dem der Respekt und der partnerschaftliche Umgang mit den Menschen, die unsere Dienste nutzen, zugrunde liegen. Sie erkennt die Autonomie des Klienten an, die Stärken, welche ein Klient in die Therapie einbringt, das Bedürfnis des Klienten eine Wahlmöglichkeit zu haben und den Nutzen der Zusammenarbeit von Klient und Therapeut“ (Law et al. 1995, S. 250).

## **Therapeutische Beziehung**

Taylor (2008) beschreibt, dass sich das Verständnis der therapeutischen Beziehung im Verlauf der Ergotherapie-Geschichte wandelte und weiterentwickelte. Die Wurzeln der Ergotherapie liegen im 18. und 19. Jahrhundert der Behandlung psychiatrischer Patienten (EVS & ASSET, 2005). In dieser ersten, frühen Ära\* der Ergotherapie (Kielhofner, 2004), lag der interaktionelle

Schwerpunkt der Therapie auf der zentralen Stellung der Betätigung und der Rolle der Therapeuten, die darin bestand, das Betätigungsengagement<sup>\*</sup> der Patienten zu fördern. (Taylor, 2008b). In der folgenden Ära<sup>\*</sup>, Mitte 19. bis Ende 20. Jahrhundert, drückte sich das Verständnis der therapeutischen Beziehung in einer Betonung des psycho-dynamischen Prozesses aus, der „die Betätigung in gewisser Hinsicht als zentrale Dynamik der Therapie ablöste“ (Taylor, 2008b, S. 25). Medizin und Sozialwissenschaften wurden zu den Haupt-Bezugswissenschaften der Ergotherapie (EVS & ASSET, 2005)

Die zeitgenössische Ära der Ergotherapie, seit Ende des 20. Jahrhunderts, beschreibt nach Kielhofner (2004) eine Rückkehr zur Betätigung und wirkt sich, ähnlich der frühen Ära, in einer mehr eindimensionalen Ausrichtung der Beziehung zwischen Therapeutin und Klient aus. Die therapeutische Beziehung dieser Zeit drückt sich laut Taylor (2008b) in drei Hauptbewegungen aus: in kollaborativen und klientenzentrierten Ansätzen, in Ansätzen, welche Anteilnahme<sup>\*</sup> und Einfühlungsvermögen betonen und Ansätzen, welche auf Clinical Reasoning<sup>\*</sup> und Narration<sup>\*</sup> aufbauen.

Bis heute herrscht kein einheitliches Verständnis der therapeutischen Beziehung in der ergotherapeutischen Arbeit, jedoch werden Faktoren, welche aus Sicht der Ergotherapeutin eine therapeutische Beziehung ausmachen, von verschiedenen Autoren genannt (Cole & McLean, 2003; Feiler, 2003).

Cole & McLean (2003, S.49) definieren, basierend auf den Erkenntnissen ihrer Studie, eine „therapeutische Beziehung als vertrauensvolle Verbindung und enges Verhältnis zwischen Therapeut und Klient, das gebildet wird durch *Zusammenarbeit, Kommunikation, Empathie<sup>\*</sup> von Seiten des Therapeuten sowie gegenseitigem Verständnis und Respekt<sup>\*</sup>*“. Was die therapeutische Beziehung von einer alltäglichen Beziehung, Freundschaft oder Partnerschaft unterscheidet, sind die sozial definierten Rollen in denen sich Therapeutin und Klient begegnen (Taylor, 2008a) sowie die notwendige Kompetenz<sup>\*</sup> von Seiten der Therapeutin (Hall, Horgan, Stein & Roter, 2002; Schön, 2011). Dieses enge Verhältnis, mit dem

---

<sup>\*</sup> Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

englischen Begriff „therapeutic rapport“ bezeichnet, definieren Csikszentmihalyi, (1990) und Tickle-Degnen (2006 in Tickle-Degnen, 2014, S. 403) als „bestmögliche zwischenmenschliche Erfahrung für Klient und Therapeut, welche von der Therapeutin ein grosses Mass an Aufmerksamkeit und hoch entwickelte Kommunikationsfähigkeiten erfordert [...]“.

In der Psychotherapie wird die therapeutische Beziehung zu den allgemeinen Wirkfaktoren gezählt, welche Psychotherapieschulen übergreifend Einfluss auf Therapieverlauf und -ergebnis haben (Warschburger, 2009). Laut Meta-Analysen (Ahn & Wampold, 2001; Lambert & Barley, 2002; Lambert & Bergin, 1994; Martin, Garske & Davies, 2000; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 1994 in Warschburger, 2009) hat sich die therapeutische Beziehung in der Psychotherapie als sehr wichtige und vielleicht auch bedeutsamste Einflussgröße\* erwiesen.

„Als nachweislich wirksame Elemente der therapeutischen Beziehung gelten nach Schmidt-Traub (2003) die therapeutische Allianz\*, die Empathie des Therapeuten, der Zielkonsens\* und die Kooperation (...). Als wahrscheinlich wirksame Elemente der therapeutischen Beziehung werden Wertschätzung, Kongruenz\* und Echtheit\*, das Geben von Feedback und persönliche Mitteilung des Beraters/Therapeuten bezeichnet“ (Warschburger, 2009).

Die therapeutische Beziehung in der Ergotherapie unterscheidet sich vom psychotherapeutischen Verständnis der therapeutischen Beziehung durch das Element der Betätigung fundamental (Taylor, 2008b). Ziel der Psychotherapie ist eine psychische Entwicklung beim Klienten, welche über eine, im Vergleich zur Ergotherapie, „direkte“ Beziehung zwischen Therapeut und Klient geschieht (Taylor, 2008b). Verbale Kommunikation ist in den diversen psychotherapeutischen Ansätzen entscheidendes therapeutisches Mittel, während der Fokus in der Ergotherapie darauf liegt, das Betätigungsengagement des Klienten zu erleichtern (Taylor, 2008b).

Vegni, Mauri, D'apice & Moja (2010) mussten bei ihrer quantitativen Untersuchung der therapeutischen Beziehung in der Ergotherapie 35% der Konversation zwischen Ergotherapeutinnen und ihren Klienten (Schauspieler) einer neuen

Kategorie der Originalversion des RIAS<sup>2</sup> zufügen. Die Autoren der Studie kamen zum Schluss, dass dieses Resultat auf eine einzigartige Weise der professionellen Kommunikation zwischen Ergotherapeutinnen und ihren Klienten in der Ergotherapie hindeute.

In der ergotherapeutischen Literatur herrscht, entsprechend dem uneinheitlichen Verständnis der professionellen Beziehung zwischen Therapeutin und Klient, keine Übereinkunft betreffend der Begrifflichkeit. Im deutschen Sprachraum werden zur Hauptsache die Begriffe „Therapeutische Beziehung“, „Therapeut-Klient-Beziehung“ / „Therapeut-Patient-Beziehung“ oder „Therapeut-Klient-Interaktion“ / „Therapeut-Patient-Interaktion“ verwendet. Im englischen Sprachraum werden zusätzliche alternative Bezeichnungen für die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient genannt (siehe Tabelle 2. Keywordtabelle).

„Therapeutische Allianz“, „Working Alliance“ und „therapeutic use of self“ finden in der deutsch- und englischsprachigen ergotherapeutischen Literatur Verwendung und werden teils synonym („Therapeutische Allianz“, „Working Alliance“), teils lediglich im Zusammenhang mit den vorherigen Bezeichnungen genannt („therapeutic use of self“).

### **Working Alliance**

Die Working Alliance besteht laut (Wilmers et al., 2008) aus drei wesentlichen Komponenten: der Entwicklung einer emotionalen Bindung, dem „Bond“, gebildet aus Zuneigung, Vertrauen und Respekt (Bordin, 1979 in Morrison & Smith, 2013), der Übereinstimmung bezüglich der Behandlungsziele\* und des eigentlichen Behandlungszwecks, den „Goals“, sowie der Zusammenarbeit während der Behandlungstätigkeit, den „Tasks“. Greenson (1967, in Morrison & Smith, 2013) definierte die therapeutische Beziehung in der Psychotherapie als bestehend aus drei Elementen: der Working Alliance, der „Übertragungsbeziehung“ und der „wahren Beziehung“. Laut Rosa & Hasselkus (2005) wiederum hilft die

---

<sup>2</sup> Roter Interaction Analysis System

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

therapeutische Beziehung, zusammen mit dem Klienten eine Working Alliance zu bilden, um gemeinsam entwickelte Ziele zu erreichen. Ross, Polaschek & Ward (2008) gehen davon aus, dass „Working Alliance“ und „therapeutische Allianz“ im therapeutischen Kontext equivalent verwendet werden können.

In der ergotherapeutischen Literatur wird die therapeutische Beziehung nicht aufgetrennt in einzelne Komponente erläutert (Morrison & Smith, 2013). Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Arbeit ergotherapeutische Studien, welche die Working Alliance untersuchen, ebenfalls beigezogen.

### **Therapeutic use of self**

Der Begriff „therapeutic use of self“ wird in der ergotherapeutischen Literatur verwendet, um die bewusste Beziehungsbildung der Therapeutin zum Klienten zu bezeichnen (Cole & McLean, 2003). Als am häufigsten zitierte Definition nennen Punwar & Peloquin (2000, S. 285, in Taylor et al., 2009) „a therapist’s planned use of his or her personality, insights, perceptions, and judgments as a part of the therapeutic process“; was Winkelmann (2009) als „die eigene Person therapeutisch nutzen“ bezeichnet. In einer amerikanischen Studie bezeichneten über 80% der befragten Ergotherapeutinnen den „Use of self“ als wichtige Determinante des Therapie-Outcomes (Taylor, 2008a). Taylor (2008a) entwickelte das „Modell der intentionalen Beziehung“<sup>\*</sup> als Antwort auf ihre Erkenntnis, „dass nur wenig detailliertes, über allgemeine Prinzipien hinausgehendes Wissen darüber existiert, wie angesichts der zentralen Stellung des Betätigungsengagements die Frage der therapeutischen Beziehung überhaupt angegangen werden soll“ (Taylor, 2008b, S. 25). Das entwickelte Modell der intentionalen Beziehung stellt den Versuch dar, klare und detaillierte Vorgaben für den therapeutischen Einsatz der eigenen Person, den „Use of self“, zu benennen. Laut Taylor (2008b) handelt es sich beim „Use of self“ um eine therapeutische Fertigkeit, welche entwickelt<sup>\*</sup>, gefördert und gezielt eingesetzt werden kann, um die therapeutische Beziehung zum Klienten zu entwickeln und positiv zu verstärken. Das Modell der intentionalen Beziehung „ergänzt die Anwendung anderer

---

<sup>\*</sup> Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

ergotherapeutischer Praxismodelle, übliche Konzepte und Strategien der Ergotherapie, die unmittelbar auf die Erleichterung des Betätigungsengagements abzielen“ (Taylor, 2008). Die Nützlichkeit des Modells der intentionalen Beziehung für die Ergotherapie liegen nach Taylor (2008b) darin, „dass es auch die sonst nicht artikulierten Aspekte der während des Therapieprozesses stattfindenden interpersonellen Beziehung erfasst, die sowohl das Betätigungsengagement als auch das Behandlungsergebnis\* beeinflussen“ (Taylor, 2008b).

## **2.2 Erklärungen zur Begriffsverwendung in der vorliegenden Arbeit**

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird die professionelle Beziehung zwischen Therapeutin und Klient entsprechend der Definition von Cole & McLean (2003) als „therapeutische Beziehung“ bezeichnet. Aus Klientensicht ist es nach Meinung der Autorin nicht korrekt, von therapeutischer Beziehung zu sprechen, da der Klient diese Beziehung nicht professionell gestaltet. Aus diesem Grund wird, wenn die therapeutische Beziehung explizit aus der Perspektive des Klienten betrachtet wird, die Bezeichnung „Therapeut-Klient-Beziehung“ gewählt.

## **2.2 Stand der Forschung**

In der Forschung wird die Thematik der therapeutischen Beziehung in der Ergotherapie nur wenig beachtet (Cole & McLean, 2003), findet seit der letzten drei Jahrzehnte aber ein zunehmendes Interesse (Taylor et al., 2009). Cole & McLean, (2003) fanden bei der Literaturrecherche zu ihrer Studie über die Wahrnehmung und Anwendung der therapeutischen Beziehung von ErgotherapeutInnen in Connecticut für den Zeitraum von 1990-2001 in der internationalen ergotherapeutischen Literatur weniger als 20 Artikel.

Verschiedene Studien untersuchen lediglich Teilaspekte der therapeutischen Beziehung, wie die Kommunikationsweise (Werngren-Elgstrom, 1997) oder interpersonelle Fähigkeiten der Therapeutin (Taylor, Lee & Kielhofner, 2011; Gahnström-Strandqvist, Josephsson & Tham, 2004), wobei insbesondere der „therapeutic use of self“ Beachtung findet (Taylor et al., 2009).

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

Der Sichtweise des Klienten bezüglich der ergotherapeutischen Interventionen wird in der Wissenschaft keine grosse Beachtung geschenkt (Palmadottir, 2003) und es liegen nur wenige Studien vor, welche die Sicht des Klienten auf die Therapeut-Klient-Beziehung in der Ergotherapie untersuchen.

Forschungsergebnisse bezüglich der therapeutischen Beziehung in der Ergotherapie aus Sicht von Fachpersonen finden sich vorwiegend aus dem angelsächsischen Sprachraum; aus Kanada und den USA. Der deutschsprachige Raum, sowie das europäische Festland sind stark untervertreten (siehe Anhang; Detaillierte Literatursuche).

Forschungen bezüglich der Klientensicht auf die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient in der Ergotherapie finden sich aus Kanada, USA, Island, Deutschland und den Niederlanden.



### 3 Methode

#### 3.1 Keywords

Vor Beginn der systematischen Suche wurden von der Fragestellung Schlüsselwörter abgeleitet, welche in englische Keywords übersetzt wurden. Ergänzend wurden über dict.cc (2015) und in der wissenschaftlichen Literatur englische Synonyme gesucht. Während dem Suchprozess kamen vereinzelt neue Begriffe dazu, welche von Autoren in ihren Studien verwendet wurden. Um eine gezieltere Suche zu ermöglichen, wurden entsprechende Schlagworte wie CINAHL Headings und MeSH-Terms gesucht.

Die Begriffe «therapeutic use of self», «helping behavior» und «helping skills» wurden als Suchbegriffe verwendet, obwohl sie Fachbegriffe darstellen für das professionelle Beziehungsverhalten der Therapeutin und somit eher in Literatur verwendet werden, welche eine Therapeutesicht darstellt. Um Studien, welche sowohl Therapeuten- als auch Klientensicht darstellen, wurden die genannten Begriffe für den Suchprozess vorsorglich beibehalten.

Tabelle 1. Keywordtabelle

| Schlüsselwörter                      | Keywords                                | Schlagwörter   |
|--------------------------------------|---|--|
| Klient                               | client                                  |  |
| Patient                              | patient                                 | Patient (PubMed)   |
| Therapie                             | therapy                                 |  |
| Ergotherapie                         | occupational therapy                    | Occupational Therapy (CINAHL, Cochrane Library, PubMed ) |
| Sicht, Sichtweise, Ansicht, Meinung  | view                                    |  |
| Perspektive, Sichtweise, Blickwinkel | perspective                             |  |
| Wahrnehmung, Sichtweise, Empfindung  | perception                              |  |
| Erfahrung, Erleben                   | experience                              |  |
| Klientensicht, Patientensicht        | client perception* /patient perception* |  |
|                                      | client experience* / patient            |  |

---

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | experience*  |  |
|   | client perspective* / patient perspective*   |  |
|   | client view / patient view   |  |
|   | client needs / patient needs   |  |
|   | client demands / patient demands   |  |
| Beziehung ,Verhältnis, Verbindung                             | relation, relationship, rapport  |  |
| therapeutische Beziehung                                      | therapeutic relation*<br>therapeutic rapport   | Professional-Client Relations (CINAHL)                                 |
| professionelle Beziehung                                      | professional relation*   | Professional-Client Relations, Professional-Patient Relations (CINAHL) |
|   | helping relation*  |  |
| Therapeut-Klient-Beziehung                                    | client-therapist relation* / therapist-client relation*  |  |
|   | patient-therapist relation* / therapist-patient relation*  |  |
| Therapeut-Patient-Beziehung                                   |  |  |
|   | client-professional relation* / professional-client relation*  |  |
|   | patient-professional relation* / professional-patient relation*  | Professional-Patient Relations (CINAHL, Cochrane Library, PubMed)      |
| Verbindung, Bündnis, Allianz                                  | alliance   |  |
| therapeutisches Bündnis, therapeutische Allianz               | therapeutic alliance<br>working alliance<br>helping alliance   |  |
| Interaktion, Zusammenspiel, Zusammenwirken, Umgang            | interaction  |  |
| Therapeut-Klient-Interaktion                                  | client-therapist interaction* / therapist-client interaction*  |  |
| Therapeut-Patient-Interaktion                                 | patient-therapist interaction* / therapist-patient interaction*<br>patient-professional interaction* / professional-patient interaction* |  |
| “die eigene Person therapeutisch nutzen” (Winkelmann, 2009)   | therapeutic use of self  |  |
| helfendes, hilfreiches Verhalten                              | helping behavior   |  |
| helfende, hilfreiche Fertigkeiten / Fähigkeiten / Kompetenzen | helping skills   |  |

---

### 3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der professionellen Beziehung zwischen Ergotherapeutin und Klient und deren Einfluss auf den ergotherapeutischen Therapieprozess. Recherchiert und wissenschaftlich belegt wurden diejenigen Elemente der therapeutischen Beziehung, welche aus Sicht des Klienten den Therapieprozess unterstützend beeinflussen. Um die Fragestellung des Reviews beantworten zu können, musste die in der Studienanalyse dieser Arbeit verwendete wissenschaftliche Literatur aus Ansicht der Autorin folgende drei wesentlichen Kriterien erfüllen:

*Die „Klientensicht“ auf die „therapeutische Beziehung“ in der „ergotherapeutischen Behandlung“ darstellen.*

Vor Beginn der systematischen Literatursuche wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, um möglichst viele Suchergebnisse zu erzielen, welche die Fragestellung so genau als möglich beantworten. Gleichzeitig sollte dadurch unpassende Literatur ausgeschlossen werden.

Tabelle 2. Ein- und Ausschlusskriterien

---

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Einschlusskriterien</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• In der Studie wird die Klientensicht auf die therapeutische Beziehung dargestellt.</li><li>• Die Studie bezieht sich auf ein ergotherapeutisches Einzelsetting mit erwachsenen Personen.</li><li>• Die Studie wurde in einem industrialisierten Land mit ähnlichem soziodemographischen Hintergrund (z.B. Europa, USA, Kanada und Australien) wie der Schweiz durchgeführt.</li><li>• Das Publikationsdatum liegt nach Januar 2005. (In begründeten Fällen werden Studien, deren Veröffentlichung mehr als 10 Jahre zurückliegt, berücksichtigt.)</li></ul>                                  |
| <b>Ausschlusskriterien</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Die Studie untersucht die therapeutische Beziehung anderer therapeutischer Berufe oder die Klienten-Arzt-Beziehung.</li><li>• Studien welche mit nicht urteilsfähigen Personen durchgeführt wurden, welchen „wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln « (ZGB, Art. 16, 2014), werden ausgeschlossen.</li><li>• Die Studie bezieht sich auf rein passive und / oder medikamentöse Therapien.</li><li>• Das Publikationsdatum der Studie liegt vor Januar 2005.</li></ul> |

---

### 3.3 Verwendete Datenbanken und Suchvorgehen

Die systematische Literaturrecherche wurde im Zeitraum Januar bis März 2015 in den Datenbanken OTDBASE, CINAHL, Cochrane Library und PubMed durchgeführt. Aus Gründen der zeitlichen Bewältigbarkeit und der breiten Abdeckung, welche durch die gewählten Datenbanken erreicht wurde, wurde die Suche auf vier Datenbanken beschränkt.

Die aufgelisteten Keywords und Schlagwörter wurden auf den oben genannten Datenbanken wenn möglich mittels Bool'scher Operatoren kombiniert, um relevante Literatur zur Thematik zu finden. Um den Suchraum zu vergrößern, wurden auf den Datenbanken CINAHL, Cochrane Library und PubMed Trunkierungen eingesetzt. Die Datenbank OTDBASE erkennt solche Trunkierungen nicht, deshalb wurden für alle Wortformen Einzelsuchen (z.B. relation, relations, relationship) durchgeführt.

Die Suchstrategie verlief angepasst an die Suchmaske der jeweiligen Datenbank. Auf den Datenbanken CINAHL und Cochrane Library wurde eine Suchstrategie in Form einer Suchformel (siehe Tabelle 4. Suchformel) verwendet; auf den Datenbanken OTDBASE und PubMed konnten keine Verknüpfungen angewendet werden, da die Zeichenzahl des Suchfensters stark limitiert ist.

Tabelle 3. Suchformel

|  |  |
|--|--|
| <b>„therapeutische Beziehung“</b>      | (therapist-client relation* OR client-therapist relation* OR patient-therapist relation* OR therapist-patient relation* OR therapist-patient interaction* OR patient-therapist interaction* OR therapist-client interaction* OR client-therapist interaction* OR professional-patient relation* OR patient-professional relation* OR professional-client relation* OR client-professional relation* OR therapeutic relation* OR professional relation* OR therapeutic rapport OR helping relation* OR therapeutic alliance OR helping alliance OR working alliance OR therapeutic use of self OR helping behavior OR helping skills) |
| <b>„ergotherapeutische Behandlung“</b> | AND<br>(occupational therap*)  |
| <b>„Klientensicht“</b>                 | AND<br>(client perception* OR patient perception* OR client experience* OR patient experience* OR client perspective* OR patient perspective* OR client view OR patient view OR client needs OR patient needs OR client demands OR patient demands OR client satisfaction OR patient satisfaction)   |

Folgedessen wurde auf diesen Datenbanken mittels Begriffen für «therapeutische Beziehung» Einzelsuchen nach relevanten Studien durchgeführt. Die Verknüpfung AND mit der «Klientensicht», welche über die Suchmaske nicht möglich war, wurde anschliessend bei der manuellen Durchsicht der gefundenen Studien / Artikel vollzogen.

Die Meshterms der Datenbanken CINAHL und Cochrane Library ergaben Trees, welche für die Suche nicht hilfreich waren, da sie den Suchraum um unrelevante Bereiche erweiterten. Aus diesem Grund wurden sie für die Suchen auf CINAHL und Cochrane Library nicht verwendet.

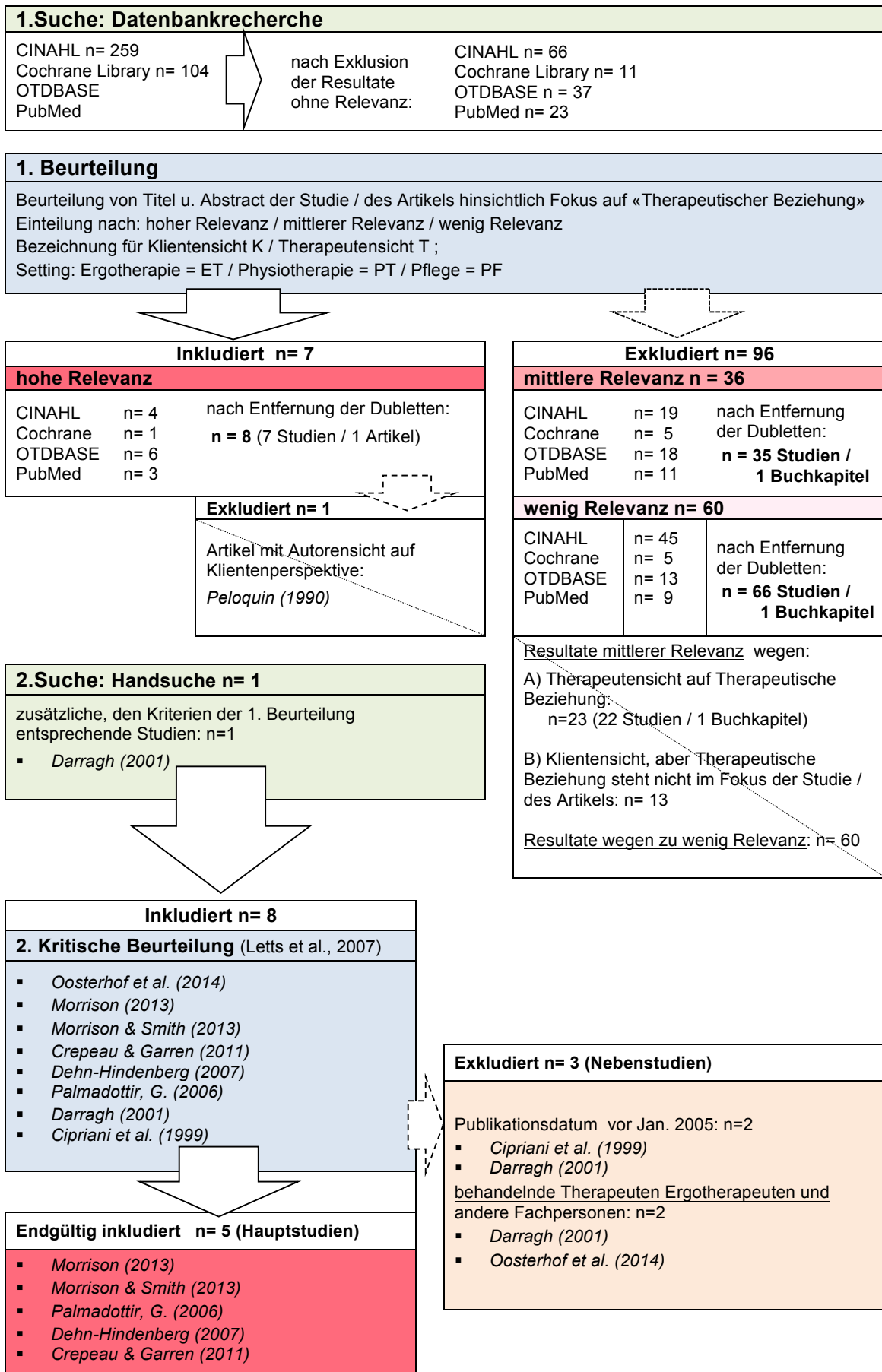
Die von PubMed verwendeten MeSH-Terms ergaben eine sinnvolle Erweiterung des Suchraumes, weshalb sie für die Literatursuche verwendet wurden.

In einer 1. Suche und einer anschliessenden 1. Beurteilung nach der Relevanz der Suchresultate in Bezug auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit, konnten so auf den genannten Datenbanken nach der Entfernung der Dubletten\* insgesamt 104 Studien, Artikel bzw. Buchkapitel gefunden werden.

Davon waren 7 Studien von hoher Relevanz, 36 Studien/Artikel/Buchkapitel von mittlerer Relevanz und 60 Studien/Artikel/Buchkapitel von wenig Relevanz.

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert



**Abb. 2.** Suchergebnisse

Die manuelle Einteilung in Resultate mit hoher, mittlerer und wenig Relevanz wurde in einer 1. Beurteilung über das Lesen von Titel und Abstract der Studien/Artikel vollzogen. Dabei galt als Kriterium für die Einstufung der Relevanz der Studien/Artikel die Art des Fokus der Studie/des Artikels auf die «therapeutische Beziehung»:

Tabelle 4. Relevanzeinstufung

|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
|  | <i>hohe Relevanz</i>     | Darstellung der Klientensicht auf die therapeutische Beziehung   |
|  | <i>mittlere Relevanz</i> | A) Darstellung der Therapeutensicht auf die therapeutische Beziehung<br>B) Darstellung der Klientensicht, aber die therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus der Studie/des Artikels |
|  | <i>wenig Relevanz</i>    | Therapeutische Beziehung wird erwähnt, steht aber nicht im Fokus der Studie / des Artikels   |

Studien/Artikel mit hoher Relevanz wurden in die weitere Verwendung inkludiert; Studien/Artikel mit mittlerer bzw. wenig Relevanz wurden exkludiert.

Über das Lesen des Literaturverzeichnisses bereits gefundener Studien konnte eine weitere Studie zusätzlich als relevant beurteilt und beigezogen werden (Darragh, 2001).

Es verblieben 8 relevante Studien: *Oosterhof et al. (2014)*, *Morrison (2013)*, *Morrison & Smith (2013)*, *Crepeau & Garren (2011)*, *Dehn-Hindenberg (2007)*, *Palmadottir (2006)*, *Darragh (2001)*, *Cipriani et al. (1999)*, welche mittels Beurteilungsformular nach Letts et al. (2007) beurteilt und in Haupt- oder Nebenstudien unterteilt wurden. Diese Aufteilung beruhte auf der vollkommenen beziehungsweise nur teilweisen Erfüllung der Einschlusskriterien.

Fünf Studien erfüllten alle Einschlusskriterien (*Morrison, 2013; Morrison & Smith, 2013; Crepeau & Garren, 2011; Dehn-Hindenberg, 2007; Palmadottir, 2006*), wobei sich zwei Studien (*Morrison, 2013; Morrison & Smith, 2013*) auf dieselbe Datenerhebung beziehen.

Die fünf inkludierten Studien wurden bezüglich der Fragestellung analysiert und die

Ergebnisse tabellarisch aufgezeichnet. Eine detaillierte Übersicht der Literatursuche sowie die kritische Beurteilung der Studien nach Letts et al. (2007) befindet sich im Anhang.

Drei Studien (*Oosterhof et al. (2014)*, *Darragh (2001)* und *Cipriani et al. 1999*) wurden im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit aufgrund ungenügender Erfüllung der Einschlusskriterien nicht berücksichtigt, werden im Diskussionsteil zur Ergänzung der Diskussion jedoch zugezogen, sofern ihre Limitierungen dies erlauben. Die Matrix der Nebenstudien sind im Anhang einsehbar.



## **4 Ergebnisse der Studien**

Im Folgenden werden die fünf inkludierten Studien vorgestellt und hinsichtlich ihrer Ergebnisse zusammengefasst. Die Ergebnisse der Studien werden in studienübergreifenden Themen gesammelt und dargestellt.

### **4.1 Zusammenfassung der Studien**

In Tabelle 6. Matrix der inkludierten Studien, wird ein Überblick über die fünf inkludierten Studien gegeben.

Tabelle 5. Matrix der inkludierten Studien

| Hauptstudien: n=5   | Studie   | Ziel  | Design   | Stichprobe   | Ergebnisse |
|---|--|---|--|--|------------|
| Morrison, T. L. & Smith J. D. (2013).<br><b>Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis.</b><br><i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 60, 326-333. | Untersuchung der Working Alliance - Entwicklung zwischen Therapeutin und Klient im Rahmen von ergotherapeutischen Domizilbehandlungen.   | Phänomenologische Studie<br>• multiple case Study<br>• Einzelinterviews | n= 4<br>Geschl.: 2 w. / 2 m.<br>Alter: 39-69 J.<br><u>Behandlungsursache:</u><br>neuro. Erkrankungen / Verletzungen (CVI, SHT, Parkinson)<br><u>Behandlungsform:</u><br>Domizilbehandlung<br><u>Therapeuten:</u><br>2 Ergotherapeutinnen<br><u>soziodemographischer Hintergrund d. Studie:</u><br>Kanada | 5 wesentliche Elemente für eine Allianzbildung:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Zwischenmenschliche Verbindung</b>: getragen von <b>Herzlichkeit, Zuwendung und Respekt</b> von Seiten der Therapeutin;<br/>Klienten waren mit wachsender Beziehung zur Therapeutin bereit, Tätigkeiten anzugehen, welche emotional bedeutsamer und tiefergreifender waren.</li> <li>▪ <b>Humor als therapeutische Modalität</b>: um Wohlbefinden zu erzeugen, Spannungen aufzulösen und die therapeutische Arbeit zu unterstützen.</li> <li>▪ <b>Therapeutische Handlungsimpulse führen zu funktioneller Verbesserung</b> und zu <b>Beteiligungsengagement</b>; die Verbindung zwischen Therapeutin und Klient schien die Klienten zum Tätigwerden anzuregen und sie zu unterstützen, sich mit anspruchsvolleren Betätigungen auseinanderzusetzen.</li> <li>▪ <b>Verbesserungen bereiten ein Erfolgsgefühl</b>; erfolgreiche Erfahrungen und Lernprozesse bewirkten eine Vertiefung und Verstärkung des Vertrauens in die Allianz und führten bei Klient und Therapeutin zu einer verstärkten Selbstwirksamkeitserfahrung.</li> <li>▪ <b>Erfolgreich erreichte, klientenzentriert definierte Behandlungsziele verstärken die Working Alliance</b></li> </ul> |            |
| Morrison, T. (2013).<br><b>Individual and environmental implications of working alliances in occupational therapy.</b><br><i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 76, 507-14.        | Herausheben von Therapeuten-, Klienten- und Umweltbedingungen, welche einen Einfluss haben auf die Working Alliance zwischen Therapeut und Klient während ergotherapeutischer Domizilbehandlungen. | Phänomenologische Studie<br>• multiple case Study<br>• Einzelinterviews | n= 4<br>Geschl.: 2 w. / 2 m.<br>Alter: 39-69 J.<br>(Behandlungsursache / Behandlungsform / Therapeutenangaben / soziodemographischer Hintergrund entsprechen oben genannter Studie)  | Bestimmte zwischenmenschliche Fähigkeiten und Charakteristiken der Therapeutinnen hatten einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Allianz:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kommunikation, Wärme, Respekt</b></li> <li>• sowohl unterstützender wie hemmender Faktor ist das <b>soziale Umfeld des Klienten</b> (insb. Lebenspartner)</li> </ul> Die von den Therapeutinnen verwendete professionelle Vorgehensweise in Bezug auf die Working Alliance war für die Klienten weniger offensichtlich.  |            |

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <p>Crepeau, E. B. &amp; Garren, K. R. (2011). <b>I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy.</b> <i>Disability and Rehabilitation</i>, 33, 872-81.</p>                   | <p>Identifizieren und Erklären wichtiger Dimensionen der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Zweier-situation der Handtherapie</p>         | <p>Fallstudie<br/>(instrumental case study)<br/>• Einzelinterview</p> | <p>n= 1<br/><u>Geschl.</u>: m.<br/><u>Alter</u>: mittleres Alter<br/><u>Behandlungsursache</u>:<br/>Elbogenverletzung<br/><u>Behandlungsform</u>:<br/>Handtherapie in Praxis<br/><u>Therapeuten</u>:<br/>Ergotherapeutin<br/><u>soziodemographischer Hintergrund d. Studie</u>:<br/>Connecticut, USA</p>  | <p>Therapie ist kein Einweg-Prozess, sondern ein gegenseitiger <b>Austausch zwischen „Gleichwertigen“</b>.<br/><b>Kommunikative Kompetenzen</b> der Therapeutin helfen dem Patienten, sich am Therapieprozess zu beteiligen und zu einem Mitarbeiter der eigenen Erholung zu werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Humor als beziehungsaufbauendes Mittel</b></li> <li>• <b>Verwendung harmloser aber echter Gesprächsthemen</b>; schaffe eine Atmosphäre der Wechselseitigkeit und Gleichberechtigung; Alltagsgespräche dienten als Fundament für den Vertrauensaufbau</li> <li>• <b>zuhören können</b>; ermöglichte dem Patienten, zu äussern, was ihm wichtig war; half, die Bedeutung hinter den Aussagen des Patienten zu verstehen; half, dem Patienten Ziele und Therapie-Präferenzen zu äussern, was Klientenzentrierung ermöglichte</li> <li>• <b>Aufmerksamkeit</b> des Therapeuten als Zeichen des „Sich-Kümmerns“ um den Patienten</li> </ul> |
| <p>Dehn-Hindenberg, A. (2007). <b>Die Bedeutung von Kommunikation und Empathie im Therapieprozess: Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie.</b> <i>Ergotherapie und Rehabilitation</i>, 46, 5-10.</p> | <p>Analyse und Deskription der Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie um darauf aufbauend Hinweise für die Gestaltung des Therapieprozesses entwickeln zu können</p> | <p>explorative deskriptive Studie</p>                                 | <p>n= 177<br/><u>Geschl.</u>: 94 w./ 83 m.<br/><u>Alter</u>: 68% Pat. &gt;50 J.<br/><u>Behandlungsursache</u>:<br/>physische, psychische u. kognitive Behandlungsursachen;<br/>( 43%CVI, 17% Arthrose, 9% Schulter)<br/>• 67% Langzeitpat.<br/><u>Behandlungsform</u>:<br/>Ergotherapie in Praxis<br/><u>Therapeuten</u>:<br/>Ergotherapeutinnen<br/><u>soziodemographischer Hintergrund d. Studie</u>:<br/>Deutschland</p> | <p>Bedeutung der <b>Kommunikation</b> und der <b>psychomotorischen Kompetenzen</b> der Therapeuten für den Beziehungsaufbau zwischen Patient und Therapeutin ;<br/>Zur Unterstützung der Therapie trugen aus Patientensicht bei :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verstehen und Berücksichtigen der Bedürfnisse</b> des Patienten</li> <li>• <b>Gespräche über persönliche Anliegen und Bedürfnisse des Patienten</b></li> <li>• <b>verständliche Vermittlung von Informationen</b> und Erklärungen über den Therapieverlauf</li> <li>• <b>Austausch über Therapieinhalte</b>; gemeinsame Therapieplanung</li> <li>• <b>Humor</b></li> <li>• <b>alltagstaugliche Übungen</b></li> </ul> <p>Zur Mitarbeit motivierend wirkten aus Patientensicht :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ruhe, Zeit zum Zuhören</b></li> <li>• <b>klare Anweisungen</b></li> <li>• <b>Anleitung zur Leistung</b></li> </ul>  |

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>Palmadottir, G. (2006).<br/> <b>Client-therapist relationships: experiences of occupational therapy clients in rehabilitation.</b><br/> <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 69, 394-401.</p> | <p>Erforschung der Erfahrungen, welche Klienten in der Ergotherapie in der Beziehung zu ihren Therapeutinnen gemacht haben, um eine detaillierte Beschreibung und ein Konstrukt der Klienten-Therapeutinnen-Beziehung zu gewinnen</p> | <p>Grounded Theory; Phänomenologische Studie<br/>         • Einzelinterviews</p> | <p>n= 22<br/> <u>Geschl.</u>: 10 w./ 10 m.<br/> <u>Alter</u>: 21-70 J.;<br/>         Hauptanteil 31-60J.<br/> <u>Behandlungsursache</u>:<br/>         neurologische, muskuloskeletale u. psychische Probleme<br/> <u>Behandlungsform</u>:<br/>         6 Wo - 17 Mt. stationäre Ergotherapie in Rehabilitationszentren<br/> <u>Therapeuten</u>:<br/>         Ergotherapeutinnen<br/> <u>soziodemographischer Hintergrund d. Studie</u>:<br/>         Island</p> | <p>In der Klient-Therapeutinnen-Beziehung konnten 7 Dimensionen (5 positiv / 1 neutral / 1 negativ) identifiziert werden. (Mehrfachnennungen durch die meisten Teilnehmer, eine Dimension wurde als besonders dominant erlebt.)<br/>         Positive Dimensionen :<br/>         ▪ <b>Anteilnahme</b>(3): <b>Wärme, Aufmerksamkeit</b> und <b>Rücksichtnahme</b> bezüglich der Klientenbedürfnisse; Unterstützung, Gefühl der Sicherheit u. des Wohlfühlens bietend<br/>         ▪ <b>gegenseitige Verbundenheit</b>(5); <b>gegenseitige Achtung, Engagement</b> und <b>Teilen persönlicher Erlebnisse</b>; aufmerksames Zuhören mit echtem Interesse; beruhigen, ermutigen und unterstützen der Klienten; gemeinsames Besprechen und Treffen von Entscheidungen<br/>         ▪ <b>Beratung</b>(3); Klientenzentrierung bezüglich <b>Behandlungstempo und -zielen</b>; <b>Werte und Entscheidungen des Klienten waren Leitprinzip</b>; gleichberechtigte Interaktion basierend auf Gefühlen der Gleichwertigkeit; Achtung und Wärme<br/>         ▪ <b>Bündnis, Allianz</b>(1); gemeinsames Erreichen <b>klar definierter Ziele, klare Aufgaben- und Verantwortungssteilung</b>; gegenseitiges Vertrauen und Wertschätzung<br/>         ▪ <b>Richtung</b>(5): Therapeutin als Leitkraft, <b>welche die meisten Entscheidungen trifft</b> (Kontrolle wurde von Therapeutin übernommen oder durch Patient übergeben); wenig Gefühl der Nähe, aber Vertrauen, dass Anliegen angebracht werden konnten<br/>         ▪ Neutrale Dimension: Distanziertheit (1)<br/>         ▪ Negative Dimension : Ablehnung (2)</p> <p>Dimensionen <b>Verbundenheit, Führung</b> und <b>Bündnis / Allianz</b> werden als Voraussetzungen für eine Kollaboration genannt.</p> |
|---|---|--|---|---|

## 4.2 Ergebnisse der inkludierten Studien

Ergebnis aller inkludierten Studien ist eine deutliche Gewichtung der psychosozialen\* und kommunikativen\* Kompetenzen der Therapeutin als beziehungs-förderndes und therapieunterstützendes Element. Grosse Bedeutung wird in allen fünf Studien der Haltung der Therapeutin, mit welcher sie dem Patienten begegnet, beigemessen. Die Haltung der Therapeutin übt aus Sicht der Klienten Einfluss aus auf die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient (Morrison, 2013; Morrison & Smith, 2013; Dehn-Hindenberg, 2007), während diese Beziehung wiederum den Therapieverlauf und den Erfolg der Therapie beeinflusst (Morrison & Smith, 2013; Dehn-Hindenberg, 2007).

In den analysierten Studien konnten fünf Faktoren der therapeutischen Beziehung zwischen Klient und Ergotherapeutin identifiziert werden, welche aus Sicht des Klienten unterstützenden Einfluss haben auf den Therapieprozess: Haltung, psychosoziale Kompetenzen, kommunikative Kompetenzen\*, klientenzentrierte Therapieinhalte und Zeit (Tabelle 7. Faktoren der therapeutischen Beziehung).

Tabelle 6. Faktoren der therapeutischen Beziehung

|                         | Haltung | psychosoziale Kompetenzen | kommunikative Kompetenzen | klientenzentrierte Therapieinhalte | Zeit |
|-------------------------|---------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------|------|
| Morrison (2013)         | ✓       | -                         | ✓                         | -                                  | -    |
| Morrison & Smith (2013) | ✓       | -                         | ✓                         | ✓                                  | ✓    |
| Crepeau & Garren (2011) | ✓       | ✓                         | ✓                         | ✓                                  | ✓    |
| Dehn-Hindenberg (2007)  | ✓       | ✓                         | ✓                         | ✓                                  | ✓    |
| Palmadottir (2006)      | ✓       | ✓                         | ✓                         | ✓                                  | ✓    |

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

## **Haltung dem Klienten gegenüber**

*Respekt, Wertschätzung des Klienten, Achtung der Bedürfnisse und Werte des Klienten, Herzlichkeit/Wärme, Zuwendung, Offenheit*

Bezeichnende Eigenschaft der Therapeutinnen, zu welchen Klienten eine vertrauensvolle Beziehung aufbauten, war eine von Respekt, Wertschätzung und Achtung der Bedürfnisse und Werte des Klienten geprägte Haltung (Morrison, 2013; Morrison & Smith, 2013; Crepeau & Garren, 2011; Dehn-Hindenberg, 2007; Palmadottir, 2006). Herzlichkeit, Wärme und Zuwendung der Therapeutin half den Klienten, sich in der Beziehung wohl zu fühlen, Vertrauen aufzubauen und mit wachsender Beziehung zur Therapeutin Tätigkeiten anzugehen, welche emotional bedeutsamer und tiefgreifender waren (Morrison & Smith, 2013; Palmadottir, 2006).

## **Psychosoziale Kompetenzen\***

*Aufmerksamkeit und echtes Interesse, Verstehen und Berücksichtigen der Bedürfnisse und Interessen des Klienten, Eingehen von Verbundenheit mit dem Klienten, klientengerechte Übernahme/Abgabe von Führung im Therapieprozess*

Echtes Interesse (Palmadottir, 2006) sowie Verständnis für die Bedürfnisse und Anliegen des Klienten tragen bei zur Bildung der therapeutischen Beziehung und wurden von Klienten als wichtiges, therapieunterstützendes Element gewertet (Dehn-Hindenberg, 2007). Aufmerksamkeit der Therapeutin bezeugte dem Klienten ihr Interesse und bewies ihm, dass sie sich um ihn kümmerte (Crepeau & Garren, 2011). Gegenseitige Verbundenheit und eine entspannte Interaktion, welche auf Gleichberechtigung\* und gegenseitiger Achtung beruhte, wurde von Klienten als bezeichnend für eine gute Klient-Therapeut-Beziehung genannt (Palmadottir, 2006). Individuell variierend war das Bedürfnis der Klienten nach erhaltener Führung oder Selbstbestimmung im Therapieprozess. Entscheidend für die Beziehung zwischen Klient und Therapeutin war die Fähigkeit der Therapeutin, die diesbezüglichen Erwartungen ihrer Klienten zu erkennen und ihr Verhalten entsprechend anzupassen (Dehn-Hindenberg, 2007; Palmadottir, 2006).

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

## **Kommunikative Kompetenzen\***

*Zuhören, Bedeutung der Aussagen des Klienten verstehen, klare und nachvollziehbare Informationen und Erklärungen abgeben, Feedback erteilen, Humor*

Kommunikative Fähigkeiten der Therapeutin sind entscheidend beteiligt an der Bildung der therapeutischen Beziehung und können dem Klienten helfen, sich auf den Therapieprozess einzulassen (Crepeau & Garren, 2011). Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Humor zu, der einerseits ermöglicht, eine Atmosphäre des Wohlbefindens zu gestalten und beiträgt zum Beziehungsaufbau, andererseits dem Klienten aber auch helfen kann, Spannungen aufzulösen und die beschwerlichen Momente in der Therapie zu erleichtern (Morrison & Smith, 2013; Crepeau & Garren, 2011, Dehn-Hindenberg, 2007).

Die Verwendung harmloser aber echter Gesprächsthemen schafft eine Atmosphäre der Wechselseitigkeit und Gleichberechtigung. Alltagsgespräche können als Fundament für den Vertrauensaufbau dienen, wenn Therapeuten sich mit echtem Interesse daran beteiligen und dem Klienten vermitteln, dass sie ihm ebenfalls Persönliches anvertrauen (Crepeau & Garren, 2011).

Eine Therapeutin, die ihrem Klienten zuhören kann, ermöglicht diesem, seine Probleme, Anliegen und Wünsche zu äussern (Crepeau & Garren, 2011), was Klienten als wichtige Unterstützung der Therapie ansahen (Dehn-Hindenberg, 2007). Indem Therapeutinnen ihren Klienten zuhören, helfen sie diesen, ihre Ziele und Therapie-Präferenzen zu äussern und schaffen dadurch die Voraussetzungen für Klientenzentrierung in Behandlungsplanung, -Durchführung und -Evaluation\* (Crepeau & Garren, 2011).

Verständliche Informationen, gemeinsame Besprechungen des Therapieplanes und nachvollziehbare Erklärungen darüber, was in der Therapie geschieht, werten Klienten als sehr wichtig und unterstützend im Therapieprozess (Dehn-Hindenberg, 2007).

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

## **Klientengerechte Therapieinhalte**

*Den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten entsprechende Zusammenarbeit hinsichtlich Behandlungszielen und -verlauf, alltagstaugliche und individuell relevante Therapieinhalte*

Sehr individuell und dadurch variierend war der Wunsch der Klienten, selbst Entscheidungen bezüglich der Behandlung zu treffen und dadurch die Therapie aktiv mitzugestalten (Dehn-Hindenberg, 2007; Palmadottir, 2006).

Dehn-Hindenberg (2007) zeigt auf, dass 92% der in ihrer Studie befragten Klienten eine gemeinsame Therapieplanung „wichtig“ oder „sehr wichtig“ war. Gleichzeitig gaben 82% der Befragten ihrer Studie als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ an, dass die Therapiemethoden von der Therapeutin ausgewählt werden. Eine Therapie, die nach Patientenwünschen gestaltet wird, befürworteten 59%, während 40% der Studienteilnehmer mehr Entscheidungsmöglichkeiten in der Therapie als „nicht wichtig“ bezeichneten.<sup>3</sup> Palmadottir (2006) kam zum Ergebnis, dass rund ein Drittel der Teilnehmer ihrer Studie empfanden, dass die Kontrolle über die Therapie hauptsächlich in der Hand der Therapeutin lag, dass sie jedoch zufrieden waren mit dem Arrangement, da sie Vertrauen in die Therapeutin hatten. In der Fallstudie von Crepeau & Garren (2004) beschrieb der Klient seine Therapeutin als „guide“. Seiner Ansicht nach war es ihre Aufgabe, ihn zu führen, zu wissen, was er erreichen konnte und erreichen sollte.

Als wichtig und das Behandlungsergebnis unterstützend gewertet wurden von den Klienten alltagstaugliche Übungen und individuell relevante Therapieinhalte (Morrison & Smith, 2013; Crepeau & Garren, 2011, Dehn-Hindenberg, 2007; Palmadottir, 2006). Klientenzentrierung bezüglich Behandlungstempo und Behandlungszielen war den befragten Klienten insofern wichtig, als dass ihre Bedürfnisse von ihrer Therapeutin wahrgenommen und berücksichtigt werden sollten (Dehn-Hindenberg, 2007; Palmadottir, 2006).

---

<sup>3</sup> im Vergleich zu „sehr wichtig“ 11%, „weitgehend wichtig“ 10%, „zum Teil wichtig“ 23%, „kaum wichtig“ 16% (Dehn-Hindenberg, 2007)



## **Zeit für den Klienten**

*Sich als Therapeutin Zeit nehmen für den Klienten, Zeit nehmen fürs Zuhören, als Therapeutin Zeit haben und dem Klienten Zeit lassen für den Vertrauens- und Beziehungsaufbau*

Das Verhältnis zwischen Klient und Therapeutin entwickelte sich mit der Zeit von einer eher oberflächlichen Beziehung zu einer tiefgründigeren Verbundenheit (Morrison & Smith, 2013). Vertrauen, Respekt vor der therapeutischen Kompetenz und Stärke der Verbindung scheinen über den Zeitverlauf zu wachsen, verstärkt durch den wiederholten Kontakt und das Bilden einer gemeinsamen Geschichte (Morrison & Smith, 2013). Klienten waren mit der Zeit und mit wachsender Beziehung zur Therapeutin bereit, Themen anzusprechen und Tätigkeiten anzugehen, welche emotional bedeutsamer und tiefgreifender waren. Die gereifte Beziehung schien für Klienten einen sicheren Ort darzustellen, an dem sie auch emotional beladene Themen ansprechen konnten (Crepeau & Garren, 2011; Morrison & Smith, 2013). Genügend Zeit fürs Zuhören, damit sie die Möglichkeit hatten, über ihre Anliegen und Schwierigkeiten zu sprechen, war den Klienten sehr wichtig und trug nach ihrem Empfinden zu Arbeitsmotivation und -atmosphäre bei (Dehn-Hindenberg, 2007). Klienten, welche ihre Beziehung zur Therapeutin als freundschaftlich bezeichneten, erwähnten, dass es gut war, zu wissen, dass ihre Therapeutin stets da war für sie und dass sie sich mit belastenden Themen immer an ihre Therapeutin wenden konnten (Palmadottir, 2006).

## **5 Diskussion**

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Frage auseinander, welche Faktoren der therapeutischen Beziehung aus Sicht des Klienten positiven Einfluss haben auf den ergotherapeutischen Therapieprozess.

Zur Untersuchung der Fragestellung wurden fünf inkludierte Studien analysiert. Alle fünf Studien fokussieren die Sicht des erwachsenen Klienten auf die therapeutische Beziehung bzw. die Working Alliance in der ergotherapeutischen Behandlung. Ziel aller Studien war eine Herausarbeitung der für Klienten wichtigen Faktoren der Therapeut-Klient-Beziehung bzw. der Working Alliance.

Im Folgenden werden alle fünf inkludierten Studien hinsichtlich ihrer Qualität kritisch beurteilt. Im Anschluss an die kritische Beurteilung der Qualität werden die Ergebnisse der inkludierten Studien bezüglich der Fragestellung der vorliegenden Arbeit diskutiert und mit der Therapeutesicht auf die therapeutische Beziehung in der Ergotherapie verglichen. Der Aspekt der Klientenzentrierung in Bezug auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird in einem abschliessenden Teil diskutiert.

### **5.1 Qualität der inkludierten Studien**

Die Ergebnisse des vorliegenden Reviews beziehen sich mit einer Ausnahme (Dehn-Hindenberg, 2007) auf qualitative Studien, welche auf Erhebungen mittels Einzelinterviews beruhen. Die Studie von Dehn-Hindenberg liefert Prozentwerte zu verschiedenen Aspekten der therapeutischen Beziehung. In allen fünf inkludierten Studien stellen die gewonnenen Daten subjektive Einschätzungen und Empfindungen der befragten Studienteilnehmer dar, welche alle selbst bis wenige Monate vor oder noch zum Zeitpunkt der Befragung in ergotherapeutischer Behandlung waren.

Laut Flick (2002) sind die Vor- und Nachteile eingesetzter Erhebungsmethoden und deren Eignung im Hinblick auf Gegenstand, Frage und Zielgruppe genau abzuwägen, um die Qualität der qualitativen Forschung sicherstellen zu können.

„Das qualitative Interview ermöglicht es, subjektive Sichtweisen von Akteuren zu ermitteln, z.B. über vergangene Ereignisse, Meinungen oder Erfahrungen. Die Besonderheit qualitativer Befragungstechniken liegt darin, dass der Gesprächsverlauf weniger vom Interviewer und dafür stärker vom Interviewten gesteuert und gestaltet wird, womit tiefere Einblicke möglich werden“ (Bortz & Döring, 1995, S. 283).

Demgemäss stellt die Erhebungsform des Interviews eine geeignete Methode dar, um die Sichtweise von Klienten zu ermitteln, da sie dem Klienten die Möglichkeit bietet, eigene Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Erfahrungen auszudrücken.

Die Studie von Dehn-Hindenberg (2007) zieht ihre Ergebnisse aus den Werten einer Fragebogenerhebung, die teils über offene Fragen, teils über eine Likert-Skala mit mehreren Ausprägungen ermittelt wurde. Diesem Fragebogen geht eine qualitative Vorstudie voraus, welche zentrale, aus Patientensicht sinnvolle und Erfolg versprechende Therapieaspekte erhob (Dehn-Hindenberg, 2008). Der erste Untersuchungsbaustein, basierend auf leitfadengestützten Interviews, bildet die qualitativ erhobene Datengrundlage der quantitativen Hauptuntersuchung. Er stellt eine explorative Datenerhebung dar, welcher über die Befragung exemplarischer Fälle Einsicht in die Art des Problems gewähren, sowie die relevanten Variablen erfassen soll (Hermann & Huber, 2013). Die anschliessend quantitativ erhobene Hauptuntersuchung über einen Fragebogen zielt in deskriptiver Manier auf eine möglichst genaue Erfassung und Beschreibung der problemrelevanten Tatbestände (Hermann & Huber, 2013). Folglich kann das von Dehn-Hindenberg (2007) gewählte Design einer explorativen deskriptiven Studie als geeignete Methode für die Erhebung von Erkenntnissen bezüglich der Forschungsfrage für die vorliegende Arbeit bewertet werden.

## **5.2 Evidenzstufen und Validität der inkludierten Studien**

Qualitative Forschung hat zum Ziel, vielschichtige und individuelle Phänomene aufzuzeigen. Die oftmals hohe Komplexität der zu untersuchenden Phänomene erfordert ein offenes Vorgehen und erschwert das Messen von Zusammenhängen (Borgetto et al., 2007).

„Bei der qualitativen Forschung kann ohne Weiteres keine Evidenzhierarchie wie bei der quantitativen Versorgungsforschung und der klinisch-experimentellen Forschung angegeben werden“ (Borgetto et al., 2007).

Um die Validität quantitativer Studien festlegen und bezüglich ihrer Evidenzstufe einzuordnen, können verschiedene Evidenzhierarchien beigezogen werden (Antes, Bassler & Foster). „Die Evidenzhierarchie ist allgemein anerkannt und findet im Rahmen der EBM\* und EBP\* weltweit Anwendung“ (Borgetto et al., 2007).

Tabelle 7. Evidenzstufen<sup>4</sup>

| Stufe | Evidenztyp   |
|-------|--|
| Ia    | Evidenz aufgrund von Metaanalyse randomisierter, kontrollierter Studien (RCT)  |
| Ib    | Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT)  |
| IIa   | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung   |
| IIb   | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten quasiexperimentellen Studie   |
| III   | Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien   |
| IV    | Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen und Überzeugungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten |

Für qualitative Studien werden mehrere Verfahren zur Feststellung von Validität unterschieden, welche als Validierung bezeichnet werden. Validierung zielt in der qualitativen Forschung darauf ab, einen Konsens herzustellen; typische Verfahren dabei sind *konsensuelle*<sup>5</sup>, *kommunikative*<sup>2</sup> und *argumentative Validierung*<sup>3</sup>.

\* siehe Abkürzungsverzeichnis

<sup>4</sup> Darstellung der Evidenzstufen nach der Evidenzhierarchie der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung [ÄZQ] bzw. des Scottish Intercollegiate Network [SIGN] (Habermann & Kolster, 2008)

<sup>5</sup> *Konsensuelle Validierung*: Konsensherstellung zwischen verschiedenen Forschern beim Auswerten.

<sup>2</sup> *Kommunikative Validierung*: Konsensherstellung zwischen Forschern und „Beforschten“ im Feld.

<sup>3</sup> *Argumentative Validierung*: Konsensherstellung zwischen Forschern und außenstehenden Personen.

Tabelle 8. Globale Beurteilung der Qualität der inkludierten Studien

▪ **qualitative Studien**

|                         | Globale Beurteilung der Qualität | Z   | SD                            | SP | R   | D   | Ü   | EV  | KonsV | KomV | AV  | L     |
|-------------------------|----------------------------------|-----|-------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|-------|------|-----|-------|
| Morrison (2013)         | mässig                           | ✓   | ✓<br>4 Einzel-interviews      | ✓  | x   | x   | x   | ✓   | ✓     | ✓    | (✓) | ✓     |
| Morrison & Smith (2013) | schwach                          | (✓) | ✓<br>4 Einzel-interviews      | ✓  | x   | x   | x   | (✓) | ✓     | ✓    | (✓) | ✓     |
| Crepeau & Garren (2011) | genügend                         | ✓   | (✓)<br>Interview; single-case | ✓  | (✓) | ✓   | (✓) | ✓   | ✓     | ✓    | (✓) | k.A.. |
| Palmadottir (2006)      | gut                              | ✓   | ✓<br>20 Einzel-interviews     | ✓  | x   | (✓) | ✓   | ✓   | ✓     | k.A. | ✓   | ✓     |

▪ **quantitative Studie**

|                        | Evidenzstufe | Z | SD                         | SP | I   | D | O | EV | E | IV | KV  | L   |
|------------------------|--------------|---|----------------------------|----|-----|---|---|----|---|----|-----|-----|
| Dehn-Hindenberg (2007) | III          | ✓ | Fragebogen (Rankingfragen) | ✓  | (✓) | ✓ | ✓ | ✓  | ✓ | ✓  | (✓) | (✓) |

Anmerkung: **Z**= Studienzweck klar formuliert, **SD**= entsprechendes Studiendesign gewählt, **SP**= Stichprobe detailliert beschrieben, **R**= Redundanz der Daten erreicht, **D**= Deskriptive Klarheit der Datenerhebung, **A**= analytische Genauigkeit, **Ü**= Überprüfbarkeit gegeben, **I**= Intervention detailliert beschrieben, **O**= zuverlässige u. reliable Outcome Messungen, **EV**= externe Validität, **KonsV**= konsensuelle Validierung, **KomV**= kommunikative Validierung, **AV**= argumentative Validierung, **L**= Limitationen diskutiert; **IV**= interne Validität; **KV**= Konstruktvalidität; **E**= Signifikanz der Ergebnisse, **L**= Limitationen diskutiert  
 ✓= Kriterium erfüllt, (✓)= Kriterium teilweise erfüllt, x= Kriterium ungenügend/nicht erfüllt, k.A= keine Angaben

Die inkludierten qualitativen Studien (Morrison, 2013; Morrison & Smith, 2013; Crepeau & Garren, 2011; Palmadottir, 2006) erfüllen den Aspekt der konsensuellen Validierung. In allen Studien wird auf die Konsensherstellung zwischen verschiedenen Forschern hingewiesen. Die Konsensherstellung zwischen „Forschern und Beforschten im Feld“ wird von drei Studien bestätigt (Morrison, 2013; Morrison & Smith, 2013; Crepeau & Garren, 2011); Palmadottir (2006) macht dazu keine Angaben.

Den Aspekt der argumentativen Validierung erfüllt lediglich die Studie von Palmadottir (2006). Morrison (2013), Morrison & Smith (2013) sowie Crepeau & Garren (2011) geben jeweils lediglich eine externe Fachperson an, welche zur unabhängigen Überprüfung der Datenanalyse beigezogen wurde. Inwiefern die Konsensherstellung in Bezug auf die Studienerkenntnisse vollzogen wurde, bleibt unklar.

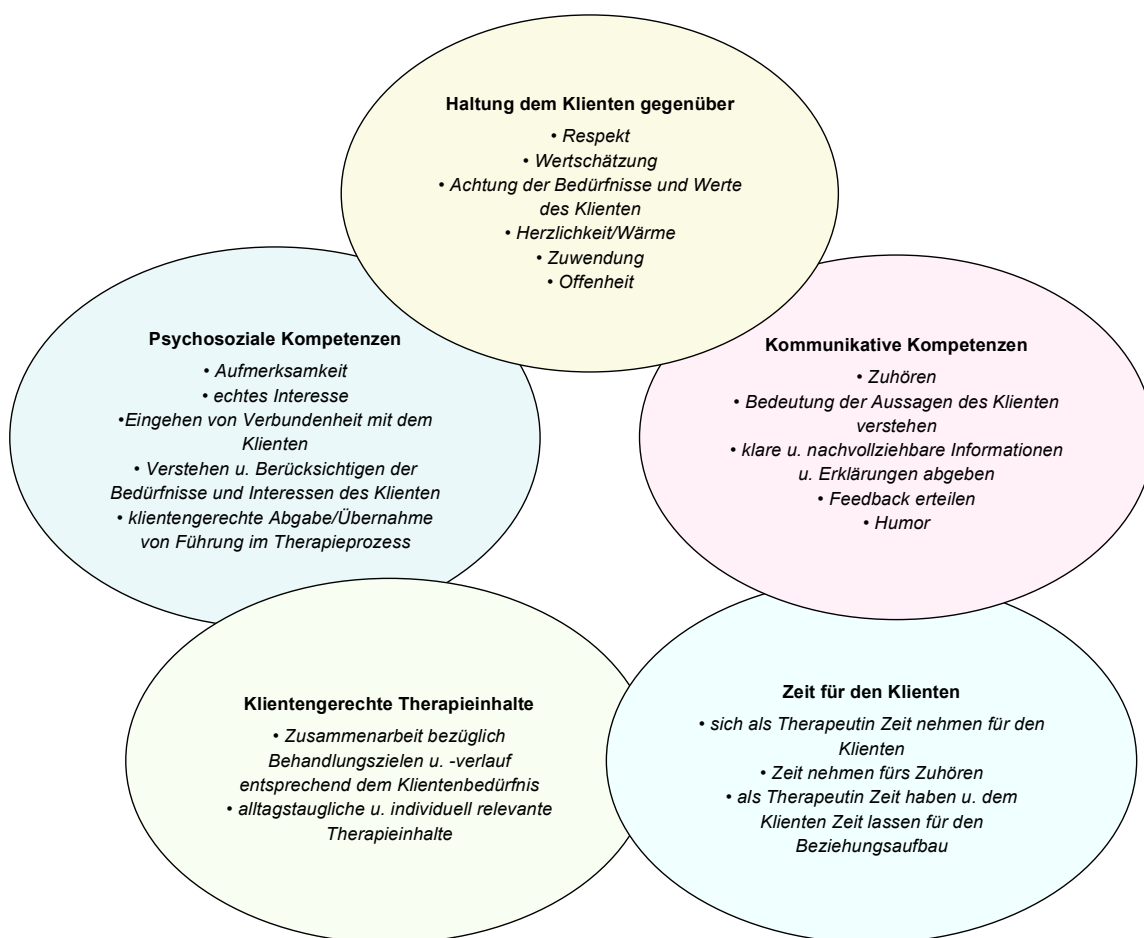
Externe Validität erreichen vier der inkludierten Studien (Morrison, 2013; Crepeau & Garren, 2011; Dehn-Hindenberg, 2007; Palmadottir, 2006) dadurch, dass untersuchter Gegenstand der Studien und Gegenstand, über den Aussagen gemacht werden, übereinstimmen (Universität Augsburg, 2015). Morrison und Smith (2013) beschreiben den Studienzweck nur unklar, wodurch ihrer Studie die externe Validität nur teilweise zugesichert werden kann.

Die Konstruktvalidität der quantitativen Studie (Dehn-Hindenberg, 2007) ist durch den stark vorgegebenen Fragebogen nicht ganz gewährleistet. Eventuell andere Aspekte als die im Fragebogen aufgeführten, konnten von den Teilnehmern nicht genannt werden, was eine Verzerrung der Ergebnisse nicht ausschliessen lässt. Global beurteilt können drei der inkludierten Studien (Crepeau & Garren, 2011; Palmadottir, 2006; Dehn-Hindenberg, 2007) als genügend bis gut bewertet werden, da die erforderlichen Kriterien zur Mehrheit erfüllt wurden. Die Studien von Morrison (2013) und Morrison & Smith (2013), welche auf der gleichen Datenerhebung beruhen, erfüllen nicht genügend Kriterien, um verlässliche Ergebnisse und Erkenntnisse daraus ziehen zu können. Es mangelt beiden Studien an deskriptiver Klarheit, Überprüfbarkeit und argumentativer Validität.

### **5.3 Therapeutische Beziehung aus Sicht des Klienten**

Aus Sicht der Klienten wird nach Analyse der inkludierten Studien eine, den Therapieprozess unterstützende therapeutische Beziehung überwiegend geprägt durch die Haltung der Therapeutin gegenüber dem Klienten, die psychosozialen und kommunikativen Kompetenzen der Therapeutin sowie die Relevanz der Therapieinhalte für den Klienten. Was für Klienten in der Beziehung zur Therapeutin zählt, ist die Haltung der Therapeutin, mit welcher sie ihnen begegnet,

die Art und Weise, wie sie mit ihnen spricht und ihnen zuhört, die Zeit, die sie ihnen zukommen lässt und das Berücksichtigen ihrer Werte und Bedürfnisse. Klienten möchten sowohl bezüglich ihrer Befindlichkeit als auch hinsichtlich der Relevanz der Therapieinhalte für ihren Alltag respektiert und berücksichtigt werden. Klienten wünschen klare und verständliche Informationen und möchten informiert werden über Therapieinhalte und Therapieablauf.



**Abb. 3.** Zusammenstellung der aus Sicht des Klienten den Therapieprozess unterstützenden Faktoren der therapeutischen Beziehung

Untermauert wird das Resultat der inkludierten Studien durch die Ergebnisse zweier, wegen ihres nicht rein ergotherapeutischen Settings, von der vorliegenden Arbeit exkludierter Studien. Die Studie von Oosterhof et al. (2014), welche zum Ziel

hat, Faktoren aufzuzeigen, welche bei chronischen Schmerzpatienten in Zusammenhang stehen zwischen erfolgreichem Therapieergebnis und der Patienten-Fachpersonen<sup>6</sup>-Interaktion, deutet ihrerseits darauf hin, dass die Qualität der Interaktion zwischen Patient und Fachperson bezüglich des Behandlungsergebnisses wichtig ist. Entscheidende Faktoren dieser, das Behandlungsergebnis unterstützenden Interaktion sind laut Oosterhof et al. (2014): *Ernst nehmen des Patienten, ruhiges Auftreten als Fachperson, dem Patienten gut zuhören, als Fachperson engagiert sein und sich mit dem Patienten auseinandersetzen, sowie klare, unmissverständliche Erklärungen<sup>7</sup> und eine offene Interaktion mit dem Patienten<sup>8</sup>.*

Auch die Studie von Darragh (2001), welche gleich der Studie von Oosterhof et al. (2014) exkludiert wurde, kommt zu ähnlichen Ergebnissen wie die inkludierten Studien. Darragh (2001) hatte zum Ziel, in seiner Studie Qualitäten und Eigenschaften praktizierender Fachpersonen aufzuzeigen, welche Klienten mit Hirnverletzung im Hinblick auf den Heilungs- und Rehabilitationsprozess als hilfreich (oder hinderlich) erachteten. Resultat der Studie von Darragh (2001) ist, dass die technische Expertise der Fachpersonen von den Klienten weniger gewichtet wurde als die zwischenmenschliche Beziehung zwischen der Fachperson und dem jeweiligen Klienten. Laut Darragh (2001) schien die Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und deren Effizienz durch die Klient-Therapeut-Beziehung beeinflusst worden zu sein. Als hilfreich empfanden die teilnehmenden Klienten: *Fachpersonen, welche ihnen in der Rolle eines Freundes, Mentors oder Advokaten begegneten, Behandlungen und Leistungen, welche für das Leben der Klienten relevant und nützlich waren, klare und effektive Kommunikation und Informationen, dem Patienten zuhören, sowie regelmässiges Feedback.* Ebenfalls als den Heilungs- und Rehabilitationsprozess unterstützend genannt wurden von den

---

<sup>6</sup> An der Studie von Oosterhof et al. (2014) nahmen 10 Gesundheitsfachpersonen (darunter Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Ergotherapeutinnen, Physiotherapeuten) teil.

<sup>7</sup> Klare, unmissverständliche Erklärungen: (bez. des Schmerzes) abgeben, das Krankheitsverständnis des Patienten kennen und darauf eingehen können; gemeinsame Betrachtung und Besprechung von Testergebnissen.

<sup>8</sup> Offene Interaktion mit dem Patienten pflegen: Offenheit bezüglich der Behandlungsplanung, Zusammenarbeit mit dem Patienten; Eingehen auf Wünsche und Kritik des Patienten.



teilnehmenden Klienten der *Charakter bzw. die Haltung*<sup>9</sup> der Fachperson, welche sich durch *Ehrlichkeit, Respekt und Verständnis* auszeichnete.

Die Resultate der beiden exkludierten Studien unterstützen die Ergebnisse der inkludierten Studien hinsichtlich der zentralen Bedeutung psychosozialer und kommunikativer Fähigkeiten\* sowie der Haltung der Therapeutin als den Therapieprozess unterstützende Faktoren der therapeutischen Beziehung. Darragh (2001) nennt zudem „für den Klienten relevante und nützliche Behandlungsinhalte“, welcher von den inkludierten Studien ebenfalls als ein den Therapieprozess unterstützender Faktor der therapeutischen Beziehung identifiziert wurde.

Resultat der Analyse der inkludierten Studien und somit Antwort auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit, „Welche Faktoren für erwachsene Klienten in der Ergotherapie eine den Therapieprozess unterstützende therapeutische Beziehung charakterisieren?“, sind somit gegeben: Faktoren, welche nach Ansicht der Klienten die therapeutische Beziehung in der Ergotherapie ausmachen und ebenfalls eine therapieunterstützende Wirkung haben, sind neben der Durchführung individuell relevanter, alltagstauglicher Übungen und Zeit für den Klienten, die Haltung der Therapeutin sowie die unter 4.2 genannten psychosozialen und kommunikativen Kompetenzen der Therapeutin.

#### **5.4 Therapeutische Beziehung aus Sicht der Ergotherapeutin**

In der Studie von Taylor et al. (2009) gaben 90% der teilnehmenden Ergotherapeutinnen an, dass ihre Beziehung zum Klienten dessen Betätigungsengagement erhöhe. Über 80% der teilnehmenden Ergotherapeutinnen derselben Studie glaubten, dass der therapeutische Use of Self die wichtigste Fähigkeit ihrer praktischen Arbeit und das Schlüsselement für das Behandlungsergebnis

---

<sup>9</sup> Als hilfreich wahrgenommen wurden Fachpersonen, deren Charakter oder Haltung sich durch Ehrlichkeit (z.B. bezüglich Heilungsprognosen, auch wenn diese enttäuschen ausfielen), Respekt vor der persönlichen Sichtweise des Patienten, seinen Wünschen und Bedürfnissen und Verständnis für die besonderen Bedürfnisse der Patienten auszeichnete (Darragh, 2001).

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

darstellte. In der Studie von Cole & McLean (2008) waren 96,5% der befragten Ergotherapeutinnen damit einverstanden, dass die therapeutische Beziehung entscheidend zur funktionalen Performanz\* des Klienten beiträgt.

Die Studie von Cole & McLean (2008) gibt Auskunft darüber, wie die therapeutische Beziehung von praktizierenden Ergotherapeutinnen verstanden und gelebt wird. Die befragten Ergotherapeutinnen erwachsener Klienten bezeichneten psychosoziale, emotionale und kommunikative Fähigkeiten wie „enge Verbindung/ enges Verhältnis“ (rapport)<sup>10</sup>, „offene Kommunikation“<sup>11</sup>, „verbale Interaktion“ und „Empathie“<sup>12</sup> als sehr relevant für Bildung und Definition einer therapeutischen Beziehung. Laut der befragten Therapeutinnen hatten die genannten Faktoren einen positiven Einfluss auf das funktionale Outcome der Therapie. Als einer der meistgenannten, ebenfalls als sehr relevant bezeichneten Faktoren für Bildung und Definition der therapeutischen Beziehung wurde „Clinical Reasoning“ genannt<sup>13</sup>.

Clinical Reasoning ermöglicht der Therapeutin laut Kielhofner (2004) ein Verständnis für die individuelle Art und Weise des Klienten, Schlüsselerlebnisse in seinem Leben zu beurteilen. Es hilft der Therapeutin, die einzigartige Situation des Klienten, seine Bedürfnisse und Ziele sowie seine Lebensumstände und Wertvorstellungen zu bedenken (Feiler, 2003). Laut Feiler (2003) ermöglicht

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

<sup>10</sup> „*The therapeutic relationship is critical to patient functional performance.*“: 83% strongly agreed, 13.5% agreed, .08% were neutral, no one disagreed, and .08% strongly disagreed (Cole & McLean, 2008).

<sup>11</sup> „*How important is open communication between you and your patient in determining progress in therapy?*“: Very important: 78%, important: 20%, neutral: .08%, not very important: .02%, not at all important: 0% (Cole & McLean, 2008).

<sup>12</sup> „Empathy may be defined as a person’s attempt to understand another person, and to demonstrate this understanding by means of appropriate non-verbal and verbal responses“ (Thomson, Hassenkamp & Mansbridge, 1997, p. 173). *How do you believe your empathy with your patients affects their functional outcome?* [bei erwachsenen Klienten]: greatly increases: 79%, somewhat increases: 18%, no effect: 3%, decreases: 0%, interferes: 0%; [bei geriatrischen Klienten]: greatly increases: 76%, somewhat increases: 24%, no effect: 0%, decreases: 0%, interferes: 0% (Cole & McLean, 2008).

<sup>13</sup> „*In defining a therapeutic relationship, how relevant are each of these components, concepts or skills?*“: von Therapeutinnen erwachsener Klienten als „very relevant“ bezeichnet: Rapport 97%, Clinical Reasoning 82%, Open communication 79%, Verbal Interaction 73%, Empathy 67%, Counseling Skills 59%, Therapeutic Touch 42%; von Therapeutinnen geriatrischer Klienten als „very relevant“ bezeichnet: Rapport 92%, Open communication 89%, Clinical Reasoning 85%, Empathy 79%, Verbal Interaction 77%, Therapeutic Touch 62%, Counseling Skills 44% (Cole & McLean, 2008).

insbesondere das Interaktive Reasoning\*, eine gute Beziehung zum Klienten herzustellen. Durch den adäquaten Einsatz interaktiver Fähigkeiten\* und Strategien kann mittels Interaktivem Reasoning eine gute Zusammenarbeit mit dem Klienten erreicht werden (Feiler, 2003). Über 90% der teilnehmenden Ergotherapeutinnen der Studie von Taylor et al. (2009) gaben den Use of Self als entscheidenden Faktor des Clinical Reasoning an und waren der Meinung, dass Clinical Reasoning immer den Use of Self beinhalten sollte.

## **5.5 Vergleich der Sichtweisen von Klienten und Therapeutinnen**

Die von Ergotherapeutinnen genannten bedeutsamen Faktoren einer therapeutischen Beziehung (Cole & McLean, 2008) entsprechen grundsätzlich den Faktoren, welche von Klienten in den inkludierten Studien genannt wurden. Klienten und Therapeutinnen bewerteten psychosoziale und kommunikative Kompetenzen sowie die Haltung der Therapeutin gleichermaßen als hauptsächlich beziehungsfördernde und therapieunterstützende Faktoren. Fehlende Übereinstimmung besteht bezüglich „*klientengerechter Therapieinhalte*“ (von Klienten genannt) und „*Clinical Reasoning*“ (von Therapeutinnen genannt). Clinical Reasoning ist nach Feiler (2003, S.5) „ein Denkprozess, den Therapeuten leisten, wenn sie Therapien planen, Patienten behandeln, Angehörige beraten und ihre Arbeit reflektieren“. Nach Ansicht der Autorin der vorliegenden Arbeit kann Clinical Reasoning aus Klientensicht verstanden und erlebt werden als Berücksichtigung seiner Bedürfnisse, Werte und Ansichten. Diese Berücksichtigung wird für den Klienten wahrnehmbar in der praktischen Umsetzung während der Therapie. Die Wahl der Therapiemethoden, ihre Relevanz für den Klienten, die von Klienten genannte Alltagstauglichkeit der Therapieinhalte, sind Früchte des Clinical Reasoning der Therapeutin.

Cole & McLean (2008) geben nicht genügend Auskunft darüber, was in ihrer Studie unter dem Aspekt „*Clinical Reasoning*“ verstanden wurde, weshalb die beiden Aspekte „*Clinical Reasoning*“ und „*klientengerechte Therapieinhalte*“ nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit wohl als in Beziehung stehende, nicht aber a

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

priori als übereinstimmende Elemente betrachtet werden können.

Von Therapeutinnen nicht spezifisch erwähnt wurde der Faktor „Zeit für den Klienten“. Wohl wurde von den teilnehmenden Therapeutinnen der Studie von Cole & McLean (2008) „Zuhören“ als eines der zehn am häufigsten genannten Worte für eine Repräsentation des interaktiven Verhaltens zwischen Therapeutin und Klient genannt<sup>14</sup>, doch bleibt unklar, ob damit auch „Zeit zum Zuhören“ gemeint ist. Für Klienten mag sich „Zuhören können“ darin äussern, dass die behandelnde Therapeutin ihre Anliegen, Bedürfnisse und Werte versteht und berücksichtigt, was unter 4.2 den psychosozialen Kompetenzen zugeordnet wurde. Norrby & Bellner (1995, p.43) definieren Empathie als „die Fähigkeit des Therapeuten, zuzuhören, aufmerksam zu sein und die Botschaft [message], welche der Klient aussenden will, zu verstehen.“ „Zuhören“ per se beschreibt nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit die kommunikative Technik des Zuhörens und nicht die innere Haltung der zuhörenden Person.

„Zeit zum Zuhören“ impliziert den Faktor Zeit, der im heutigen Gesundheitswesen ein so rares Gut geworden ist (Pfitzinger, 2011). Möglicherweise ist den Klienten nicht nur die Qualität des Zuhörens wichtig, sondern auch die messbare Zeit, die sich die Therapeutin nimmt, um ihrem Klienten zuhören zu können. Sich Zeit nehmen bedeutet, sich nicht etwas anderem zuzuwenden, was dem Klienten zeigt, dass seine Bedürfnisse und Anliegen berücksichtigt und als wichtig gewertet werden. So wichtig, dass die Therapeutin dem Klienten wertvolle zeitliche Priorität einräumt.

## 5.6 Klientenzentrierung und therapeutische Beziehung

Die Resultate der inkludierten Studien in Bezug auf die Bedürfnisse und Wünsche der Klienten nach einer klientenzentrierten Therapieplanung und -durchführung

---

<sup>14</sup> „Therapeutic relationship means ..., ..., ... to me.“ Ten words representing interactive behaviors that occurred with the highest frequency: Anzahl Nennungen von Therapeutinnen erwachsener Klienten: Trust 12, Communication 10, Empathy 7, Collaboration 7, Understanding 5, Respect 4, Rapport 2, Listening 2, Motivation 2, Caring 1; Anzahl Nennungen von Therapeutinnen geriatrischer Klienten: Trust 22, Empathy 8, Collaboration 7, Listening 6, Communication 4, Caring 4, Motivation 4, Rapport 3, Respect 2, Understanding 2

lassen keine einheitlichen Schlüsse zu. Die Aussagen der befragten Studienteilnehmer scheinen widersprüchlich, zumindest jedoch sehr uneinheitlich zu sein. Einerseits wird die Berücksichtigung der Klientenbedürfnisse in allen Studien als zentraler Faktor der Klient-Therapeut-Beziehung gewertet, andererseits übergaben befragte Klienten der untersuchten Studien teilweise von sich aus die Kontrolle über den Therapieverlauf ihrer Therapeutin oder waren einverstanden damit, dass diese die Führung übernahm. Nach Ansicht der Autorin der vorliegenden Arbeit lässt diese Uneinheitlichkeit darauf schliessen, dass vielen Klienten nicht die konkrete Mitbestimmung in der Therapieplanung wichtig ist, sondern dass sie in erster Linie als Person mit individuellen Bedürfnissen, Werten und Meinungen respektiert und berücksichtigt werden wollen. Dehn-Hindenberg (2007) schreibt, dass Klienten die fachliche Kompetenz ihrer Therapeutin und die Wirksamkeit der Methodik gewissermassen voraussetzen<sup>15</sup>. Die Fachkompetenz der Therapeutin wird in keiner der inkludierten Studien jedoch explizit als förderlich für die therapeutische Beziehung oder den Therapieprozess benannt.

Diese Ergebnisse lassen nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit in Anlehnung an Palmadottir (2006) die Frage zu, ob Klientenzentrierung a priori als Zusammenarbeit von Partnern (Law & Mills, 1989) verstanden und gelebt werden soll und darf. Möglicherweise wird eine Therapeutin nicht allen Klienten gerecht, wenn sie davon ausgeht, dass diese in jedem Fall aktiv am Behandlungsprozess mitbestimmen wollen. Lund, Tamm & Branholm (2001) und Pellat (2004) äussern, dass nicht alle Klienten daran interessiert sind, Verantwortung für die Therapie zu übernehmen, sondern wünschen, dass Fachpersonen Entscheidungen für sie treffen. Laut Taylor (2008a, S. 55) „liegt es in der Verantwortung der Therapeutin, die therapeutische Beziehung zu leiten (to manage), sich kontinuierlich darum zu bemühen, die Beziehung zum Patienten zu verbessern und für eine optimale Lösung interpersoneller Ereignisse in der Therapie zu sorgen.“

---

<sup>15</sup> 97% der befragten Klienten bezeichneten die Kompetenz ihrer Therapeutin als „gut“ oder „sehr gut“, während sie zu 97% das Erkennen der Bedürfnisse des Klienten, zu 96% verständliche Erklärungen, zu 95% wirksame Übungen als „wichtige“ oder „sehr wichtige“ Kriterien zur Erkennung der Kompetenz ihrer Therapeutin ansahen (Dehn-Hindenberg, 2007).

Eine klientengerechte Therapiegestaltung würde dann heissen, in der Gestaltung der Therapeutischen Beziehung auf die Rollenerwartung des jeweiligen Klienten einzugehen und ihm entsprechend zu begegnen. In diesem Sinne beschreiben Gyllensten, Gard, Hansson & Ekdahl (2000) in Palmadottir (2006, S. 399), dass Klienten „den initiierenden Ton des Beziehungsprozesses angeben“, während ihn Therapeutinnen interpretieren und darauf [...] in der vom Klienten erwünschten Rolle antworten.

Laut Karuza, Zevon, Rabinowitz & Brickman (1982) ist die Art der helfenden Beziehung abhängig von der Überzeugung des Patienten bezüglich der Verantwortung für die Ursache und Lösung seines Problems. Eine Abklärung der Krankheitsüberzeugung\* des Klienten kann potentielle Konflikte vorbeugen und der Therapeutin die Gelegenheit bieten, die Überzeugungen des Klienten zu thematisieren (Karuza et al., 1982).

„Hierbei sollte dem Patienten [...] ein ausreichend plausibles Erklärungsmodell für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderbarkeit seiner Störung vermittelt werden. Eine Klärung der Problematik, eine verständliche Vermittlung der funktionalen Analyse des Problems und seiner Bedingungen liefern dem Patienten [...] eine gewisse kognitive Orientierung und damit erste Veränderungsmöglichkeiten hinsichtlich seiner Störung“ (Zaudig, Trautmann, Joraschky, Rupprecht, Möller & Sass, 2007).

Laut Morrison & Smith (2013) berücksichtigen Therapeuten ihr echtes Interesse für die Einzigartigkeit jedes Klienten am besten dadurch, dass sie gewählte Tätigkeiten ebenso individuell wählen wie die zu erreichenden Behandlungsziele. Um dieses individualisierte Verständnis zu erlangen, ist es notwendig, dass Therapeutinnen effektiv kommunizieren, sich empathisch verhalten und dem Klienten Zuneigung und Respekt entgegenbringen (Morrison & Smith, 2013). Die ergotherapeutische Literatur schreibt klientenzentrierten, klar definierten Behandlungszielen eine signifikante Bedeutung zu, welche die Therapieeffizienz durch eine verbesserte Struktur und eine erhöhte Klientenzufriedenheit steigern (Doig, Fleming, Cornwell & Kuipers, 2009). Ebenso kann das Engagement des

---

\* Begriff wird im Glossar (siehe Anhang) erläutert

Klienten durch klientenzentrierte Ziele verstärkt werden (Lequerica, Donell & Tate, 2009).

## **5.6 Limitationen**

Die gewonnenen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit beruhen auf einer kleinen Anzahl Studien. Die qualitativ erhobenen Resultate wurden in zwei Studien einer gemeinsamen Datenerhebung entnommen und gehen in einem Fall auf eine Einzelfallstudie zurück. Insgesamt wurden bei den qualitativen Studien 27 Klienten befragt, was eine Limitierung für die Generalisierung der Resultate darstellt.

Die inkludierte quantitative Studie (Dehn-Hindenberg, 2007) bezieht sich auf die Antworten von 177 Klienten, was die Gesamtzahl an befragten Klienten für die vorliegende Arbeit auf  $n = 204$  steigen lässt.

Die Resultate der Studie von Dehn-Hindenberg (2007) beruhen auf einer Fragebogenerhebung. Durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten der Likert-Skala konnten von den zur Auswahl stehenden Antworten abweichende Nennungen der Klienten nicht erhoben und berücksichtigt werden. Eine mögliche Beeinflussung der Resultate durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ist darum trotz der vorausgegangenen qualitativen Erhebung zur Erstellung des Fragebogens nicht auszuschliessen.

Die inkludierten Studien stammen neben Deutschland aus Island, Kanada und den USA, was die Übertragbarkeit der Resultate aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und den verschiedenen kulturellen und sozialen Hintergründen der Klienten möglicherweise einschränkt.

Die vorliegende Arbeit fasst Studien aus unterschiedlichen ergotherapeutischen Fachbereichen zusammen; einerseits aus dem Grund, dass sehr wenige Studien vorliegen, welche die Klientensicht auf die therapeutische Beziehung in der Ergotherapie darstellen, andererseits, da von der Autorin bewusst eine mögliche Generalisierung der Thematik für die Ergotherapie als fachbereichsübergreifende Profession angestrebt wurde. Trotz der aufgezeigten grossen Übereinstimmung der Resultate, welche auf eine Generalisierbarkeit der Resultate für alle Fachbereiche hinweist, mögen in den einzelnen Fachbereichen aufgrund der speziellen

Bedürfnisse der jeweiligen Klientengruppe einzelne Faktoren mehr oder weniger relevant sein.

Trotz der genannten Limitierungen bieten die Resultate der vorliegenden Arbeit wertvolle Erkenntnisse für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der ergotherapeutischen Arbeit. Insbesondere in Bezug auf die Umsetzung der Klientenzentrierung werden wichtige Fragen aufgeworfen, welche Anlass geben, das Konzept der Klientenzentrierung selbst auf Klientenzentrierung zu überprüfen und klientengerecht anzuwenden.



## 6 Schlussfolgerung

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sind Klienten der Ansicht, dass die therapeutische Beziehung entscheidend beiträgt zum Therapieprozess in der ergotherapeutischen Behandlung und grossen Einfluss hat auf das Behandlungsergebnis. Was für Klienten in der Beziehung zur Therapeutin zählt, ist, wie ihnen die Therapeutin in dieser Beziehung begegnet. Klienten möchten wahr- und ernstgenommen werden, sie möchten mit Respekt behandelt werden und wünschen, dass ihre Bedürfnisse, Werte, Interessen und Meinungen respektiert und berücksichtigt werden. Klienten wünschen klare und verständliche Informationen und möchten informiert werden über den Inhalt und den Verlauf der Therapie. Von der fachlichen Kompetenz ihrer Therapeutin scheinen Klienten auszugehen und ihrer Therapeutin diesbezüglich zu vertrauen. Was für Klienten Bedeutung und aus ihrer Sicht Einfluss hat auf den Therapieprozess, sind die persönliche Relevanz und Alltagstauglichkeit der Therapieinhalte.

Nicht alle Klienten wünschen eine aktive Beteiligung an der Therapieplanung; manche Klienten übergeben von sich aus der Therapeutin die führende Rolle und überlassen ihr wichtige Entscheidungen. Um dem Aspekt der Klientenzentrierung gerecht zu werden, ist es notwendig, auch die therapeutische Beziehung klientengerecht zu gestalten. Krankheitsüberzeugung und Rollenverständnis des Klienten können sein Verhalten in der therapeutischen Beziehung beeinflussen. Es obliegt der Therapeutin, den Klienten diesbezüglich zu verstehen und zu respektieren und die therapeutische Beziehung entsprechend zu gestalten. Eine Aufklärung des Klienten bezüglich seines Krankheitsverständnisses und/oder seiner Rollenbilder kann angebracht sein, wenn diese den Heilungsverlauf des Patienten behindern. Letztendlich aber hat der Klient das Recht auf seine eigenen Werte, Meinungen und (Krankheits-)Überzeugungen.

Klienten ist es wichtig, dass sich die Therapeutin Zeit nimmt für sie, Zeit zum Zuhören, Zeit für Alltagsgespräche und Zeit für humorvolle Interaktion. Diese Zeit benötigen sie, um so viel Vertrauen in die Therapeutin aufzubauen, dass sie ihr auch Persönliches anvertrauen und sich auf Betätigungen einlassen, die grössere emotionale Bedeutung haben.

Für die ergotherapeutische Praxis stellt sich die Frage, inwieweit dem von Klienten geäußerten Bedürfnis nach Zeit genügend Rechnung getragen wird und werden kann. Ob den Klienten mit so kurzen Therapieeinheiten, die kaum mehr Platz für ein Gespräch zulassen, noch gerecht werden kann und ob Kurzaufenthalte in Kliniken noch genügend lange dauern, damit Klienten ein Vertrauen in ihre Therapeutin aufbauen können, sei in Frage gestellt. Es ist nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit in der Praxis im Hinblick auf die Resultate der vorliegenden Arbeit abzuwägen, ob ein Gespräch oder eine Handlung zur Beziehungspflege nicht manchmal den Therapieverlauf mehr unterstützt als eine zusätzliche Übung.

Die bewusste Gestaltung und Pflege der durch diese Arbeit herauskristallisierten Faktoren der therapeutischen Beziehung, kann verstanden werden als Schlüssel zur Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung.

Die therapeutische Beziehung alleine wird in den wenigsten Fällen genügen, um in der Ergotherapie funktionale Besserung zu erreichen, aber sie ist nach den Erkenntnissen dieser Arbeit ein entscheidender Grund, warum ein Therapieprozess positiv verläuft und eine (angemessene) Behandlung funktionale Besserung erzielt.

Es ist von Interesse, zukünftige Untersuchungen der Frage, „welche Faktoren der therapeutischen Beziehung nach Ansicht der Klienten eine therapieunterstützende Wirkung haben“ gesondert in verschiedenen Fachbereichen durchzuführen, um die Resultate anschliessend vergleichen und Verallgemeinerungen sowie Spezifizierungen ableiten zu können.

Daneben besteht nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit nicht nur Bedarf nach weiterer Erforschung der Frage „welche Faktoren der therapeutischen Beziehung nach Ansicht der Klienten eine therapieunterstützende Wirkung haben“ überhaupt, sondern speziell ein Bedarf nach quantitativer Forschung. Um Kostenträgern die Bedeutung der Beziehung zwischen Therapeutin und Klient und die Wichtigkeit des Faktors Zeit im Hinblick auf das Therapieoutcome wissenschaftlich belegen zu können, sind Forschungsergebnisse von höherem Evidenzgrad notwendig, als es qualitative Studien, wie die in der vorliegenden Arbeit analysierten, erbringen können.

## Literaturverzeichnis

- Antes, G., Bassler, D. & Forster, J. (2003). *Evidenz-basierte Medizin. Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM*. Stuttgart: Thieme.
- Baum, C. (1998). Client-centred practice in a changing health care system. In M. Law (Ed.), *Client-centered occupational therapy* (pp.29-45). Thorofare, NJ: Slack.
- Berding, J., Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., Reichel, ... & Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie : Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe - Definitionen und Erläuterungen ; Deutsch-Englisch, Englisch- Deutsch*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bortz, J., & Döring N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Buber, M. (1962). *Alles wirkliche Leben ist Begegnung - Werke I. Schriften zur Philosophie* (15. Aufl.). München: Kösel
- Carlova, J. (1961). *The healing heart*. New York: Julian Messner.
- Cipriani, J., Hess, S., Higgins, H., Resavy, D., Sheon, S., Szychowski, M., & Holm, M. (1999). Collaboration in the Therapeutic Process: Older Adults' Perspectives. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 17, 43-54.
- Cole, M. B. & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships re-defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19, 33-56.
- Crepeau, E. B. & Garren, K. R. (2011). I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy. *Disability and Rehabilitation*, 33, 872-81.
- Darragh, A. R. (2001). "Tears in my eyes 'cause somebody finally understood": Client perceptions of practitioners following brain injury". *American journal of occupational therapy*, 55, 191-199.

Dehn-Hindenberg, A. (2007). Die Bedeutung von Kommunikation und Empathie im Therapieprozess: Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 46, 5-10.

Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz Kirchner Verlag.

dict.cc (2015). Deutsch-Englisch-Wörterbuch online. Heruntergeladen von <http://www.dict.cc> am 20.01.2015

Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P. L. & Kuipers, P. (2009). Qualitative exploration of a client-centred, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 559–568.

Duden (2015). Duden online. Heruntergeladen von <http://www.duden.de> am 25.03.2015

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS] & Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie [ASSET] (2005). *Berufsprofil Ergotherapie 2005*. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?ID=16&Nav=40&js=1> am 10.10.2014

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS/ASE] (2015). *Was ist Ergotherapie?* Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=13> am 24.03.2015

Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Berlin: Springer.

Fisher, A. (2014). *Occupational therapy intervention process model : ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

- Gahnström-Strandqvist, K., Josephsson, S. & Tham, K. (2004). Stories of clients with mental illness: the structure of occupational therapists' interactions. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 24, 134-43.
- Hall, J.A., Horgan, T.G., Stein, T.S. & Roter, D.L. (2002). Liking in the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 48, 69-77.
- Habermann, C. & Kolster, F. (Hrsg.) (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Stuttgart: Thieme.
- Hartmann, K. (2007). Krankheitsüberzeugung, Health-Belief-Modell (HBM). In M. Zaudig, R. D. Trautmann (Hrsg.). *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, (S. 418-419). Berlin: Springer.
- Hasselkuss, B. & Dickie, V. (1994). Doing occupational therapy: dimensions of satisfaction and dissatisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 145-54.
- Herrmann, A. & Huber, F. (2013). *Produktmanagement: Grundlagen - Methoden - Beispiele* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Hong, C.S., Pearce, S. & Withers, R. A. (2000). Occupational therapy assessments: How client-centred can they be? *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 316-318.
- Karuza, J., Zevon, M. A., Rabinowitz, V. C., & Brickman, P. (1982). Attribution of responsibility by helpers and recipients. In T. A. Wills (Ed.), *Basic processes in helping relationships* (pp. 107–129). New York: Academic Press.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (3 rd ed.). Philadelphia: FA Davis.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

- Law, M. & Mills, J. (1998). Client-centred occupational therapy. In M. Law (Ed.), *Client-centered occupational therapy* (pp.1-17). Thorofare, NJ: Slack.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form: Quantitative Studies*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanguidelines.pdf> am 10.10.2014
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*. Heruntergeladen von [http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines\\_version2.0.pdf](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf) am 10.10.2014
- Lequerica, A. H., Donnell, C. S. & Tate, D. G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: Physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 31, 753-760.
- Lund, M. L., Tamm, M. & Branholm, I. B. (2001). Patients' perceptions of their participation in rehabilitation planning and professionals' view of their strategies to encourage it. *Occupational Therapy International*, 8, 151-67.
- Madörin, M. (2014). *Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. Teil 1: Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege*. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Malk, R. (Hrsg.) (2010). *Medizincontrolling Schweiz: eine ganzheitliche Betrachtung der Medizin im Zeitalter von DRG und TARMED*. Bern: Huber.
- Morrison, T. (2013). Individual and environmental implications of working alliances in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 76, 507-14.

- Morrison, T. L. & Smith J. D. (2013). Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 326-333.
- Nordholm, L., Adamson, B. T. & Heard, R. (1995). Australian physiotherapists' and occupational therapists' view on professional practice. *Journal of Allied Health*, 24, 267-282.
- Oosterhof, B., Dekker, J. H. M., Sloots, M., Bartels, E. A. C. & Dekker, J. (2014). Success or failure of chronic pain rehabilitation: the importance of good interaction - a qualitative study under patients and professionals. *Disability & Rehabilitation*, 36, 1903-1910.
- Palmadottir, G. (2003). Client perspectives on occupational therapy in rehabilitation services. *Scandinavian Journal of occupational Therapy*, 10, 157-166.
- Palmadottir, G. (2006). Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 394-401.
- Palme, G. (2005). Klientenzentrierte Ergotherapie in der Arbeit mit älteren Erwachsenen - ein Entwicklungsprozess. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 50 - 56). Stuttgart: Thieme.
- Pellat, G. C. (2004). Patient-professional partnership in spinal cord injury rehabilitation. *British Journal of Nursing*, 13, 948-53.
- Peloquin, S. (1990). The patient-therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 13-21.
- Pfizinger, E. (2011). *Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9000 ff. im Gesundheitswesen*. Berlin: Beuth.

- Punwar, J. & Peloquin, M. (2000). *Occupational therapy: principles and practice*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rau, F., Roeder, N. & Hensen, P. (Hrsg.) (2009). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland: Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rosa, S & Hasselkus, B. (2005). Finding common ground with patients: the centrality of compatibility. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 198-208.
- Ross, E. C., Polaschek, D. L. L. & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462–480.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.) (2011). *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln – Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. (4. Aufl.) Stuttgart: Georg Thieme.
- Schweizerische Bundesverwaltung (2014). *Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (Stand am 1. Juli 2014)*. Heruntergeladen von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a80> am 13.10.2014
- Schweizerische Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz [pca-acp] (2015). *Personenzentrierter Ansatz*. Heruntergeladen von <http://www.pca-acp.ch/index.html?id=35> am 03.04.2015
- Sumsion, T. (1999). A study to determine a British occupational therapy definition of client-centred practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 62, 52-58.
- Sumsion, T. (2006). *Client-centred practice in occupational therapy : a guide to implementation* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.



- Sumsion, T. & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 153-162.
- Taylor, R. (2008a). *The intentional relationship: occupational therapy and use of self*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Taylor, R. (2008b). „Use of Self“ in der Ergotherapie: Beziehungen bewusst gestalten. *Ergoscience*, 3, 22-31.
- Taylor, R., Lee, S. & Kielhofner, G. (2011). Practitioners' use of interpersonal modes within the therapeutic relationship: results from a nationwide study. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 31, 6-14.
- Taylor, R., Lee, S., Kielhofner, G. & Ketkar, M. (2009). Therapeutic Use of Self: A Nationwide Survey of Practitioner's Attitudes and Experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 198-207.
- Thomson, D., Hassenkamp, A. M., & Mansbridge, C. (1997). The measurement of empathy in a clinical & non-clinical setting: Does empathy increase with clinical experience? *Physiotherapy*, 83, 173-8.
- Tickle-Degnen, L. (2014). Therapeutic rapport. In M. V. Radomski & C. A. Trombly Latham (Eds.), *Occupational therapy for physical dysfunction*, 7th ed. (pp. 412-427). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Universität Augsburg (2015). *Validität qualitativer Forschung*. Heruntergeladen von <http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/801> am 03.04.2015
- Vegni, E., Mauri, E., D'apice, M. & Moja, E. A. (2010). A quantitative approach to measure occupational therapist–client interactions: a pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 217-224.
- Warschburger, P. (Hrsg.) (2009). *Beratungspsychologie*. Berlin: Springer.

- World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2005). WFOT Positionspapier zur Klientenzentrierung in der Ergotherapie. Heruntergeladen von <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx> am 24.03.2015
- Werngren-Elgstrom, M. (1997). Strategies for understanding. A case study of occupational therapists' communication behaviour. *Occupational Therapy International*, 4, 317-38.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 343-358.
- Winkelmann, I. (2009). *Handwerk in der Ergotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Zaudig, M., Trautmann, R. D., Joraschky, P., Rupprecht, R., Möller, H.-J. & Sass, H. (2007). *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin: Springer.

## **Abbildungsverzeichnis**

|              |  |    |
|--------------|--|----|
| Abbildung 1. | Beziehung von Klient, Therapeutin und Betätigung<br>in der Ergotherapie (in Anlehnung an Taylor, 2008b)                      | 7  |
| Abbildung 2. | Suchergebnisse   | 21 |
| Abbildung 3. | Zusammenstellung der aus Sicht des Klienten den<br>Therapieprozess unterstützenden Faktoren der therapeutischen<br>Beziehung | 38 |

## **Tabellenverzeichnis**

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Tabelle 1. | Keywordtabelle  | 16 |
| Tabelle 2. | Ein- und Ausschlusskriterien                              | 18 |
| Tabelle 3. | Suchformel  | 19 |
| Tabelle 4. | Relevanzeinstufung  | 22 |
| Tabelle 5. | Matrix der inkludierten Studien                           | 25 |
| Tabelle 6. | Faktoren der therapeutischen Beziehung                    | 28 |
| Tabelle 7. | Evidenzstufen   | 35 |
| Tabelle 8. | Globale Beurteilung der Qualität der inkludierten Studien | 36 |

## Abkürzungsverzeichnis

|         |  |
|---------|--|
| ASSET   | Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie     |
| CVI     | Cerebrovaskulärer Insult   |
| DRG     | Diagnosis Related Groups   |
| EBM     | evidence based medicine  |
| EBP     | evidence based practice  |
| EVS     | ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz                               |
| Geschl. | Geschlecht   |
| m.      | männlich   |
| neurol. | neurologisch   |
| o.      | oder   |
| Pat.    | Patient / Patientin  |
| RCT     | randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie) |
| RIAS    | Roter Interaction Analysis System                                |
| SHT     | Schädelhirntrauma  |
| u.      | und  |
| w.      | weiblich   |
| WFOT    | World Federation of Occupational Therapists                      |
| ZHAW    | Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften                 |

## Glossar

**Aktivitäten des täglichen Lebens:** Bezeichnen körperorientierte motorische Selbstversorgungsaktivitäten, z.B. sich waschen, zur Toilette gehen, kontinent sein, essen, Transfer ausüben, sich ankleiden (Pschyrembel, 2015).

**Allianz, therapeutische:** Der Begriff therapeutische Allianz wird nach Ross, Polaschek & Ward (2008) gleichbedeutend der „Working Alliance“ verwendet. (siehe S.13 Working Alliance)

**Anteilnahme:** Innere Beteiligung; Interesse; Mitgefühl (Duden, 2015).

**Ära:** [bildungssprachlich] In bestimmter Weise durch eine Person oder Sache geprägtes Zeitalter, gekennzeichnete Epoche; unter einem bestimmten Aspekt gesehener Zeitabschnitt (Duden, 2015).

**Bedeutung der Betätigung / bedeutungsvolle Betätigung:** „Als ‚bedeutungsvoll‘ werden Betätigungen dann angesehen, wenn sie zielgerichtet und von den Menschen als signifikant sinnvoll und wertvoll betrachtet werden“ (Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2011).

**Behandlungsergebnis:** Stellt das tatsächlich erreichte Resultat der Behandlung dar, welches nicht immer dem angestrebten Behandlungsziel entspricht.

**Behandlungsziel:** „Zusammen mit dem Klienten festgelegtes, klares, realistisches, mittelbares und betätigungsorientiertes Ziel, welches für die Alltagsbewältigung sinnvoll ist“ (Mayor, Roos, Petrig, Rossini & Meyer, 2014).

**Betätigung:** „Alle Tätigkeiten und Aufgaben des täglichen Lebens, in denen der Mensch in Interaktion mit seiner Umwelt tritt. Die Tätigkeiten, die für den Menschen im Alltag als notwendig erlebt werden, hängen von seinen individuellen Gegebenheiten und seiner Persönlichkeit ab“ (Scheepers et al., 2011).

**Betätigungsengagement:** Das Engagement einer Person, sich zu betätigen, an einer Betätigung teilzuhaben oder eine Betätigung tatsächlich auszuführen.

**biopsychosoziales Paradigma:** „Der Grundgedanke des biopsychosozialen Modells von Gesundheit geht davon aus, dass Verbindungen zwischen dem Nervensystem, dem Immunsystem, den Verhaltensweisen, den kognitiven Verarbeitungsstrategien und den Umweltfaktoren bestehen. Diese Faktoren können das Risiko für eine Krankheit erhöhen, können sich aber auch positiv auf das Befinden und den Gesundheitszustand auswirken“ (Dehn-Hindenberg, 2007, S.27).

**Clinical Reasoning / Klinisches Reasoning:** (klinisches Schlussfolgern)  
„Beschreibt die gedanklichen Prozesse, aufgrund derer sich Therapeuten ein Bild von einem „Fall“ machen und die das therapeutische Handeln leiten. Der ergotherapeutische Behandlungsprozess wird also von vielfältigen Entscheidungen begleitet, die die verschiedenen Dimensionen des menschlichen Handelns einbeziehen müssen. Dazu gehören die verschiedenen Formen des klinischen Reasonings“ (Scheepers, et al., 2011, S.267).

**Dublette:** Bezeichnet eine doppelt aufgeführte Studie.

**Echtheit:** Carl Rogers hob Echtheit als die fundamentalste therapeutische Grundhaltung hervor. Sie bedeutet für die Therapeutin deren eigenen Zugang zu ihren Gefühlen. Unter Echtheit verstand er, dass die Therapeutin in der Beziehung zu ihrem Klienten sie selbst ist, ohne sich hinter einer Fassade oder einer Distanziertheit zu verbergen (Stumm, Wiltschko & Keil, 2003).

**Einflussgrösse:** Grösse, die nicht Gegenstand der Messung ist, die eine Messgrösse jedoch beeinflusst (Doccheck, 2015).

**Empathie:** „Der Zustand der Einfühlung besteht darin, den inneren Bezugsrahmen eines anderen genau wahrzunehmen, unter Einschluss der dazugehörigen gefühlsmässigen Komponenten und Bedeutungen, so als ob man selbst der andere wäre, ohne aber jemals den als-ob-Zustand zu verlassen. Wenn diese als-ob-Eigenschaft verloren geht, handelt es sich um den Zustand der Identifikation – und nicht mehr um Empathie“ (Rogers, 1959 in Stumm, 2003, S.84).

**Ergotherapeutisches Modell:** „In der Wissenschaft wird der Begriff ‚Modell‘ allgemein als eine vereinfachte Darstellung eines Phänomens genutzt, mit dem Ziel, dieses Phänomen zu beschreiben und zu erklären. Übertragen auf die Ergotherapie haben Modelle die Funktion, Beziehungen zwischen verschiedenen theoretischen Aspekten zu verknüpfen und für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen“ (Berding et al., 2010, S.242).

**Evaluation:** „Prozess, Informationen zu beschaffen, zu interpretieren und zu bewerten, so dass Probleme und Bedürfnisse priorisiert werden können, um Interventionen zu planen, zu modifizieren und ihren Wert zu beurteilen“ (Weise et al., 2011).

**Fähigkeit:** Persönliche Voraussetzung, welche die Betätigungs-/ Handlungs-/ Beschäftigungsperformanz unterstützt (Weise et al., 2011). Fähigkeiten sind im Gegensatz zu Fertigkeiten angeboren oder aber durch äussere Umstände bestimmt.

**Faktor:** Etwas, was in einem bestimmten Zusammenhang bestimmte Auswirkungen hat; Umstand (Duden, 2015).

**Fertigkeit:** Durch Übung und Erlernen entwickeltes „Können“.

**Funktion:** „Jede Aktivität und Veränderung von Haltung und Bewegung. Die Funktion ist der gemeinsame Nenner, der die einzelnen Teile des gesamten Körper-komplexes miteinander verbindet und zu einem dynamischen System macht, um physiologische, koordinierte Bewegungsabläufe und Lernen zu ermöglichen“ (Scheepers et al., 2011, S. 350).

**funktional:** die Funktion betreffend, auf die Funktion bezogen, der Funktion entsprechend (Duden, 2015).

**Gleichberechtigung:** Der klientenzentrierte Ansatz der Ergotherapie betont die Gleichberechtigung von Therapeutin und Klient in einem partnerschaftlichen



Verhältnis und anerkennt den Klienten als mündigen Experten seiner Lebensbedingungen (Scheepers et al., 2011).

**Haltung:** a) Innere (Grund)einstellung, die jemandes Denken und Handeln prägt  
b) Verhalten, Auftreten, das durch eine bestimmte innere Einstellung, Verfassung hervorgerufen wird (Duden, 2015).

**Handlungsfähigkeit:** In den Handlungstheorien werden die Aktivitäten als Handlungen bezeichnet, mit denen Menschen zielgerichtet und bewusst auf ihre Umwelt einwirken. Die Handlungsfähigkeit eines Menschen wird durch seine Möglichkeiten und durch die jeweils konkreten Umweltgegebenheiten bestimmt. Die Handlungsfähigkeit des Menschen entwickelt und verändert sich im Verlauf seines Lebens. Sie kann durch Krankheit und Behinderung aber auch umweltbedingte Über- und Unterforderungen erschwert oder beeinträchtigt werden. Ergotherapie hat zum Ziel, die Handlungsfähigkeit des Menschen zu fördern, zu erhalten und/oder wiederherzustellen (Arbeitskreis Bieler Modell, 2015).

**intentional:** Mit einer Intention verknüpft; zweckbestimmt; zielgerichtet (Duden, 2015).

**intentionale Beziehung:** Das Modell der intentionalen Beziehungen (Taylor, 2008) wurde entwickelt, um die Beziehung zwischen Ergotherapeutinnen und Klienten besser zu verstehen, (weiter)zu entwickeln und therapeutisch einsetzen zu können.

**Interaktion:** aufeinander bezogenes Handeln zweier oder mehrerer Personen; Wechselbeziehung zwischen Handlungspartnern (Duden, 2015).

**interaktive Fähigkeiten:** Als „interaktive Fähigkeiten“ werden in dieser Arbeit Fähigkeiten der Therapeutin verstanden, welche die Interaktion mit dem Klienten unterstützen. Diese können verbale (Sprache, Stimmmodulation) und non-verbale Verhaltensweisen (Gesten, Körperhaltung, Berührungen, Kopfbewegung, Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Orientierung des Körpers, Gestaltung des Umfeldes) beinhalten (Feiler, 2003).

**Interaktives Reasoning:** „Unter interaktivem Reasoning versteht man durch Gefühle, Wahrnehmung und Beobachtung bestimmtes Denken und Verhalten. Es findet immer dann statt, wenn eine Therapeutin als eine sich in ihrer Persönlichkeit bewusste Person mit einem Patienten arbeitet und auf seine verbalen und nonverbalen Äusserungen und Signale reagiert“ (Feiler, 2003, S.27).

**Klient:** jemand, der [gegen Bezahlung] Rat, Hilfe bei jemandem sucht, der jemanden beauftragt, seine Interessen wahrzunehmen (Duden, 2015). Die Herkunft des Wortes Klient geht auf das altlateinische *cluere*, *hören* zurück. Laut (Köbler & Gerhard, 1995) hatten im 16. Jh. die lateinischen Lehnwörter *cliens*, *cluens* die Bedeutung *Höriger*, *Schützling*, *Klient*.

„Der Begriff Klient soll die respektvolle und partnerschaftliche Haltung innerhalb einer therapeutischen Beziehung betonen“ (Scheepers et al., 2011).

**Klientensicht:** Sichtweise des Klienten, begründet auf seiner subjektiven, nicht-fachlichen Meinung und/oder Wahrnehmung.

**kommunikative Kompetenzen:** Der Begriff „kommunikative Kompetenzen“ wird in dieser Arbeit verstanden und verwendet als Fähigkeit der Therapeutin, ein dem Klienten, der Situation und dem Kontext angemessenes verbales und/oder nonverbales Kommunikationsverhalten anzuwenden. Der Begriff beinhaltet die Fähigkeit der Therapeutin, ein Gespräch (auch durch nonverbale Kommunikation) aufrecht zu erhalten und zu gestalten, sowie dem Klienten so zuzuhören, so dass dieser in seinem Bedürfnis zu sprechen bzw. zu erzählen, unterstützt wird.

**Kompetenz:** Sachverstand, Fähigkeiten (Duden, 2015). „Der Kompetenzbegriff ist in einem ganzheitlichen und integrativen Sinne zu verstehen und bezieht neben fachlich-funktionalen auch soziale, motivationale, volitionale (das erfolgreiche Streben nach gesetzten Zielen) und emotionale Aspekte menschlichen Arbeitshandelns mit ein“ (Dorsch, 2015).

**Kongruenz:** Kennzeichnet die Beziehung der Therapeutin zu sich, ihren bewussten Zugang zu ihrem eigenen Erleben. „Kongruenz ist definiert als das Vorliegen der Möglichkeit, sich aller bewusstseinsfähigen Erfahrungen, die der

Organismus macht, bewusst zu werden und sie im Selbsterleben zu repräsentieren“ (Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006). Rogers (1983) bezeichnet Kongruenz als eine notwendige Bedingung für das Akzeptieren und einführende Verstehen des Klienten (Stumm, 2003).

**konzeptionelles Praxismodell:** Kielhofner (2008) verwendet als einziger Autor den Begriff konzeptionelles Praxismodell, definiert es aber analog der Definitionen anderer Autoren für das Praxismodell (Berding et al., 2007).

**Krankheitsüberzeugung:** Subjektive Annahmen (Gedanken, Überzeugungen) des Patienten über Entstehung, Verlauf und Veränderbarkeit seiner Erkrankung bzw. Störung (Hartmann, 2007).

**Mittel der Ergotherapie:** „(...) all das, was in der Ergotherapie zur Erreichung therapeutischer Ziele zum Einsatz kommt (Scheepers et al. 2011, S.90). Betätigung wird als das die Ergotherapie charakterisierende therapeutisch eingesetzte Mittel verstanden (Scheepers et al. 2011).

**Narration:** lebensgeschichtliche Erzählung (Berding et al., 2010).

**nicht-direktiv:** Bei der nicht-direktiven Gesprächsführung soll der Patient mit seinen Gefühlen, Bedürfnissen, Wertvorstellungen und Zielen im Mittelpunkt der therapeutischen Interaktion stehen. Die Sichtweise der Therapeutin tritt dabei weitgehend in den Hintergrund, Ratschläge und Bewertungen werden vermieden (Rogers, 2007).

**Outcome:** „Der Begriff ‚Outcome‘ wird im Gesundheitsbereich als das Resultat oder die Auswirkungen von gesundheitlichen Interventionen bezeichnet, die eine Veränderung der gesundheitlichen Lage oder des gesundheitlichen Verhaltens bewirken“ (WHO, 1999, S.262 in Dehn-Hindenberg, 2007).

**Paradigma:** „Bei einem Paradigma handelt es sich um ein vorherrschendes Denkmuster in einer bestimmten Zeit, welches einen gewissen allgemein anerkannten Konsens über Annahmen und Vorstellungen widerspiegelt“ (Berding et al., 2007).

**Partizipation:** In der Ergotherapie verwendet als Bezeichnung für die gesellschaftliche Teilhabe eines Menschen und meint das „Einbezogenheit in eine Lebenssituation durch Aktivitäten in einem sozialen Kontext“ (Weise et al., 2011).

**Patient:** Von einem Arzt, einer Ärztin oder einem Angehörigen anderer Heilberufe behandelte oder betreute Person (aus der Sicht dessen, der sie [ärztlich] behandelt oder betreut oder dessen, der diese Perspektive einnimmt) (Duden, 2015).  
Ethymologisch entstammt die Bezeichnung Patient dem lateinischen Begriff *patiens*, welcher mit *leidend* oder *duldend* zu übersetzen ist (Köbler, 1995).

**Performanz:** Fähigkeit, sinnvolle kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und für sich selbst zufriedenstellend auszuführen.

**Praxismodell:** „Praxismodelle stellen für Ergotherapeutinnen vielseitige Orientierungshilfen für die konkrete Klientenarbeit dar. Sie organisieren für die einzelne Therapeutin ergotherapie-relevante theoretische Annahmen und Konzepte zwischen Bezugstheorien und ergotherapeutischem Grundverständnis, zudem stellen sie von der Theorie abgeleitete Anwendungshilfen für die praktische Klientenarbeit zur Verfügung“ (Marotzki, 1999, S. 104).

**psychosoziale Kompetenzen:** Fähigkeiten, die sich auf das Erleben und Verhalten einer Person beziehen, insoweit es ihre Interaktion mit anderen Personen oder Personengruppen betrifft (enzyklo.de, 2015).  
Der Begriff „psychosoziale Kompetenzen“ wird in dieser Arbeit verstanden und verwendet als Fähigkeit der Therapeutin, den Klienten als Person wahrzunehmen, seine Bedürfnisse und Interessen zu verstehen und eine (professionelle) Verbindung mit ihm einzugehen.

**Rolle:** Stellung bzw. das [erwartete] Verhalten einer Person innerhalb der Gesellschaft (Duden, 2015). Krankheiten und Behinderungen können zu einem Rollenverlust oder einer Rollenveränderung im Leben eines Klienten führen. „In der ergotherapeutischen Befunderhebung wird die Beziehung zwischen Rollen und Betätigung besonders berücksichtigt“ (Berding et al., 2007, S.264).

**therapeutische Allianz:** siehe Allianz

**Therapie:** Heilbehandlung (Duden, 2015). Geht nach (Köbler, 1995) auf das griechische *therapeía Dienst, Heilung; therapeúein, dienen, pflegen; therápon, Diener, Gefährte* zurück.

**Therapieprozess:** Verlauf und Prozess der Therapie; im Idealfall vom Erstkontakt bis zur Beendigung der Therapie.

**Therapieverlauf:** Wird in dieser Arbeit gleich verstanden wie „Therapieprozess“.

**Umwelt:** „Bestimmte räumliche und soziale Aspekte eines spezifischen Kontextes, die Einfluss nehmen auf die Art und Weise der dort stattfindenden Handlung eines Individuums“ (Kielhofner, 2008, S.111).

**Wertschätzung:** Die bedingungslose oder unbedingte Wertschätzung bezeichnet eine der drei Grundhaltungen der klientenzentrierten Psychotherapie und Beratung, mit welcher dem Klienten begegnet wird. Es bedeutet ein Akzeptieren des anderen Individuums als eigenständige Person, eine Hochachtung vor der Person, der Wert aus eigenem Recht zukommt. (Rogers, 2007)

**Wirkfaktor:** „Die Frage nach Wirkfaktoren in der Psychotherapie gehört zu Versuchen, unabhängig von spezifischen, schulorientierten übergeordneten Theorien und konkreten Techniken auf einer mittleren Abstraktionsebene nach wirksamen Prinzipien zu suchen. Als wirksame Prinzipien werden etwa Vergrößerung der Einsicht, motivationale Klärung, Erweiterung der Kompetenzen, Stärkung der Ressourcen, konkrete Hilfe bei der Lösung von Problemen und der Aufbau einer guten Therapiebeziehung genannt“ (Dorsch Lexikon der Psychologie, 2015).

**Zielkonsens:** Prozess der Behandlungszielbestimmung in Zusammenarbeit von Therapeutin und Klient.

## Literaturverzeichnis des Glossars

- Arbeitskreis Bieler Modell. (2015). *Das Bieler Modell ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen*. Heruntergeladen von [http://www.bielermodell.ch/www/wp-content/uploads/bieler\\_modell-jan2007.pdf](http://www.bielermodell.ch/www/wp-content/uploads/bieler_modell-jan2007.pdf) am 22.04.2015
- Berding, J., Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., Reichel, ... & Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie : Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe - Definitionen und Erläuterungen ; Deutsch-Englisch, Englisch- Deutsch*. Idstein : Schulz-Kirchner.
- Doccheck. (2015). Flexikon. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Spezial:Mainpage> am 22.04.2015
- Dorsch – Lexikon der Psychologie (2015). *Lexikon der Psychologie online*. Heruntergeladen von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/de/startseite/ip/> am 22.04.2015
- enzyklo.de. (2015). *Deutsche Enzyklopädie online*. Heruntergeladen von <http://www.enzyklo.de> am 20.04.2015
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Berlin: Springer.
- Hartmann, K. (2007). Krankheitsüberzeugung, Health-Belief-Modell (HBM). In M. Zaudig, R. D. Trautmann (Hrsg.). *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, (S. 418-419). Berlin: Springer
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Köbler, G. (1995). *Deutsches Etymologisches Wörterbuch*. Heruntergeladen von <http://www.koeblergerhard.de/derwbhin.html> am 25.03.2015

- Marotzki, U. (1999). Praxismodelle in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) (2011). *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln – Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. (4. Aufl., S. 104-109). Stuttgart: Georg Thieme.
- Mayor, C., Roos, K., Petrig, A., Rossini, E., & Meyer, S. (2014) *Empfehlungen zur Formulierung von ergotherapeutischen Zielen*. Bern : EVS ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch> am 22.04.2015
- Pschyrembel (2015). Pschyrembel premium online. Heruntergeladen von <http://www.degruyter.com/databasecontent?authorCount=5&dbid=pschyprem&dbsource=%2Fdb%2Fpschyprem&pageSize=10&searchTitles=false&sort=headword-sortAZ> am 22.04.2015
- Rogers, C. R. (1983). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Rogers, C. R. (2007). *Die nicht-direktive Beratung* (12. Aufl.). Frankfurt a.M. : Fischer Taschenbuch Verlag
- Ross, E. C., Polaschek, D. L. L. & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462–480.
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.) (2011). *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln – Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. (4. Aufl.) Stuttgart: Georg Thieme.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (2003). *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Taylor, R. (2008). *The intentional relationship: occupational therapy and use of self*. Philadelphia: F.A. Davis Co.

Weise, A., Thalmann, M., Müller, E., Mosimann, C., Matter, B., Gysin, B. & Gantschnig, B. (2011). Resultate der Arbeitsgruppe Terminologie. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch> am 22.04.2015



## **Danksagung**

Für die Unterstützung bei der Erstellung meiner Bachelorarbeit möchte ich mich von ganzem Herzen bei Fernando Saccà bedanken, der mir nicht nur immer wieder fachlichen Austausch ermöglicht hat und mir ein wertvoller Korrekturleser war, sondern der mir während dem Schreiben meiner Arbeit sehr viel moralische Unterstützung geboten hat.

Beim Wohnheimteam der Kartause Ittingen möchte ich mich dafür bedanken, dass es mir durch die grosszügige Übernahme meines Arbeitspensums in den letzten Wochen ermöglicht hat, überhaupt genügend Zeit zur Erstellung meiner Arbeit zur Verfügung zu haben.

Ein besonderer Dank gilt meiner Mentorin Frau Dr. Huber, die mir wertvolle fachliche Unterstützung geboten hat und mich in meinem Interesse für die Thematik der therapeutischen Beziehung durch einen bereichernden Gedankenaustausch sehr unterstützt hat. Ich möchte mich für die kompetente und wohlwollende Betreuung herzlichst bedanken.

Letztendlich möchte ich mich bei all den Klienten bedanken, die ich als angehende Ergotherapeutin während meiner Praktika kennenlernen durfte. Es sind diese Begegnungen, welche mich für die Thematik der therapeutischen Beziehung sensibilisiert haben und die mir jedes Mal von neuem die Wichtigkeit dieser Beziehung verdeutlichen.

“Alles wirkliche Leben ist Begegnung” Martin Buber (1962).

## **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, Evelyn Stacher, die vorliegende Bachelorarbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

**Datum:** 30. April 2015

**Unterschrift:**

# Anhang

## Beurteilungsformulare der inkludierten Studien

### Kritische Besprechung qualitativer Studien

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*.

Morrison, Tricia L. & Smith, J. David  
**Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis.**  
 Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2013 Oct; 60 (5):  
 326-33.

|  |   |
|--|---|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE:</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>X unklar</b></p>  | <p><b>Skizzierung des Zwecks der Studie:</b></p> <p>Prospektive (vorausblickende) Untersuchung der „working alliance“- Entwicklung zwischen Therapeutin und Klient während 4 unterschiedlichen ergotherapeutischen Gesamtbehandlungen im Rahmen von Domizilbehandlungen. Untersucht wurden die Erfahrungen von Klient und Therapeutin jeder Allianz sowie die Entwicklung der Allianzen im Verlauf der Zeit.</p> <p>Die Studie zeigt 5 Themen auf, welche beitragen zur Bildung der „working alliance“.</p> <p><u>Kritik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Untersuchungsabsicht wird nicht klar definiert;</li> <li>- Weshalb werden die Erfahrungen von Klient / Therapeutin untersucht? Welche Antwort soll gefunden werden?</li> </ul>   |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Literatur gesichtet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>X vermutlich</b></p> <p>Welche Bereiche der ET wurden untersucht?</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstversorgung<br/> <input type="checkbox"/> Produktivität<br/> <input type="checkbox"/> Freizeit<br/> <b>X Komponenten der Performanz</b></p> | <p><b>Wie wurde die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt?</b></p> <p>Gemäss der psychotherapeutischen Literatur stellt die „working alliance“ ein Element der therapeutischen Beziehung dar und wird in Zusammenhang gebracht mit dem Therapieergebnis. Die ergotherapeutische Wissenschaft als Bezugswissenschaft lehnt sich an die psychotherapeutischen Konzepte an und assoziiert ebenso therapeutischen Erfolg mit der Qualität der therapeutischen Beziehung.</p> <p>Spezifisch ergotherapeutische Forschung hat eine Beziehung aufgezeigt zwischen therapeutischer Beziehung und Behandlungsergebnis. Diese Studien beziehen sich jedoch retrospektiv auf Klienten- oder Therapeutesicht oder aber wurden in prospektiver Manier lediglich im psychiatrischen Setting durchgeführt.</p> <p>Laut Autoren stellt ihre Studie die einzige Untersuchung dar, welche die Entwicklung der „working alliance“ zwischen Klient und Therapeutin im</p> |

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Komponenten des Umfelds</i><br><input type="checkbox"/> <i>Betätigung</i><br><i>X „working alliance“</i>   | <p>Therapieverlauf von Domizilbehandlungen prospektiv erforscht.</p> <p><b>Kritik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht angegeben, ob alle relevante Literatur zur Thematik gesucht wurde</li> </ul>  |
|  | <p><b><i>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf die Ergotherapie und/oder meine Forschungsfrage?</i></b></p> <p>Aspekt der Studie ist die Untersuchung der Klientensicht auf die Entwicklung der „working alliance“ als Element der (therapeutischen Beziehung) im Rahmen ergotherapeutischer Einzel-Domizilbehandlungen.</p>   |
| <p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <input type="checkbox"/> <i>Ethnographie</i><br><input type="checkbox"/> <i>Grounded Theory</i><br><input type="checkbox"/> <i>Partizipative Handlungsforschung</i><br><i>X Phänomenologie</i><br><input type="checkbox"/> <i>andere</i> | <p><b><i>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte?)</i></b></p> <p><b>Kritik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufgrund der unklar definierten Forschungsfrage wird nicht deutlich, welche Theorie gebildet oder aber verifiziert werden soll im Rahmen der vorliegenden Studie.</li> </ul>  |
| <p><b><i>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</i></b></p> <p><i>X ja</i> <input type="checkbox"/> <i>nein</i></p>  | <p><b><i>Beschreibung der theoretischen Perspektive der Studie:</i></b></p> <p>Der therapeutischen Beziehung wird in der Ergotherapie traditionell eine grosse Bedeutung zugemessen. Trotzdem wurde eine Definition erst vor kurzer Zeit von Cole &amp; McLean (2003) entwickelt, welche die therapeutische Beziehung als vertrauensvolle Verbindung und enges Verhältnis zwischen Therapeut und Klient bezeichnen, das gebildet wird durch <i>Zusammenarbeit, Kommunikation, Empathie von Seiten des Therapeuten sowie gegenseitigem Verständnis und Respekt.</i></p> <p>In der Psychotherapie wird der therapeutischen Beziehung ein grosses Interesse entgegengebracht. Das theoretische Konstrukt dieser Beziehung geht zurück auf Freud und ist bis heute Gegenstand vielfacher Forschungsprojekte. Greenson definiert die therapeutische Beziehung als bestehend aus 3 Elementen: der „working Alliance“, der</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Übertragungsbeziehung und der wahren Beziehung.</p> <p>Die „working alliance“ besteht laut (Bordin, 1979) aus 3 wesentlichen Komponenten: der zwischenmenschlichen Bindung (Zuneigung, Vertrauen und Respekt), Einvernehmen bezüglich der Behandlungsziele und des eigentlichen Behandlungszwecks sowie Zusammenarbeit während der Behandlungstätigkeit.</p> <p>In der ergotherapeutischen Literatur wird die therapeutische Beziehung nicht aufgetrennt in einzelne Komponente erläutert. Der wissenschaftliche Fokus liegt mehr auf der klinischen Bedeutung der therapeutischen Beziehung wie: den Charakteristiken der Therapeutin, welche nach Erfahrung der Klienten zu einer positiven Beziehung führen; dem Wert, den Klienten und/oder Therapeuten der therapeutischen Beziehung beimessen und der Beziehungsentwicklung zu Pflegekräften.</p> <p>Obwohl der therapeutischen Beziehung in der Ergotherapie eine grosse Bedeutung zugemessen wird, fühlen sich Fachkräfte laut verschiedener Untersuchungen nicht kompetent genug geschult, um ihrerseits die Beziehung zum Klienten verbessern zu können.</p> <p>Alle Studien, welche die Autorin zur Durchsicht verwendet hat, untersuchten die therapeutische Beziehung als globales Konzept welches der „working alliance“ gegenüber gestellt wurde.</p> <p>Die Autorin verfehlet im Sinne der Psychotherapie die „working alliance“ als erreichbares Instrument für Ergotherapeutinnen, welches verhilft, die Therapeuten-Klienten-Interaktion konzeptuell zu verstehen.</p> |
| <p><b>Verwendete Methoden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <i>teilnehmende Beobachtung</i><br/>X <i>Interview</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>historische Forschung</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>Fokusgruppe</i><br/>X <i>andere</i></li> </ul> | <p><b>Beschreibung der Methode(n), die zur Beobachtung der Forschungsfrage verwendet wurde(n):</b></p> <p>Gewählt wurde ein „multiple case study“- Vorgehen um die Erfahrungen von 4 Therapeutinnen-Klienten-Paaren zu vergleichen. Dabei wurden qualitative und quantitative Daten erhoben.</p> <p>Qualitative Daten wurden in Einzel-Interviews mit Therapeutinnen und Klienten erhoben, quantitative Daten wurden dem Occupational Self Assessment OSA (Klienten) und dem Working Alliance Inventory WAI (Klienten und Therapeutinnen) entnommen.</p> <p>Das WAI wurde verwendet um die Evolution der Allianz verfolgen zu können. Mit dem OSA wurde die funktionale Kompetenz aus Sicht des Klienten erhoben.</p> <p>Schwerpunkt gelegt wurde auf die ausgiebigeren qualitativen Daten, die quantitativen Daten wurden nebenstehend behandelt.</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b></p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?<br/> <input checked="" type="checkbox"/> ja / <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreibung der Methode, die zur Zusammenstellung der Stichprobe verwendet wurde.</b></p> <p>Es wurden 4 Paare, bestehend aus zwei Therapeuten und je zwei verschiedenen Klienten, gebildet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Therapeutinnen-Interviews:</u><br/> Mit jeder Therapeutin wurden drei individuelle Interviews durchgeführt: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interview vor der Beteiligung der Klienten</li> <li>2. und 3. Interview nach Entlassung des Klienten (Ausnahme bei Kotter; er erhielt eine Langzeittherapie)</li> </ol> </li> <li>• Die Therapeutinnen füllten das <b>Working Alliance Inventory</b> (WAI) nach jedem Therapiebesuch der betreffenden Klienten aus und liessen es der Forscherin per Fax zukommen.</li> <li>• Zwischen Forscherin und Therapeutinnen fand bis zur Entlassung des entsprechenden Klienten aus der Therapie kein direkter Kontakt statt.</li> <li>• <u>Klienten-Interviews:</u><br/> Mit den 4 Klienten wurden nach dem ersten Interview während der Behandlungszeit monatlich weitere Interviews durchgeführt; <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Anzahl Klienteninterviews variierte mit der Behandlungszeit der Klienten (Lise N=4; Georgia N=5; Jackson N=3; Kotter N=8)</li> <li>• Mit den Klienten wurde bei jedem Interview das WAI und OSA durchgeführt und ausgefüllt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Das Vorgehen der Stichprobenauswahl wurde wie folgt beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Email bezüglich der geplanten Studie, welche den Zweck der Studie, die Erwartungen an die Teilnehmenden und die Eigenschaften der teilnehmenden Klienten beschrieb, wurde an praktizierende Ergotherapeuten versandt.</li> <li>• an der Studie interessierte Therapeuten kontaktierten die Forscherin</li> <li>• Nach dem ersten Interview mit den Therapeuten weiteten die Therapeuten die Einladungen auf sämtliche neuen, den Einschlusskriterien entsprechenden Klienten aus: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ihre gesundheitliche Situation hatte sich so verändert, dass Ergotherapie indiziert war</li> <li>b) die Therapie wurde während einer Domizilbehandlung durchgeführt</li> </ol> </li> </ul> |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
|   | <p>c) es war mehr als eine Therapiesequenz notwendig</p> <p>d) verfügten über englische Sprachkenntnisse</p> <p>e) waren kognitiv in der Lage, eine Einverständniserklärung abzugeben und die erforderlichen Papiere auszufüllen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interessierte Klienten kontaktierten die Forscher persönlich. Nach Konfirmation der Teilnahme des Klienten wurden die betreffenden Therapeuten informiert.</li> </ul> <p><b>Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</b></p> <p>Es ist nicht ersichtlich, ob bei der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen wurde.</p> <p><u>Kritik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es werden keine Kriterien für die Wahl der Therapeutinnen angegeben</li> <li>- wird nicht angegeben, ob aus mehreren Therapeutinnen / Klienten ausgewählt wurde</li> <li>- Datensättigung wurde nur in einem Fall erreicht; die anderen Interviews kamen mit der Entlassung der Klienten aus der Therapie zu einem Ende.</li> </ul>  |
| <p><b>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreibung des Ethik-Verfahrens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Erhalt der Genehmigung durch die University of Ottawa, Social Science and Humanities Research Ethics Board, kontaktierte die Forscherin Hauspflegeagenturen, ambulante Einrichtungen und Privatpraxen</li> <li>• eine Email bezüglich der geplanten Studie, welche den Zweck der Studie, die Erwartungen an die Teilnehmenden und die Eigenschaften der teilnehmenden Klienten beschrieb, wurde an die kontaktierten Stellen versandt</li> <li>• an der Studie interessierte praktizierende Ergotherapeuten und Klienten kontaktierten die Forscherin nach Einladung selbstständig</li> <li>• während dem ersten Treffen zwischen Forscherin und Klient wurden die Bedingungen zur Teilnahme an der Studie gemeinsam durchgeschaut und die Zustimmung der Klienten eingeholt</li> <li>• für die Namen der teilnehmenden Personen wurden Pseudonyme verwendet</li> <li>• Alle Teilnehmenden wurden mit einem Betrag von je \$ 200 pro Person und Diade (CDN) entschädigt.</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>DATENERHEBUNG</b></p> <p><b>Deskriptive Klarheit</b><br/>klare und vollständige Beschreibung von:</p> <p>Ort: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> teilweise</p> <p>Teilnehmern: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Referenzen des Forschers:<br/><input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (Angaben werden nur in der Dissertation des Hauptforschers gemacht)</p> <p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern:<br/><input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing":)<br/><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | <p><b>Beschreibung des den Kontexts der Studie. Genügte er, um das "Gesamtbild" zu verstehen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Therapeuten:</b><br/><i>Helene:</i> selbstständige Ergotherapeutin mit rund 20 Jahren Erfahrung, führt eine eigene Praxis mit einem klinischen Fokus auf die Behandlung von Klienten mit traumatischer Hirnverletzung<br/><i>Marie:</i> angestellte Ergotherapeutin mit 6 Jahre Erfahrung, arbeitet in einer öffentlichen Klinik, welche allgemeine Ergotherapie anbietet</li> <li><b>Klienten: (von Helene)</b><br/><i>Georgia:</i> 55 jährige BankkassiererIn, leidet an Einschränkungen von Vision und Kognition nach einem Verkehrsunfall<br/><i>Kotter,</i> 39 jähriger Mann, erlitt eine beinahe tödliche Gehirnverletzung bei einem Unfall mit einem Geländewagen<br/><br/><b>Klienten: (von Marie)</b><br/><i>Lise,</i> 69 jährige Rentnerin, leidet an chronischen Schmerzen nach einem 15 Jahre zurückliegenden Verkehrsunfall<br/><i>Jackson,</i> 63 jähriger pensionierter Lehrer, erhielt vor 7 Jahren die Diagnose Parkinson Disease</li> <li><b>Ort:</b><br/>ein Interview mit einer Therapeutin wurde in ihrer Praxis durchgeführt, alle anderen Interviews geschahen bei den Interviewten zu Hause</li> <li><b>Bracketing:</b><br/>Die Autorin verfehltet im Sinne der Psychotherapie die „working alliance“ als erreichbares Instrument für Ergotherapeutinnen, welches verhilft, die Therapeuten-Klienten-Interaktion konzeptuell zu verstehen.</li> </ul> <p><b>Beschreibung, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>die Datenerhebung geschah in Interviews mit der Forscherin</li> <li>sämtliche Interviews wurden auf Band aufgezeichnet und wörtlich transkribiert</li> </ul> |
|--|--|



|   |   |
|---|---|
| <p><b>Prozedurale Strenge</b></p> <p>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <p>X ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreibung der Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das "Gesamtbild"?</b></p> <p><b>Beschreibung jeglicher Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung.</b></p> <p><u>Therapeuteninterviews:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Therapeuteninterviews fokussierten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ demographische Daten der Therapeutin</li> <li>○ die persönliche Einstellung der Therapeutin zur Klienteninteraktion</li> <li>○ die persönliche Philosophie bezüglich der therapeutischen Beziehung</li> <li>○ das letzte Interview ermöglichte den Therapeutinnen sich zur je spezifischen Allianz mit dem betreffenden Klienten zu äussern</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Klienteninterviews:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit den Klienten wurden nach dem ersten Interview während der Behandlungszeit monatlich weitere Interviews durchgeführt; die Anzahl Klienteninterviews variierte mit der Behandlungszeit der Klienten (Lise N=4; Georgia N=5; Jackson N=3; Kotter N=8)</li> <li>• während dem ersten Klienteninterview wurden demographische Daten des Klienten erhoben, sowie des Klienten Einstellung zur „Working Alliance“, seinen Erwartungen hinsichtlich der Erholung (recovery) und der Schwere der eigenen Betroffenheit durch Unfall/Krankheit</li> <li>• die folgenden Interviews fokussierten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ die Klientensicht bezüglich Allianzentwicklung (einschliesslich Bindung, Tätigkeit und Ziel),</li> <li>○ bis zu diesem Zeitpunkt erreichten Leistungen,</li> <li>○ den Einfluss kontextueller Faktoren auf Erholung und Beziehung zur Therapeutin</li> <li>○ die Therapeutin</li> </ul> </li> <li>• das letzte Interview mit den Klienten fand (ausser bei Kotter) jeweils nach ihrer Entlassung statt;</li> <li>• bei Kotter wurden die Interviews beendet, als Datensättigung erreicht worden war</li> <li>• alle Interviews dauerten rund 1 Stunde</li> </ul> |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>DATENANALYSE</b></p> <p><b>Analytische Genauigkeit</b></p> <p>War die Datenanalyse induktiv?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>X nicht überprüfbar</i></p> | <p><b>Beschreibung der Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu jedem Fall wurde eine theoretische Themenanalyse (Braun &amp; Clark, 2006) durchgeführt</li> <li>• in einer fallübergreifenden Analyse wurden Gemeinsamkeiten, Unterschiede und kontextuelle Eigenheiten, die ein Phänomen erklärten, herausgehoben</li> </ul> <p><b>Kritik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Datenanalyse wird nicht beschrieben</li> <li>– die Themenlisten sind in der Studie nicht zugänglich;</li> <li>– die Erkenntnisse werden lediglich in Form einer Zusammenfassung im Ergebnis/Diskussions-Teil präsentiert</li> <li>– die Übereinstimmung von Erkenntnis und Daten ist nicht überprüfbar</li> </ul>  |
| <p><b>Überprüfbarkeit</b></p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>X nicht angegeben</i></p> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>X nicht angegeben</i></p>   | <p><b>Beschreibung der Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzierung des angegebenen Prinzips der Entwicklung von Aussagen.</b></p> <p><b>Beschreibung der Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzierung des angegebenen Prinzips der Entwicklung von Aussagen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– es wird lediglich ein rudimentäres Vorgehen der Datenanalyse beschrieben</li> <li>– es wird kein Entscheidungspfad angegeben</li> <li>– der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen wird nicht beschrieben,</li> </ul> <p><b>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</b></p> <p><i>Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen werden nicht angegeben</i></p> |
| <p><b>Theoretische Verbindungen</b></p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>  | <p><b>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreibung aller konzeptioneller Rahmen, die sich ergeben haben.</b></p>   |
| <p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b></p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach Quellen: <i>X ja</i> <input type="checkbox"/> nein</p>  | <p><b>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</b></p> <p><u>Quellen:</u> die Daten stammen aus verschiedenen Quellen (2 Thera-peutinnen, 4 Klienten)</p> <p><u>Daten:</u> es wurden zu den verschiedenen Fragen</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p><i>Daten: X ja <input type="checkbox"/> nein</i></p> <p><i>Methoden: (X ja) X nein (in Bezug auf Klientensicht)</i></p> <p><i>Forscher X ja <input type="checkbox"/> nein</i></p> <p><i>Theorien X ja <input type="checkbox"/> nein?</i></p> <p><i>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</i></p> <p><i>X ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</i></p> | <p>verschiedene Daten erhoben; die Daten wurden vor, während und nach der Behandlung erhoben)</p> <p><u>Methoden:</u> Interviews, Working Alliance Inventory und Occupational Self Assessment OSA wurden durchgeführt</p> <p><u>Forscher:</u> ein Peer-Reviewer las das Transkript der Interviews in unabhängiger Weise durch;</p> <p>ein Auditor überprüfte das Datengewinnungsprozedere und die Erkenntnisse (von initialer Kategorienbildung zu fallübergreifender Themengewinnung) mittels eines transparenten Auditpfades um die konzeptuelle Kohärenz und Validität der Erkenntnisse zu untersuchen</p> <p><u>Theorien:</u> hauptsächlich bezieht sich die Studie auf Theorien aus der Psychotherapie sowie Erkenntnisse von Taylor (2008),</p> <p>– es wird jedoch keine deutliche Stellung bezogen bzw. klar erläutert, auf welche Theorie(n) sich die Studie abstützt</p> <p><u>Memberchecking:</u> 1. eine narrative Nacherzählung der Aussagen jedes Teilnehmers wurde verfasst und den Teilnehmern individuell zugestellt, um die Repräsentativität abzusichern</p> <p>2. die fallübergreifenden Themenliste wurde den Therapeutinnen zugestellt, um ihre Meinung bezüglich der Erkenntnisse zu erhalten</p> |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p><i>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</i></p> <p><i>X ja <input type="checkbox"/> nein</i></p> <p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</i></p>   | <p><b>Zu welchem Schluss kam die Studie?</b></p> <p>Die Autorin benennt 5 Elemente, welche sie für Therapeutinnen als wesentlich betrachtet, um eine Allianz mit dem Klienten aufzubauen und zu fördern.</p> <p>1. wesentlicher Schritt des therapeutischen Prozesses ist das <b>Eingehen einer zwischenmenschliche Verbindung</b> (übereinstimmend mit den Erkenntnissen der psychotherapeutischen (Lambert, 2003) und ergotherapeutischen Literatur (Taylor et al., 2009); Therapeuten beweisen dabei wiederholend menschliche Elemente wie <b>Herzlichkeit, Zuwendung und Respekt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Verbindung zwischen Therapeut und Klient entwickelte sich über den Verlauf der Zeit von einer eher oberflächlichen Beziehung zu einer tiefgründigeren Verbundenheit;       <ul style="list-style-type: none"> <li>→ bezeugt durch die fallübergreifenden Resultate des WAI (sichtbar ist ein einheitliches Muster einer sich vertiefenden Verbindung über den Verlauf der ersten 1- 2 Monate der Therapie)</li> </ul> </li> <li>• → dies deutet laut Autorin darauf hin, dass (genügend) Zeit ein beziehungsunterstützender</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Faktor ist, der allerdings seinerseits abhängig ist von der Häufigkeit der therapeutischen Begegnung.</p> <p>Vertrauen, Respekt vor der therapeutischen Kompetenz und Stärke der Verbindung scheinen über den Zeitverlauf zu wachsen, verstärkt durch den wiederholten Kontakt und das Bilden einer gemeinsamen Geschichte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die gereifte Beziehung scheint für Klienten einen sicheren Ort darzustellen, an dem sie auch emotional beladene Themen ansprechen können (bestätigt durch Bolby (1988) und Taylor (2008))</li> <li>• Klienten sind bereit und wünschen mit wachsender Beziehung zur Therapeutin Tätigkeiten anzugehen, welche emotional bedeutsamer und tiefgreifender sind</li> </ul> <p><b>2. <u>Humor als therapeutische Modalität</u></b> wurde von allen Teilnehmern als bedeutsame therapeutische Bemühung angesehen, sei es um Wohlbefinden zu erzeugen oder um Spannungen aufzulösen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verwendung von Humor schien nicht nur die Interaktion zu beleben sondern ebenso die therapeutische Arbeit zu unterstützen.<br/>→ (Crepeau &amp; Garren, 2011 und Southam, 2003 identifizierten Humor als Gegenseitigkeit unterstützend und Beziehung aufbauend. Guitard, Ferland &amp; Dutil (2005) fanden heraus, dass Erwachsenen eine spielerische Veranlagung erlaubt, sich innerlich zu distanzieren und eine neue Perspektive zu erlangen)</li> </ul> <p><b>3. <u>Therapeutische Handlungsimpuls führen zu funktioneller Verbesserung</u></b></p> <p>Die entstandene Verbindung zwischen Therapeutin und Klient schien die Klienten zum Tätigwerden anzuregen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klienten sahen eine Verbindung zwischen ihrer funktionellen Verbesserung und der Beziehung zu ihrer Therapeutin, erklärt dadurch, dass ihnen die Therapeutin half, sich mit immer anspruchsvolleren Betätigungen auseinanderzusetzen.</li> <li>• Das Resultat der Studie deutet darauf hin, dass sich Klienten als Ergebnis der Verbindung zu ihrer Therapeutin in Betätigung engagieren. Durch dieses Betätigungsengagement wiederum kann Lernen stattfinden.</li> </ul> <p><b>4. <u>erreichte Verbesserungen bereiten ein Erfolgsgefühl</u></b> bei Klienten und Therapeutin. Dumont &amp; Smith (2001) zeigen auf, dass erfolgreiche Erfahrungen</p> |
|--|---|

und Lernprozesse, welche durch ein sorgfältiges ansteigen lassen der zu bewältigenden Schwierigkeiten erreicht wurden, zu einer Vertiefung und Verstärkung des Vertrauens in die Allianz führen und bei Klient und Therapeutin zu einer verstärkten Selbstwirksamkeitserfahrung führen.

**5. Erfolgreich erreichte, klientenzentriert definierte Behandlungsziele verstärken die „working alliance“.**

→ Ergotherapeutische Literatur schreibt klientenzentrierten, klar definierten Behandlungszielen eine signifikante Bedeutung zu, welche die Therapieeffizienz durch eine verbesserte Struktur und eine erhöhte Klientenzufriedenheit steigern. (Doig, Fleming, Cornwell & Kuipers, 2009) Das Engagement des Klienten kann durch klientenzentrierte Ziele verstärkt werden (Lequerica, Donell & Tate, 2009).

***Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)?***

Die Erkenntnisse der Studie mögen laut Autorin Ergotherapeutinnen zu einem vertieften Verständnis von Methoden verhelfen, die eine Entwicklung der „working alliance“ unterstützen.

Die von Bordin (1979) definierten Komponenten der „working alliance“, bond: zwischenmenschlichen Bindung (Zuneigung, Vertrauen und Respekt), task: Zusammenarbeit während der Behandlungstätigkeit und goal: Einvernehmen bezüglich der Behandlungsziele und des eigentlichen Behandlungszwecks sowie, sind laut Autorin der Studie für Ergotherapeutinnen verständliche und zugängliche Terminologien, welche eine differenzierte Reflektion über verschiedene Aspekte der „working alliance“ erlauben und an denen zielgerichtet gearbeitet werden kann, um sie zu verstärken. Laut Bordin's (1979) konzeptueller Erklärung der „working alliance“ ist eine solche Allianz mehr als die Verbindung, welche von vielen Therapeuten fokussiert wird, wenn sie von der therapeutischen Beziehung sprechen.

Wie laut Autorin der Studie die Ergebnisse der vorliegenden Studie aufzeigen, berücksichtigen Therapeuten ihr echtes Interesse für die Einzigartigkeit jedes Klienten am besten dadurch, dass sie gewählte Tätigkeiten ebenso individuell wählen wie die zu erreichenden Behandlungsziele.

Um dieses individualisierte Verständnis zu erlangen, ist es notwendig, dass Therapeutinnen effektiv kommunizieren, sich empathisch verhalten und dem Klienten Zuneigung und Respekt entgegenbringen.

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Das Konzept der zwischenmenschlichen Verbindung ist bekannt, neu ist die charakteristische Entwicklung dieser Verbindung von einem oberflächlichen Verhältnis zu einer tiefergründenden Beziehung, die dem Klienten wie ein sicherer Hafen die Möglichkeit bietet auch emotional schwierigen Themen anzugehen. Eine optimale Entwicklung der „working alliance“ ermöglicht also die Behandlung emotional besonders bedeutsamer Betätigungen mit dem Klienten.</p> <p>Die Autorin der Studie ermutigt Therapeutinnen weiter, Humor als therapeutisches Mittel einzusetzen. Die Studie zeigt auf, dass Humor das Wohlbefinden des Klienten in der therapeutischen Beziehung unterstützen und die beschwerlichen Momente in der Therapie erleichtern kann.</p> <p>Das Machtgefälle zwischen Therapeutin und Klient ist laut Autorin der Studie in der Ergotherapie durch klientenzentrierte, betätigungsfokussierte Interventionen weniger ausgeprägt als in der Psychotherapie. Trotzdem bringt die Rolle der Therapeutin ein gewisses Machtpotential mit sich, welches teilweise verantwortlich ist für positive Veränderungen. Dem vorsichtigen und bewussten Einsatz dieser Machtbeziehung kommt eine grosse Bedeutung zu.</p> <p>Die Erkenntnisse der Studie heben hervor, dass gemeinsam erreichter Therapieerfolg die Allianz zwischen Therapeutin und Klient positiv unterstützt. Das gemeinsame Setzen von erreichbaren und überprüfbareren Behandlungszielen in einem klientenzentrierten Vorgehen zu Beginn der Therapie ist also von grossem Wert und Wichtigkeit.</p> <p><b><i>Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</i></b></p> <p>Limitierungen der Studie liegen in der kleinen Teilnehmerzahl, der Tatsache, dass keine männlichen Therapeuten an der Studie teilnahmen und der Art der Beeinträchtigungen, welche bei allen Klienten neurologischer Natur waren. Dass sich die Teilnehmer selbst zur Studienteilnahme meldeten, mag eine weitere Limitierung der Studie darstellen.</p> <p><u>Kritik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Gewichtung der Themen ist nicht nachzuprüfen, da die Datenanalyse nur sehr rudimentär beschrieben wurde;</li> <li>- es wird keine Aussage gemacht über die Anzahl Nennungen der verschiedenen Themen</li> <li>- unklar ist, ob die 5 Aspekte der Allianzentwicklung Bedeutung haben für Klient und Therapeutin oder ob sie unterschiedlich gewichtet werden</li> </ul> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>+ die Implikationen für den ergotherapeutischen Alltag sind von Bedeutung, da sie die Besonderheit der Ergotherapie, nämlich die zentrale Bedeutung der Betätigung berücksichtigen und durch die entwickelte Konzeption der „working alliance“ unterstützen</p> <p>+ ebenfalls wird dem klientenzentrierten Definieren von realistischen Therapiezielen Bedeutung zugemessen, was dem neuzeitlichen ergotherapeutischen Paradigma entspricht und im gleichen Zug vereinbar ist mit dem Kostendruck des heutigen Gesundheitswesens</p> |
|--|--|

### Kritische Besprechung qualitativer Studien

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*.

|  |
|--|
| <p>Morrison, Tricia<br/> <b>Individual and environmental implications of working alliances in occupational therapy.</b><br/>         British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2013 Nov; 76 (11): 507-14.</p> |
|--|

|  |   |
|--|---|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE:</b></p> <p><i>Wurde der Zweck klar angegeben?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>  | <p><b>Skizzierung des Zwecks der Studie:</b></p> <p>Herausheben von Therapeuten-, Klienten- und Umweltbedingungen, welche einen Einfluss haben auf die „Working Alliance“ zwischen Therapeut und Klient während ergotherapeutischer Domizilbehandlungen.</p> <p>Der Artikel will die komplexe Interaktion zwischen Therapeuten-, Klienten- und Umweltfaktoren illustrieren, welche den Prozess der Allianzentwicklung beeinflussen.</p> |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p><i>Wurde die relevante Literatur gesichtet?</i></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> vermutlich</p> <p><i>Welche Bereiche der ET wurden untersucht?</i></p> | <p><b>Wie wurde die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt?</b></p> <p>Die vorliegende Arbeit stellt laut Autorin die erste Studie dar, welche die Struktur der Kontextfaktoren in der „Working Alliance“ bei ergotherapeutischen Domizilbehandlungen aufzeigt.</p> <p>Keine der bisherigen Studien zur Untersuchung der Allianz wurde im „wahren Leben“ der Klienten durchgeführt.</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstversorgung</li> <li><input type="checkbox"/> Produktivität</li> <li><input type="checkbox"/> Freizeit</li> <li>X Komponenten der Performanz</li> <li><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds</li> <li><input type="checkbox"/> Betätigung</li> <li>X <u>Working Alliance</u></li> </ul> | <p><b>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf die Ergotherapie und/oder meine Forschungsfrage?</b></p> <p>Teilaspekt der Studie ist die Untersuchung des Einflusses der Therapeuten- und Umweltfaktoren auf die „Working Alliance“ bei Domizilbehandlungen aus Sicht der Klienten.</p>  |
| <p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ethnographie</li> <li><input type="checkbox"/> Grounded Theory</li> <li><input type="checkbox"/> Partizipative Handlungsforschung</li> <li>X <u>Phänomenologie</u></li> <li><input type="checkbox"/> andere</li> </ul>   | <p><b>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte?)</b></p> <p>Untersucht wird die theoretisch begründete Annahme, dass die „Working Alliance“ bei ergotherapeutischen Domizilbehandlungen nicht nur von Therapeutenfaktoren bestimmt wird, sondern dass ebenso Klienten- und Umweltfaktoren diese Allianz beeinflussen.</p> <p>Dank den Erkenntnissen der Studie soll aufgezeigt werden können, welche Therapeuten-, Klienten- und Umweltfaktoren die „Working Alliance“ bei Domizilbehandlungen beeinflussen und wie die verschiedenen Faktoren miteinander interagieren.</p>  |
| <p><b>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</b></p> <p>X ja <input type="checkbox"/> nein</p>   | <p><b>Beschreibung der theoretischen Perspektive der Studie:</b></p> <p>Die therapeutischen Beziehung ist ein „Leitsystem“ für verbesserte Funktionen des Klienten (Lambert, 2003) und sie „stellt einen sicheren Ort dar“, an dem der Klient erwarten darf, dass ihm die Therapeutin echt, vertrauenswürdig und fokussiert auf seine Bedürfnisse begegnet (Rogers, 1957).</p> <p>Die Hauptverantwortung für diese Beziehung obliegt der Therapeutin, welche eine reife, einfühlsame und überlegte Persönlichkeit sein soll (Rogers, 1957).</p> <p>Trotz der traditionell ausgesprochenen Würdigung der therapeutischen Beziehung in der Ergotherapie haben viele Therapeuten den Eindruck durch ihre wissenschaftlich geprägte Ausbildung zwar gelernt zu haben, „was sie tun müssen“, aber nicht „wie sie dies tun sollen“ (Cole &amp; McLean, 2003; Peloquin &amp; Davidson, 1993). Als Antwort darauf entwickelte Taylor (2008) das Intentional Relationship Model IRM für die Ergotherapie, welches eine Ergänzung zu den konzeptuellen Praxismodellen darstellen soll.</p> <p>Das Modell basiert auf den theoretischen Erkenntnissen der Psychotherapie, eine deutliche Unterscheidung liegt jedoch im zentralen Fokus auf der</p> |



|  |  |
|--|--|
|  | <p>Ergotherapie und dem Betätigungs-engagement des Klienten.</p> <p>Rogers, Lambert und Taylor gehen einig, dass es den Therapeu-tenfaktoren ebenfalls Klienten- und Umweltfaktoren gibt, welche einen direkten Einfluss haben auf die Allianz zwischen Therapeut und Klient.</p>  |
| <p><b>Verwendete Methoden:</b></p> <p><input type="checkbox"/> teilnehmende Beobachtung<br/> <i>X Interview</i></p> <p><input type="checkbox"/> historische Forschung<br/> <input type="checkbox"/> Fokusgruppe<br/> <i>X multiple case study</i></p>  | <p><b>Beschreibung der Methode(n), die zur Beobachtung der Forschungsfrage verwendet wurde(n):</b></p> <p>Das Vorgehen der Fallstudie wurde gewählt, um die ganzheitliche und bedeutungsvolle Charakteristik der „Working Alliance“, als gegenwärtiges Ereignis des realen Lebens, zu beschreiben.</p> <p>Gewählt wurde ein „multiple case study“- Vorgehen um die Erfahrungen von 4 Therapeutinnen-Klienten-Paaren zu vergleichen.</p> <p>Es wurden qualitative und quantitative Daten erhoben, jedoch wurden zur Identifikation der Therapeuten-, Klienten- und Umwelt-faktoren nur qualitative Daten verwendet. Aus diesem Grund wurde im Methodenteil nur die Gewinnung und Analyse der qualitativen Daten beschrieben.</p> <p>Zur Erhebung der qualitativen Daten wurden Einzelinterviews durchgeführt.</p>   |
| <p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b></p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?<br/> <i>X ja / X nein</i></p> <p>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?<br/> <input type="checkbox"/> ja <i>X nein</i><br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreibung der Methode, die zur Zusammenstellung der Stichprobe verwendet wurde.</b></p> <p>Es wurden 4 Paare, bestehend aus zwei Therapeuten und je zwei verschiedenen Klienten, gebildet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit jeder Therapeutin wurden drei individuelle Interviews durchgeführt: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interview vor der Beteiligung der Klienten</li> <li>2. und 3. Interview nach Entlassung des Klienten (Ausnahme bei Kotter; er erhielt eine Langzeittherapie)</li> </ol> </li> <li>• Mit den 4 Klienten wurden nach dem ersten Interview während der Behandlungszeit monatlich weitere Interviews durchgeführt;</li> <li>• die Anzahl Klienteninterviews variierte mit der Behandlungszeit der Klienten (Lise N=4; Georgia N=5; Jackson N=3; Kotter N=8)</li> </ul> <p>Das Vorgehen der Stichprobenauswahl wurde wie folgt beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Email bezüglich der geplanten Studie, welche den Zweck der Studie, die Erwartungen an die Teilnehmenden und die Eigenschaften der teilnehmenden Klienten beschrieb, wurde an praktizierende Ergotherapeuten versandt.</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• an der Studie interessierte Therapeuten kontaktierten die Forscherin</li> <li>• Nach dem ersten Interview mit den Therapeuten weiteten die Therapeuten die Einladungen auf sämtliche neuen, den Einschlusskriterien entsprechenden Klienten aus:       <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ihre gesundheitliche Situation hatte sich so verändert, dass Ergotherapie indiziert war</li> <li>b) die Therapie wurde während einer Domizilbehandlung durchgeführt</li> <li>c) es war mehr als eine Therapiesequenz notwendig</li> <li>d) verfügten über englische Sprachkenntnisse</li> <li>e) waren kognitiv in der Lage, eine Einverständniserklärung abzugeben und die erforderlichen Papiere auszufüllen</li> </ul> </li> <li>• Interessierte Klienten kontaktierten die Forscher persönlich. Nach Konfirmation der Teilnahme des Klienten wurden die betreffenden Therapeuten informiert.</li> <li>• Die Therapeuten füllten das <b>Working Alliance Inventory (WAI)</b> nach jedem Therapiebesuch der betreffenden Klienten aus und liessen es der Forscherin per Fax zukommen. Zwischen Forscherin und Therapeutinnen fand bis zur Entlassung des entsprechenden Klienten aus der Therapie kein direkter Kontakt statt.</li> </ul> <p><b><i>Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</i></b></p> <p>Es ist nicht ersichtlich, ob bei der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen wurde.</p> <p><u>Kritik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es werden keine Kriterien für die Wahl der Therapeutinnen angegeben</li> <li>- wird nicht angegeben, ob aus mehreren Therapeutinnen / Klienten ausgewählt wurde</li> <li>- Datensättigung wurde nur in einem Fall erreicht; die anderen Interviews kamen mit der Entlassung der Klienten aus der Therapie zu einem Ende.</li> </ul> |
|--|--|

|   |   |
|---|---|
| <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>  | <p><b>Beschreibung des Ethik-Verfahrens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Erhalt der Genehmigung durch die University of Ottawa, Social Science and Humanities Research Ethics Board, kontaktierte die Forscherin Hauspflegeagenturen, ambulante Einrichtungen und Privatpraxen</li> <li>• eine Email bezüglich der geplanten Studie, welche den Zweck der Studie, die Erwartungen an die Teilnehmenden und die Eigenschaften der teilnehmenden Klienten beschrieb, wurde an die kontaktierten Stellen versandt</li> <li>• an der Studie interessierte Therapeuten und Klienten kontaktierten die Forscherin nach Einladung selbstständig</li> <li>• während dem ersten Treffen zwischen Forscherin und Klient wurden die Bedingungen zur Teilnahme an der Studie gemeinsam durchgeschaut und die Zustimmung der Klienten eingeholt</li> <li>• für die Namen der teilnehmenden Personen wurden Pseudonyme verwendet</li> <li>• Alle Teilnehmenden wurden mit einem Betrag von je \$ 200 pro Person und Diade (CDN) entschädigt.</li> </ul>               |
| <p><b>DATENERHEBUNG</b></p> <p><b>Deskriptive Klarheit</b><br/>klare und vollständige Beschreibung von:</p> <p>Ort: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> teilweise</p> <p>Teilnehmern: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Referenzen des Forschers:<br/> <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (Angaben werden nur in der Dissertation des Hauptforschers gemacht)</p> <p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern:<br/> <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing":)<br/> <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (Angaben werden nur in der Dissertation des</p> | <p><b>Beschreibung des den Kontexts der Studie. Genügte er, um das "Gesamtbild" zu verstehen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Therapeuten:</u><br/> <i>Helene:</i> selbstständige Ergotherapeutin mit rund 20 Jahren Erfahrung, führt eine eigene Praxis mit einem klinischen Fokus auf die Behandlung von Klienten mit traumatischer Hirnverletzung<br/> <i>Marie:</i> angestellte Ergotherapeutin mit 6 Jahre Erfahrung, arbeitet in einer öffentlichen Klinik, welche allgemeine Ergotherapie anbietet</li> <li>• <u>Klienten:</u> (von Helene)<br/> <i>Georgia:</i> 55 jährige Bankkassiererin, leidet an Einschränkungen von Vision und Kognition nach einem Verkehrsunfall<br/> <i>Kotter,</i> 39 jähriger Mann, erlitt eine beinahe tödliche Gehirnverletzung bei einem Unfall mit einem Geländewagen<br/> <br/> <u>Klienten:</u> (von Marie)<br/> <i>Lise,</i> 69 jährige Rentnerin, leidet an chronischen Schmerzen nach einem 15 Jahre zurückliegenden Verkehrsunfall<br/> <i>Jackson,</i> 63 jähriger pensionierter Lehrer, erhielt</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p><i>Hauptforschers gemacht)</i></p>  | <p>vor 7 Jahren die Diagnose Parkinson Disease</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ort:</u><br/>ein Interview mit einer Therapeutin wurde in ihrer Praxis durchgeführt, alle anderen Interviews geschahen bei den Interviewten zu Hause</li> </ul> <p><b>Beschreibung, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Datenerhebung geschah in Interviews mit der Forscherin</li> <li>• sämtliche Interviews wurden auf Band aufgezeichnet</li> <li>• und wörtlich transkribiert</li> </ul>   |
| <p><b>Prozedurale Strenge</b><br/>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?<br/>X ja <input type="checkbox"/> nein<br/><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreibung der Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das "Gesamtbild"?</b></p> <p><b>Beschreibung jeglicher Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung.</b></p> <p><u>Therapeuteninterviews:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Therapeuteninterviews fokussierten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ demographische Daten der Therapeutin</li> <li>○ die persönliche Einstellung der Therapeutin zur Klienteninteraktion</li> <li>○ die persönliche Philosophie bezüglich der therapeutischen Beziehung</li> <li>○ das letzte Interview ermöglichte den Therapeutinnen sich zur je spezifischen Allianz mit dem betreffenden Klienten zu äussern</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Klienteninterviews:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit den Klienten wurden nach dem ersten Interview während der Behandlungszeit monatlich weitere Interviews durchgeführt; die Anzahl Klienteninterviews variierte mit der Behandlungszeit der Klienten (Lise N=4; Georgia N=5; Jackson N=3; Kotter N=8)</li> <li>• während dem ersten Klienteninterview wurden demogra-phische Daten des Klienten erhoben, sowie des Klienten Einstellung zur „Working Alliance“, seinen Erwartungen hinsichtlich der Erholung (recovery) und der Schwere der eigenen Betroffenheit durch Unfall/Krankheit</li> <li>• die folgenden Interviews fokussierten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ die Klientensicht bezüglich Allianzentwicklung (einschliesslich Bindung, Tätigkeit und Ziel),</li> <li>○ bis zu diesem Zeitpunkt erreichten</li> </ul> </li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>Leistungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ den Einfluss kontextueller Faktoren auf Erholung und Beziehung zur Therapeutin</li> <li>○ die Therapeutin</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• das letzte Interview mit den Klienten fand (ausser bei Kotter) jeweils nach ihrer Entlassung statt;</li> <li>• bei Kotter wurden die Interviews beendet, als Datensättigung erreicht worden war</li> <li>• alle Interviews dauerten rund 1 Stunde</li> </ul>  |
| <p><b>DATENANALYSE</b><br/> <b>Analytische Genauigkeit</b><br/> <i>War die Datenanalyse induktiv?</i><br/> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><i>Beschreibung der Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Interviewprotokolle berücksichtigten Elemente, welche sich laut entsprechender sektorenübergreifender Literatur auf Komponenten der „Working Alliance“ (Bindung, Aufgabe und Ziel) beziehen</li> <li>• zu jedem Fall wurde eine theoretische Themenanalyse (Braun &amp; Clark, 2006) durchgeführt</li> </ul>   |
| <p><i>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?</i><br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br/> <i>X nicht überprüfbar</i></p>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Themen wurden identifiziert nach Häufigkeit sowie bezüglich ihrer „Schlüsselfunktion“ (dadurch, dass sie sich auf etwas Bedeutungsvolles bezogen)</li> <li>• eine summative Zusammenstellung der Themen zu jedem Fall wurde erstellt um kohärente, konsistente und bezeichnende Themen zu erhalten. Die Zusammenstellung ermöglichte, die Art und Weise der Themenzusammenstellung zu reflektieren</li> <li>• eine gut organisierte Präsentation jedes Falles / jedes Therapeuten-Klienten-Paares wurde laut forscher ermöglicht</li> <li>• die Erzählungen jedes Teilnehmers und dessen zugehörige Fallanalyse wurden mehrmals gelesen um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und fallspezifische Eigenheiten, die eine Erscheinung erklären könnten, herauszuarbeiten</li> <li>• die Resultate der Fälle wurden zu einer übergeordneten Struktur zusammengefügt</li> <li>• eine fallübergreifende Ergebnisanalyse wurde durchgeführt um die Ergebnisse mit Evidenz aus den verschiedenen Fällen belegen zu können</li> <li>• eine abschliessende Gesamtzusammenstellung der Themen wurde erstellt</li> <li>• Essenz, Inhalt und Umfang jedes Themas wurde beschrieben</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p><b>Kritik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Themenlisten sind in der Studie nicht zugänglich;</li> <li>- die Erkenntnisse werden lediglich in Form einer Zusammenfassung präsentiert</li> <li>- die Übereinstimmung von Erkenntnis und Daten ist nicht überprüfbar</li> </ul>   |
| <p><b>Überprüfbarkeit</b><br/> Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?<br/> o ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreibung der Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ es wird ein Vorgehen der Datenanalyse beschrieben</li> <li>- jedoch kein Entscheidungspfad angegeben</li> <li>- der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen wird nicht beschrieben</li> </ul> <p><b>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen werden nicht angegeben</li> </ul>  |
| <p><b>Theoretische Verbindungen</b><br/> Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?<br/> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>  | <p><b>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreibung aller konzeptioneller Rahmen, die sich ergeben haben.</b></p> <p>Zwischen den von den Klienten als beziehungsunterstützende Aspekte genannten therapeutischen Fertigkeiten und Fähigkeiten (Kommunikation, Wärme und Respekt) der Therapeutin und den von Roger's benannten Bedingungen, welche eine positive therapeutische Beziehung unterstützen (Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie), können Parallelen gezogen werden.</p> <p>Die ergotherapeutische Literatur identifiziert ähnliche Charakteristiken, welche zu einer starken therapeutischen Beziehung führen: Verständnis, Empathie, Kompetenz, Zuwendung, Überzeugtsein von der Würde des Klienten und Glaube an das Potential jedes Klienten, sich verändern zu können. (Darragh et al., 2001; Devreaux, 1984)</p> <p>Auch die psychotherapeutische Literatur benennt ebensolche Fähigkeiten und Fertigkeiten (Akzeptanz, Wärme und Empathie) als fundamental wichtig zum Aufbau einer Therapeut-Klient-Beziehung. Laut Asay &amp; Lambert (1999) stehen diese Fertigkeiten in Beziehung zu einem positiven Therapieoutcome.</p> |
| <p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b><br/> Wird Triangulierung</p>  | <p><b>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</b></p> <p><u>Quellen:</u> die Daten stammen aus verschiedenen</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p>angegeben, nach</p> <p>Quellen: X ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Daten: X ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Methoden: (X ja) X nein (in Bezug auf Klientensicht)</p> <p>Forscher X ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Theorien X ja <input type="checkbox"/> nein?</p> <p>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <p>X ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p>Quellen (2 Thera-peutinnen, 4 Klienten)</p> <p><u>Daten:</u> es wurden zu den verschiedenen Fragen verschiedene Daten erhoben; die Daten wurden vor, während und nach der Behandlung erhoben</p> <p><u>Methoden:</u> Interviews (und Working Alliance Inventory für Thera-peutenaussagen)</p> <p><u>Forscher:</u> ein Peer-Reviewer las das Transkript der Interviews in unabhängiger Weise durch;</p> <p>ein Auditor überprüfte das Datengewinnungsprozedere und die Erkenntnisse (von initialer Kategorienbildung zu fallübergreifender Themengewinnung) mittels eines transparenten Auditpfades um die konzeptuelle Kohärenz und Validität der Erkenntnisse zu untersuchen</p> <p><u>Theorien:</u> hauptsächlich bezieht sich die Studie auf Theorien und Erkenntnisse von Rogers (1957), Lambert (2003) und Taylor (2008)</p> <p>2 Formen des Memberchecking: 1. die Transkripte der Interviews wurden den Interviewten zur Verifizierung zugestellt</p> <p>2. die fallübergreifenden Themenliste wurde den Therapeutinnen zugestellt, um ihre Meinung bezüglich der Erkenntnisse zu erhalten</p>   |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <p>X ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</p>  | <p><b>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)?</b> Die teilnehmenden Klienten der Studie benannten wiederholt eine Reihe zwischenmenschlicher Fähigkeiten und Charakteristiken der Therapeutinnen, welche einen positiven Einfluss hatten auf die Entwicklung der Allianz</p> <p>Zusammenfassend werden sie genannt als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Kommunikation, Wärme, Respekt</b></li> <li>• Die von den Therapeutinnen verwendeten professionellen Vorgehensweisen in Bezug auf die „Working Alliance“ waren für die Klienten weniger offensichtlich. Von Seiten der Forscher wurde in der Vorgehensweise beider Therapeutinnen eine ganzheitliche (holistische) Sichtweise auf den Klienten festgestellt.</li> <li>• Die von den Klienten als wichtig für die Entwicklung der „Working Alliance“ benannten Aspekte können in Beziehung gesetzt werden zu den Erkenntnissen aus psychotherapeutischer und ergotherapeutischer Wissenschaft (siehe theoretische Verbindungen).</li> <li>• Von Klientenseite werden wenige Aussagen bezüglich „Working Alliance“ beeinflussender</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Faktoren genannt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• als sowohl unterstützenden wie hemmenden Faktor nennen Klienten ihr soziales Umfeld (insbesondere Lebenspartner); z.B. kann die Anwesenheit eines Lebenspartner negativen Einfluss auf das Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Therapeutin haben (weniger Offenheit)</li> <li>• Als grundsätzliche Schlussfolgerung der Studie wird die Identifikation der Haltung ( z.B. Herzlichkeit, Zuwendung, Klientenzentriertheit) und der Fertigkeiten (z.B. Kommunikation) der Therapeutin genannt, welche „veredelt“ werden können, um den therapeutischen Use of Self zu ermöglichen.</li> <li>• Auch wenn technisches Wissen mit Sicherheit wichtig ist, zeigen laut Forscher der Studie die Ergebnisse auf, dass Therapeuten zwischenmenschlichen Dimensionen ebenfalls entscheidende Bedeutung beimessen sollten.</li> <li>• Der erste Schritt zur Bildung einer starken Allianz ist die Pflege der Erkenntnis persönlicher Veranlagungen, Stärken und Schwächen, nach Taylor (2008) die therapeutische zwischenmenschliche Weise.</li> </ul> <p><b><i>Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</i></b></p> <p>Als hauptsächlichliche Limitierungen werden das Setting der Domizilbehandlung, Therapeutinnen (zwei weibliche Therapeutinnen mit verschiedenen Erfahrungen) und Klienten mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen genannt.</p> <p>Eine grössere Anzahl an Therapeutinnen hätte eine zu unterschiedlicheren Ergebnissen führen können.</p> <p>Die Resultate der Studie wurden in Verbindung gesetzt zu psychotherapeutischen Erkenntnissen und Konzepten. Diese lassen sich nur begrenzt auf die Ergotherapie übertragen.</p> <p>Die Teilnahme der Klienten beruhte auf deren eigenem Interesse. Die nötige Eigeninitiative zur Teilnahme mag limitierend gewirkt haben.</p> <p>– unklar ist, in welcher Weise die erstgenannten Limitierungen limitierend wirken</p> |
|--|--|



## Kritische Besprechung qualitativer Studien

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*.

Crepeau, E. B & Garren, K. R.

### I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy.

Disabil Rehabil. 2011;33(10):872-81. Epub 2011 Jan 18.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE:</b></p> <p><i>Wurde der Zweck klar angegeben?</i></p> <p>X ja <input type="checkbox"/> nein</p>   | <p><b>Skizzierung des Zwecks der Studie:</b></p> <p>Identifizieren und Erklären wichtiger Dimensionen der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Zweiersituation der Handtherapie</p>   |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p><i>Wurde die relevante Literatur gesichtet?</i></p> <p>X ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Welche Bereiche der ET wurden untersucht?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstversorgung</li> <li><input type="checkbox"/> Produktivität</li> <li><input type="checkbox"/> Freizeit</li> <li><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz</li> <li><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds</li> <li><input type="checkbox"/> Betätigung</li> <li>X Therapeutische Beziehung</li> </ul> | <p><b>Wie wurde die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt?</b></p> <p>Handtherapie benötigt ein vielfältiges therapeutisches Wissen, das die Gesundheit des Patienten jedoch nicht wieder herstellen kann, ohne die Fähigkeit des Therapeuten, eine Beziehung zum Patienten herzustellen, um dessen Bedürfnisse und Ziele aufzudecken. (Quellen 1-5)</p> <p>Patienten mit Handverletzung befinden sich während der Erholung in einem adaptiven Prozess, während dem Zukunftshoffnungen und die Erkenntnis, dass eine vollständige Wiederherstellung nicht möglich sein wird, vereinbart werden müssen. Handtherapie kümmert sich folge dessen um die subjektiven und objektiven Aspekte des Genesungsprozesses, dadurch, dass sie sich um die physischen Bedürfnisse des Patienten ebenso kümmert wie um seine Interpretation der Bedeutung der Krankheit oder Behinderung.</p> <p>Die therapeutische Beziehung wurde in anderen therapeutischen Settings untersucht, nicht jedoch in der Handtherapie.</p> <p><b>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf die Ergotherapie und/oder meine Forschungsfrage?</b></p> <p>Wichtige Aspekte der therapeutischen Beziehung im ergotherapeutischen Zweier-Setting werden aufgezeigt. Dabei wird die Klientensicht dargestellt.</p> |
| <p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ethnographie</li> <li><input type="checkbox"/> Grounded Theory</li> <li><input type="checkbox"/> Partizipative Handlungsforschung</li> </ul>  | <p><b>Welches Design hatte die Studie? Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte?)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• instrumentelle Fallstudie über die Geschichte bezüglich ihrer Therapieerfahrungen, erzählt von einer Ergotherapeutin und ihrem Patienten</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Phänomenologie</i><br><input checked="" type="checkbox"/> <i>Fallstudie (instrumental case study)</i>   |  |
| <p><i>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>  | <p><b>Beschreibung der theoretischen Perspektive der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handtherapie benötigt neben dem eher technischen Wissen über Behandlungsansätze, Anatomie und Physiologie die Fähigkeit des Therapeuten eine therapeutische Beziehung zum Patienten herzustellen.</li> <li>• Patienten erleben und schildern ihre Krankheit / ihre Behinderung in Geschichten, um dem Erlebten einen Sinn geben zu können.</li> <li>• auch Therapeuten erleben und schildern einen Therapieverlauf als eine Geschichte</li> <li>• Therapeuten und Patienten beginnen eine Therapie mit ihrem je eigenen Verständnis vergangener Erfahrungen sowie aktuellen Empfindungen und Erwartungen bezüglich dessen, was geschehen soll (Quellen 12, 19)</li> <li>• ihre Geschichten bilden gemeinsam eine neue Geschichte bezüglich des gemeinsam erlebten Therapieverlaufes (Quelle 19)</li> <li>• diese gemeinsame Geschichte reflektiert ihr geteiltes Verständnis (Quellen 1, 7, 39)</li> <li>• das geteilte Verständnis beginnt beim Beginn des gemeinsamen Therapieprozesses</li> </ul> |
| <p><b>Verwendete Methoden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <i>teilnehmende Beobachtung</i></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <i>Interview</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>historische Forschung</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>Fokusgruppe</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>andere</i></li> </ul> | <p><b>Beschreibung der Methode(n), die zur Beobachtung der Forschungsfrage verwendet wurde(n):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview mit Therapeutin 2x60 min</li> <li>• beim zweiten Mal hatte die Therapeutin die Möglichkeit, Aussagen vom ersten Interview genauer zu erläutern</li> <li>• Interview mit Patient 1x60 min, nach abgeschlossenen Interviews mit der Therapeutin</li> <li>• beide Interviews wurden auf Band aufgezeichnet</li> <li>• offene Interview-Fragen an Therapeutin und Patient nach semi-strukturiertem Format (nach Creswell) über: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ die eigene Person</li> <li>○ die Geschichte von Dan's Unfall</li> <li>○ seine medikamentöse Behandlung</li> <li>○ seine Therapieerfahrungen</li> </ul> </li> </ul> <p>Leah zusätzlich:</p>  |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ihre berufliche Geschichte</li> <li>○ ihre Praxis</li> <li>○ was sie als bedeutsamste Element in der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zu Dan betrachtet</li> <li>○ warum sie Dan für diese Studie vorgeschlagen hatte</li> </ul> <p>Dan zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ warum Leah ihn seiner Ansicht nach für die Studie vorgeschlagen hatte</li> </ul>  |
| <p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b></p> <p><i>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</i><br/> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</i><br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br/> <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreibung der Methode, die zur Zusammenstellung der Stichprobe verwendet wurde.</b></p> <p><b>Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Wahl der Therapeutin erfolgte nach Empfehlung von zwei zertifizierten Handtherapeuten; folgende Bedingungen sollten durch die Therapeutin erfüllt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fähigkeit besitzen, mit Patienten auf verschiedenen Niveaus (intellektuell, emotional und physisch) in Verbindung zu treten</li> <li>○ bereit sein, Gedanken und Gefühle zu verbalisieren und die Geschichte über ihre Therapieerfahrungen mit einem Patienten zu erzählen</li> </ul> </li> <li>• Therapeutin (Leah) wurde bei einem Telefoninterview über die geplante Studie informiert, gleichzeitig wurden erste biographische Informationen eingeholt</li> <li>• Leah wurde gebeten, eine/n Patienten/in vorzuschlagen, welche/r folgende Kriterien erfüllte: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ fähig sein, eine Beziehung zur Therapeutin auf verschiedenen Ebenen (intellektuell, emotional und physisch) zu bilden</li> <li>○ bereit sein, Gedanken und Gefühle zu verbalisieren und die Geschichte über seine/ihre Therapieerfahrungen mit der Therapeutin zu erzählen</li> <li>○ während der letzten 12 Monate mindestens 9 Therapie-einheiten besucht haben</li> </ul> </li> <li>• Leah benannte Dan aufgrund seiner Fähigkeit, Therapieerfahrungen zu erörtern und wegen der starken Beziehung, die sie zu ihm entwickelt hatte</li> <li>• Leah kontaktierte Dan, um Interesse und Bereitschaft zur Studienteilnahme abzuklären</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dan gab der Forscherperson eine telefonische Zusage</li> </ul>  |
| <p><i>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i></p> <p><i>X ja <input type="checkbox"/> nein</i><br/><i><input type="checkbox"/> nicht angegeben</i></p>  | <p><b>Beschreibung des Ethik-Verfahrens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient und Therapeutin gaben eine schriftliche Zusage zur Studienteilnahme vor Beginn des Interviewprozesses</li> <li>• für die Namen von Therapeutin und Patient wurden Pseudonyme verwendet</li> <li>• die Studie wurde vom Human Subjects Committee der University of New Hampshire akzeptiert</li> </ul>  |
| <p><b>DATENERHEBUNG</b></p> <p><b>Deskriptive Klarheit</b><br/><i>klare und vollständige Beschreibung von:</i></p> <p><i>Ort: X ja <input type="checkbox"/> nein</i><br/><i>Teilnehmern: X ja <input type="checkbox"/> nein</i></p>   | <p><b>Beschreibung des den Kontexts der Studie. Genügte er, um das "Gesamtbild" zu verstehen?</b></p> <p><u>Ort:</u> Therapiesetting war eine Orthopädische Arztpraxis, in der ergotherapeutische und physiotherapeutische Behandlungen mit Spezialisierung auf Handtherapie durchgeführt wurden</p> <p><u>Interviewsetting:</u> die Interviews fanden in von den Interviewten gewählten Räumlichkeiten statt</p>  |
| <p><b>Referenzen des Forschers:</b><br/><i>X ja <input type="checkbox"/> nein</i></p> <p><b>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern:</b><br/><i>X ja <input type="checkbox"/> nein</i></p> <p><b>Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing":)</b> <i>X ja <input type="checkbox"/> nein</i></p> | <p><u>Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Therapeutin (Leah)</i>, 13 Jahre Erfahrung als Ergotherapeutin (davon 9 Jahre in der Handtherapie), arbeitete in einer städtischen Handtherapieklinik in New England; als Arbeitsphilosophie ist ihr eine gute Beziehung zu den Patienten von Bedeutung</li> <li>• <i>Patient (Dan)</i>, Gymnasiallehrer mittleren Alters, ebenso tätig als Coach, Golflehrer und Limousinenfahrer; in Behandlung wegen einer Fahrradunfallbedingten Ellbogenluxation</li> </ul> <p><u>Forscher:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Garren, K.:</u> 29 Jahre Tätigkeit als zertifizierte Handtherapeutin, besorgt ob der Tatsache, dass „Handtherapeuten oft angesehen werden als Praktizierende, welche sich vor allem um bio-mechanische Ansätze der Handtherapie kümmern und den therapeutischen Prozess vernachlässigen“; findet die „therapeutische Beziehung von Bedeutung in ihrer eigenen Handtherapeutischen Vorgehensweise und weiss von anderen Praktizierenden in der Handtherapie, dass diese ihre Meinung teilen“;</li> </ul> <p>unternahm die Studie, um die Charakteristiken der therapeutischen Beziehung in der Handtherapie zu verstehen;</p> <p>kennt Therapeutin und Patient nicht persönlich und ist ihnen gegenüber unabhängig</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Crepeau, E.</u>: emeritierte Professorin in Ergotherapie (verschiedene Studien über den Clinical-Reasoning-Prozess);<br/>war selbst als Patientin wegen einer Knieoperation in 4-jähriger therapeutischer Behandlung bei über 18 Ergo- und Physiotherapeuten, während der sie ihre Forschungen reflektierte;<br/>besitzt aufgrund ihrer eigenen Patientenerfahrung eine grosse Sensibilität für die Thematik der therapeutischen Beziehung</li> </ul> <p><b>Beschreibung, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beide Interviews wurden auf Band aufgezeichnet;</li> <li>• die Interviews wurden transkribiert und erst verwendet, nachdem Leah und Dan bestätigt hatten, dass keine Korrekturen notwendig waren</li> </ul> |
| <p><b>Prozedurale Strenge</b><br/>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?<br/><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br/><i>X nicht weiter nachprüfbar</i></p>  | <p><b>Beschreibung der Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das "Gesamtbild"?</b><br/><b>Beschreibung jeglicher Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview mit Therapeutin: 2x60 min</li> <li>• beim zweiten Mal hatte die Therapeutin die Möglichkeit, Aussagen vom ersten Interview genauer zu erläutern</li> <li>• Interview mit Patient: 1x60 min, nach abgeschlossenen Interviews mit der Therapeutin</li> <li>• beide Interviews wurden auf Band aufgezeichnet</li> <li>• die Interviews wurden transkribiert und</li> <li>• erst verwendet, nachdem Leah und Dan bestätigt hatten, dass keine Korrekturen notwendig waren</li> </ul>  |
| <p><b>DATENANALYSE</b><br/><b>Analytische Genauigkeit</b><br/><br/>War die Datenanalyse induktiv?<br/><i>X ja o nein o nicht angegeben</i><br/><br/>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?<br/><i>X ja o nein</i></p> | <p><b>Beschreibung der Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</b></p> <p>→ Datenanalyse geschah unter Anwendung von „narrativ analysis technique“ (Quellen 32,37)</p> <p>→ Transkription der 3 Interviews geschah durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ strikte Notation aller Sprachmuster ( Verzögerungen, Repetitionen, Wiederholungen und falsche Satzbeginne)</li> <li>○ jeder Satz des Transkripts wurde fortlaufend nummeriert</li> <li>○ nach der Reissman-Methode (Quellen 32,37) wurde jede Geschichte isoliert</li> <li>○ nicht zu den Geschichten gehörende Linien und Sätze wurden eliminiert</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aspekte der Geschichten, welche geteilte Perspektiven von Dan und Leah bezüglich des therapeutischen Prozesses darstellten, wurden selektioniert</li> <li>○ diese Geschichten formten die Basis für die Thematische Analyse</li> </ul> <p>→ es wurden keine Angaben gemacht zur Flexibilität des Datenerhebungsprozesses;</p> <p>→ es wurde nicht vermerkt, ob wie und ob auf Veränderungen bei den Daten reagiert wurde</p> <p><u>Übereinstimmung der Ergebnisse mit den Daten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Humor als beziehungsaufbauendes Mittel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Leah und Dan machen Aussagen darüber, dass ihnen neckender Humor half, eine therapeutische Beziehung aufzubauen und eine entspannte angenehme Therapiesituation zu schaffen</li> </ul> </li> <li>• <b>Verwendung harmloser aber echter Gesprächsthemen</b>, um die Gesprächsbereitschaft des Patienten anzuregen und relevantere Themen bezüglich Interessen und Bedürfnisse des Patienten zu erfahren <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dan und Leah geben an, dass ihm die Offenheit Leahs bezüglich harmlosen Gesprächsthemen gezeigt hat, dass er ihr vertrauen kann</li> <li>→ durch das entwickelte Vertrauen war es Dan möglich, sich selbst zu öffnen und über seine Verletzung bzw. seine Bedürfnisse und Anliegen zu sprechen „she helped me to open up“</li> </ul> </li> <li>• <b>als Therapeut zuhören können</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ wird von Dan als wichtig empfunden</li> </ul> </li> <li>• <b>„sozialer Vergleich“</b> mit anderen Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>→ verhalf Dan, seinen Fall zu relativieren</li> </ul> </li> <li>• <b>Aufmerksamkeit des Therapeuten als Zeichen des Bekümmertseins</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dan fühlte sich durch die aufmerksame Präsenz der Therapeutin, durch ihre verbalen Inputs, wahrgenommen. Er fühlte, dass die Therapeutin sich um ihn kümmerte.</li> </ul> </li> </ul> <p>- es wird nicht vermerkt, ob die Aussagen alle existierenden Daten wiedergeben</p> <p>+ die Daten und Aussagen werden den Aussagen zugeordnet,</p> <p>- es ist nicht nachzuprüfen, ob dies konsequent durchgeführt wurde</p> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Überprüfbarkeit</b></p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>X nicht angegeben</b></p> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>X nicht angegeben</b></p> <p>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</p> | <p><b>Beschreibung der Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzierung des angegebenen Prinzips der Entwicklung von Aussagen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es wurden keine Regeln angegeben und</li> <li>- ein Entscheidungspfad nur rudimentär aufgezeigt</li> <li>• Sätze wurden zu Beginn der Transkription fortlaufend nummeriert, ansonsten wurde keine Codierung beschrieben</li> <li>+ angegeben wurde: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dass jede Geschichte nach der Reissman-Methode (Quellen 32,37) isoliert,</li> <li>○ nicht zu den Geschichten gehörende Linien und Sätze eliminiert,</li> <li>○ Aspekte der Geschichten, welche geteilte Perspektiven von Dan und Leah bezüglich des therapeutischen Prozesses darstellten, selektioniert wurden</li> </ul> </li> </ul>   |
| <p><b>Theoretische Verbindungen</b></p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p>X ja <input type="checkbox"/> nein</p>   | <p><b>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreibung aller konzeptioneller Rahmen, die sich ergeben haben.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Humor als beziehungsaufbauendes Mittel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ wird mit Quellen aus vorausgehender Forschung bestätigt</li> </ul> </li> <li>• <b>Verwendung harmloser aber echter Gesprächsthemen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ dass Alltagsgespräche als Fundament für den Vertrauensaufbau dienen, wird mit Quellen (39) belegt;</li> <li>die Wechselseitigkeit und Gleichberechtigung von Alltagsgesprächen (49) schafft eine Atmosphäre, welche die für die ergotherapeutische Arbeitsweise so wichtige gemeinsame und gleichberechtigte Problemlösung ermöglicht und unterstützt (Quellen 1,10)</li> </ul> </li> <li>• <b>als Therapeut zuhören können</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ermöglicht einen Patienten/Klienten-zentrierten Ansatz (10)</li> <li>→ ermöglicht Patienten, zu äussern, was sie über sich und ihr Leben zu sagen haben, was ihnen wichtig ist</li> <li>→ hilft, die Bedeutung hinter den Aussagen der Patienten zu verstehen (Quellen 13,28,40)</li> <li>→ hilft Patienten ihre Ziele und Therapiepräferenzen</li> </ul> </li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>zu äussern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „<b>Theorie des sozialen Vergleichs (Festinger, 1954)</b>“ mit anderen Patienten (Quellen 52,53)<br/>→ verhilft, die eigene Situation zu relativieren und zu sehen, dass es anderen sogar noch schlechter geht, oder dass Besserung möglich ist</li> <li>• <b>Aufmerksamkeit des Therapeuten als Zeichen des sich kümmerns um den Patienten</b><br/>→ Aufmerksamkeit durch physischen Präsenz, Zuhören, Beobachten, Antworten ist notwendiges Element, um eine erfolgreiche therapeutische Beziehung zu entwickeln (Quellen 1,4,13,40)</li> </ul>   |
| <p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b><br/>Wird Triangulierung angegeben, nach:</p> <p>Quellen: <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein<br/> Daten: <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein<br/> Methoden: <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein<br/> Forscher X ja <input type="checkbox"/> nein<br/> Theorien X ja <input type="checkbox"/> nein?</p> <p>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <p>X ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Studie baut lediglich auf den Wahrnehmungen und Aussagen zweier Personen ab</li> <li>- es wurde nur Interviews durchgeführt, keine anderen Methoden verwendet</li> <li>+ auf um Verlässlichkeit der Daten zu garantieren, wurden Originaltranskript und Analyse einem Kollegen unterbreitet</li> <li>+ die Analyse wurde nach der Prüfung durch den Kollegen überarbeitet</li> <li>- es werden keine Angaben zur Person / Beruf / Unabhängigkeit dieses Kollegen gemacht</li> <li>+ es wurden verschiedene Theorien und Studien einbezogen, um die Erkenntnisse zu untermauern</li> <li>+ die transkribierten Interviews wurden erst verwendet, nachdem Leah und Dan bestätigt hatten, dass keine Korrekturen notwendig waren</li> </ul> |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b><br/>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?<br/>X ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlich Begrenzungen der Studie?</p>   | <p><b>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlich Begrenzungen der Studie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn der/die Therapeut/in ihr funktionelles Wissen der Handtherapie mit ergotherapeutischen Prinzipien der Zusammenarbeit verbindet, können Patient und Therapeut Sinn und Bedeutung finden im Therapieprozess</li> <li>• Die <b>Kommunikations-Skills</b> der Therapeutin Leah helfen Dan, sich am Therapieprozess zu beteiligen und zu einem Mitarbeiter der eigenen Erholung zu werden</li> <li>• Therapie ist kein Einweg-Prozess, sondern ein gegenseitiger Austausch zwischen „Gleichwertigen“ (Quellen 12,13); in einem immer</li> </ul>  |



|  |   |
|--|---|
|  | <p>wiederkehrenden Prozess entwickelt die Therapeutin ein Verständnis der Patientenperspektive, beschafft sich und dem Patienten Informationen und arbeitet mit dem Patienten an gemeinsamen Zielen (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch diesen Prozess kann sichergestellt werden, dass der Patient seine Rolle als „Gleichwertiger“ wahrnimmt und annehmen kann</li> <li>• die Studie bekräftigt das Argument Mattingly's (Quellen 7,8), dass eine von Therapeutin und Patient geteilte Therapiegeschichte als ein Beweis für eine positive therapeutische Beziehung angesehen werden kann</li> </ul> <p><b><u>Kommunikations-Skills der Studie:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Humor als beziehungsaufbauendes Mittel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ hilft Patienten und Therapeuten beim Beziehungsaufbau, genügt aber nicht, um eine Beziehung zu festigen oder vertiefen</li> </ul> </li> <li>• <b>Verwendung harmloser aber echter Gesprächsthemen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ schaffen eine Atmosphäre der Wechselseitigkeit und Gleichberechtigung (49), welche die für die ergotherapeutische Arbeitsweise so wichtige gemeinsame und gleichberechtigte Problemlösung ermöglicht und unterstützt (Quellen 1,10)</li> <li>→ Alltagsgespräche können als Fundament für den Vertrauensaufbau dienen (Quelle 39), wenn Therapeuten sich mit echtem Interesse daran beteiligen und dem Patienten vermitteln, dass sie ihm ebenfalls Persönliches anvertrauen</li> </ul> </li> <li>• <b>als Therapeut zuhören können</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ermöglicht Patienten, zu äussern, was sie über sich und ihr Leben zu sagen haben, was ihnen wichtig ist</li> <li>→ hilft, die Bedeutung hinter den Aussagen der Patienten zu verstehen (Quellen 13,28,40)</li> <li>→ hilft Patienten ihre Ziele und Therapie-Präferenzen zu äussern und schafft dadurch die Voraussetzungen für Klientenzentrierung in Behandlungsplanung, -Durchführung und – Evaluation</li> </ul> </li> <li>• <b>Aufmerksamkeit des Therapeuten als Zeichen des Sich-kümmerns um den Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Aufmerksamkeit durch physischen Präsenz,</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Zuhören, Beobachten, Antworten ist notwendiges Element, um eine erfolgreiche therapeutische Beziehung zu entwickeln (Quellen 1,4,13,40)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- von den Autoren werden keine Limitierungen benannt</li> <li>- mögliche Limitierung ist die Einzelfall-Situation und</li> <li>- die auserwählte Therapeuten-Patienten-Kombination;</li> <li>- möglicherweise sind in anderen Beziehungen andere Aspekte der Beziehung relevant</li> </ul> |
|--|--|

### Kritische Besprechung qualitativer Studien

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*.

|   |
|---|
| <p>Dehn-Hindenberg, A. (2007)<br/> <b>Die Bedeutung von Kommunikation und Empathie im Therapieprozess: Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie</b><br/> E &amp; R Vol: 46 No: 7 Pp: 5-10 (German)</p> <p>Gesamtstudie:<br/> Dehn-Hindenberg, A. (2008)<br/> <u><a href="#">Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie</a></u><br/> Idstein: Schulz-Kirchner Verlag</p> |
|---|

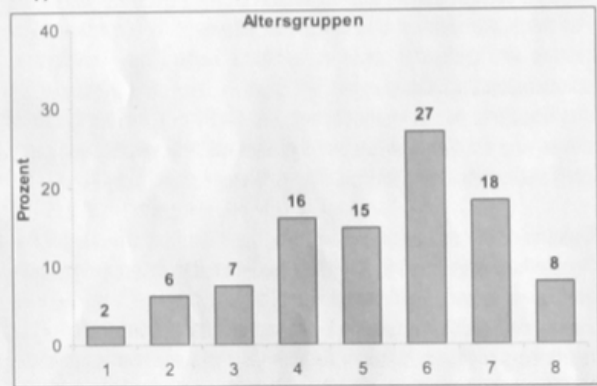
|   |   |
|---|---|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE:</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><i>X ja (Gesamtstudie) /<br/> X nein (vorliegende Studie)</i></p> | <p><b>Skizzierung des Zwecks der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Zweck der Studie wird in der vorliegenden Dokumentation nicht klar angegeben.</li> </ul> <p>Aus der Einleitung ist zu verstehen, dass es der Autorin der Studie darum geht, Patientenbedürfnisse bezüglich der ergotherapeutischen Behandlung aufzuzeigen und zu analysieren, um darauf aufbauend Hinweise für die Gestaltung des Therapieprozesses entwickeln zu können.</p> <p>Der Dokumentation der Gesamtstudie ist zu entnehmen, dass:</p> <p>„Analyse und Deskription der Patientenbedürfnisse im Kontext der Kommunikation von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in der Interaktion mit Patienten bezüglich der Erarbeitung und Vermittlung des Therapieplans, der Zielvereinbarung und der Anleitung therapeutischer Behandlungsinhalte“ (Dehn-Hindenberg, 2008) das zentrale Anliegen der</p> |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
|   | <p>vorliegenden Forschungsarbeit sind.</p> <p>Es sollen auf der Grundlage der gewonnenen Daten folgende Fragen beantwortet werden können:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Welche Aspekte der Interaktion und Kommunikation im Therapiekontext sind aus Patientensicht von besonderer Bedeutung für ein Gelingen und eine gute Bewertung der Therapie?“</li> <li>2. „Woran machen Patienten die fachliche Kompetenz ihrer Therapeuten fest?“</li> <li>3. „Welche kommunikativen und psycho-sozialen Kompetenzen müssen im Rahmen der akademischen Ausbildung der drei Berufe vermittelt werden?“ (Dehn-Hindenberg, 2008)erachten.</li> </ol>   |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p><i>Wurde die relevante Literatur gesichtet?</i></p> <p><input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>X unklar, ob für die Ergotherapie genügend relevante Literatur gesichtet worden war</i></p> <p><i>Welche Bereiche der ET wurden untersucht?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstversorgung</li> <li><input type="checkbox"/> Produktivität</li> <li><input type="checkbox"/> Freizeit</li> <li><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz</li> <li><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds</li> <li><input type="checkbox"/> Betätigung</li> </ul> <p><i>X den Therapieprozess unterstützende Faktoren</i></p> <p><i>X therapeutische Beziehung</i></p> | <p><b>Wie wurde die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt?</b></p> <p>Laut Autorin belegen Untersuchungen aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung einen Zusammenhang zwischen Patientenbedürfnissen und -zufriedenheit sowie der Bewertung der Therapie (Ruprecht, 2000; Keith, 1997)</p> <p>Das Wissen, die Erfahrungen und die Wünsche der Patienten gelten laut Hildebrand &amp; Martini (1999) als wichtige Faktoren für das Gelingen der therapeutischen Massnahmen, da die Wahrnehmung des Interaktionsprozesses mit Arzt oder Therapeuten die Qualität der erhaltenen Gesundheitsdienstleistungen beeinflusst.</p> <p>Studien belegen einen Zusammenhang zwischen subjektivem Glauben und belegbaren Outcomeparametern wie Heilungsverlauf und Therapiedauer. Die von den Patienten am häufigsten genannten Bedürfnisse liegen im psycho-emotionalen und kommunikativen Bereich. (Deck, 2001; Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam &amp; Freeman, 2003; Crow, Gage, Hampson, Kimber, Storey &amp; Thomas, 20002)</p> <p>Eine Untersuchung der Patientenbedürfnisse und deren Bewertung ist nach Ansicht der Autorin der Studie sinnvoll, um die Prozessgestaltung der Behandlung an den Präferenzen der Patienten auszurichten.</p> |
|   | <p><b>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf die Ergotherapie und/oder meine Forschungsfrage?</b></p> <p>Die Studie untersucht Patientenbedürfnisse und Patientenwahrnehmungen in Bezug auf den ergotherapeutischen Therapieprozess und das Therapieoutcome.</p>   |
| <p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p>   | <p><b>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</b></p>  |

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kohortenstudie</li> <li><input type="checkbox"/> Einzelfall-Design</li> <li><input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design</li> <li><input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie</li> <li><u>X Querschnittsstudie</u></li> <li><u>X explorative deskriptive Studie</u></li> <li><input type="checkbox"/> Fallstudie</li> </ul> | <p>Die Studie basiert auf einer Befragung von Patienten der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie welche über einen Fragebogen zu verschiedenen Dimensionen der Patientenbedürfnisse, Therapeutenverhalten und Parametern des Therapieerfolges durchgeführt wurde. Die Befragung wurde im Zeitraum Mai-September 2005 durchgeführt.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie basieren auf 177 ausgewerteten Fragebögen von Patienten der Ergotherapie.</p> <p>Laut Law et al. (2005) wird eine Querschnittsstudie durchgeführt, „um zu erforschen, welche Faktoren sich auf einen bestimmten resultierenden Zustand bei einer Gruppe von Personen ausgewirkt haben könnten. Umfragen, Fragebogen und Interviews sind übliche Methoden bei Querschnitts-Studien“.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Laut (Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch &amp; Westmorland, 1998) eignet sich eine eher exploratorische Methode, z.B. eine Fallstudie oder ein Querschnitts-Design, wenn über ein Thema wenig bekannt ist.</li> <li>+ z.B. Fall-Kontroll-Studien und Querschnittsstudien eignen sich eher bei Untersuchungen, deren Zweck es ist, mehr über ein Thema herauszufinden (Law et al., 1998)</li> </ul> <p>„Manche Forscher zählen offen formulierte Umfragen und Fragebogen zu den qualitativen Methoden, wenn deren primäre Absicht ist, den Teilnehmern/Klienten zuzuhören oder von ihnen etwas über das interessierende Thema zu lernen.“ (Law, Stewart, Letts, Pollock, Bosch &amp; Westmorland, 1998 )</p> <p>Der benutzte Fragebogen wurde eigens für die Untersuchung erstellt, da „validierte Befragungsinstrumente und Fragebögen für diesen hier untersuchten Kontext und zu dieser Fragestellung der Kommunikation und Interaktion im Behandlungsprozess (...) bislang nicht zur Verfügung stehen.“ (Dehn-Hindenberg, 2008)</p> <p>Die Konstruktion des Fragebogens erfolgte auf Grundlage der Ergebnisse einer qualitativen Befragung bezüglich zentraler, aus Patientensicht sinnvoller und Erfolg versprechender Therapieaspekte, welche mittels Leitfaden gestützten Interviews erhoben wurde. Die Kriterien für den Kommunikations- und Interaktionsprozess wurden nach qualitativer Methodik aus den Interviewdaten generalisiert. (Dehn-Hindenberg, 2008)</p> <p><b>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</b></p> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Verzerrung der Ergebnisse findet kann durch den hohen Anteil an Langzeitpatienten (67%), Patienten über 50 Jahren (68%) sowie Patienten mit CVI (43%) stattfinden.</li> </ul> <p>Die Studienergebnisse beziehen sich somit in über der Hälfte der Fälle auf Aussagen von über 50-jährigen Langzeit-patienten, welche häufig von einem CVI betroffen waren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laut (Dehn-Hindenberg, 2008) entspricht die Altersstruktur der Umfrage in der Tendenz derjenigen von 16 teilnehmenden Praxen (Ergo / Physio / Logo gemischt); die Ergebnisse können repräsentativ sein, gesichert ist die Repräsentativität jedoch nicht</li> </ul> <p><u>Systematische Fehler bei Stichprobe / Auswahl:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Teilnahme an der Studie beruhte auf Freiwilligkeit; eine repräsentative Stichprobe wird dadurch nicht gesichert</li> </ul> <p><u>Systematische Fehler beim Messen / Ermitteln:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Fragebogen wird zum Teil aus der Erinnerung ausgefüllt; der momentane Zustand kann ein früheres Erleben beeinflussen (laut Law et al., 1998) „erinnern sich Menschen an Zuversicht vermittelnde oder positive Dinge mehr als an negative, und dadurch können die Ergebnisse einer Studie zugunsten jener Personen ausfallen, die über einen Punkt befragt oder die behandelt wurden“</li> </ul> |
| <p><b>STICHPROBE</b></p> <p>N= 177<br/>da nicht jede Frage von allen Teilnehmern der Studie beantwortet wurde, reduziert sich N bei einzelnen Auswertungen</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?<br/><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?<br/><input type="checkbox"/> ja / <input checked="" type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> entfällt</p> | <p><b>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</b></p> <p>Der Fragebogen für die Gesamtbefragung (Ergotherapie, Physio-therapie und Logopädie) wurde bundesweit an 50 Praxen versandt. Die Praxen verteilten die Fragebogen an Patienten. <b>Die Teilnehmenden Praxen organisierten die Verteilung selbstständig.</b></p> <p><b>An der Befragung nahmen 21 Ergotherapiepraxen teil. Die ausgefüllten Fragebogen wurden von den Patienten verschlossen in der Praxis abgegeben.</b></p> <p>Insgesamt wurden 647 gültige Fragebögen abgegeben; 377 von Physiotherapie-, 177 von Ergotherapie- und 93 von Logopädie-patienten.</p> <p>Auf die Ergotherapie bezogen, haben an der Befragung 56% Frauen (was 94 Frauen und 83 Männer entspricht) teilgenommen.</p>   |

Abb. 1: Altersgruppen (Prozentangaben gerundet; Gruppe 1 = 18-19 Jahre, Gruppe 2 = 20-29 Jahre, Gruppe 3= 30-39 Jahre, usw.)



Der Anteil an Patienten ab 50 Jahren betrug 68%, derjenige an Patienten über 60 Jahre belief sich auf 53%.

Die grösste Altersgruppe mit 27% stellt die Gruppe der 60-69 Jährigen dar, gefolgt von der Altersgruppe 70-79 jährige.

67% der Patienten waren Langzeitpatienten mit über 20 Behandlungen; 21% waren bis zum Zeitpunkt der Befragung bis zu 20 mal, 12% der Patienten bis zu 6 mal in Behandlung. (gezählt wurde in Therapieeinheiten)

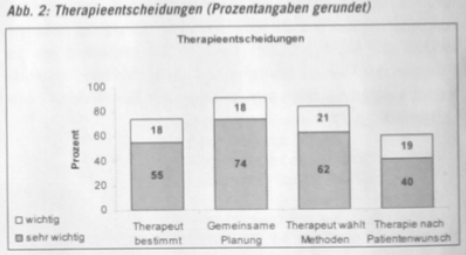
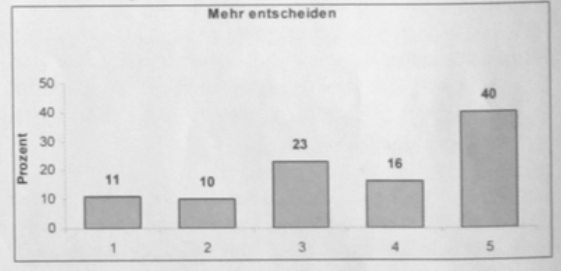
Als Therapieursachen genannt wurden (Prozentangaben in Studie gerundet):

- 43% Schlaganfall
- 17% Arthrose
- 12% psychische Probleme
- 9% Erkrankung / Verletzung der Schulter
- 5% Erkrankungen des Rückens
- 3% Demenz
- 2% Muskelerkrankungen
- 2% Krebs
- 2% Verletzung / Erkrankung der Beine
- 6 % andere Gesundheitsprobleme

#### Kritik:

- in der Studie werden die 43% Schlaganfallpatienten mit N=173 gleichgesetzt. Es ist nicht nachzuvollziehen, auf welche Gesamtzahl (100% = 402) sich dieses N bezieht!
- die Stichprobengrösse bzw. -zusammenstellung wird nicht begründet
- es wird nicht angegeben, warum die Studie sich zur

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Hauptsache auf Aussagen von über 50-jährigen Langzeitpatienten, welche häufig von einem CVI betroffen waren, bezieht (Zufall oder gewollt?)</p> <p>– ausser dem Mindestalter von 18 Jahren werden keine Auswahlkriterien bzw. Ausschlusskriterien benannt</p>  |
| <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br/> X nicht angegeben</p>   | <p><b>Beschreibung des Ethik-Verfahrens:</b><br/> es werden keine Angaben zum Ethikverfahren gemacht</p>  |
| <p><b>ERGEBNISSE (OUTCOMES)</b></p> <p>Waren die Outcome-Messungen zuverlässig (reliabel)?<br/> X ja / <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die Outcome-Messungen gültig (valide)?<br/> X ja / <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</b></p> <p>Die „Untersuchung stellt ein erstes Untersuchungsmodell für die Analyse von Patientenpräferenzen und Bewertungen der Interaktion mit den Therapeuten dieser Berufsgruppen in Deutschland dar. Bezüglich der Aussagefähigkeit und Validität dieser Erhebung konnten im Vorfeld noch keine konkreten Vorhersagungen getroffen werden.“ (Dehn-Hindenberg, 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Outcomes wurden klar beschrieben; in (Dehn-Hindenberg, 2008) wird der Fragebogen, welcher an die Patienten verteilt wurde, angehängt, wodurch verständlich wird, worauf sich die Ergebnismwerte beziehen</li> <li>• die Messungen sind insofern vertrauenswürdig, als dass die Fragebogen von den Teilnehmern in Abwesenheit der Therapeutin ausgefüllt und anonymisiert abgegeben wurden</li> <li>• die erhaltenen Daten beruhen auf der Empfindung und Einschätzung der Teilnehmer selbst. Dadurch konnte eine Verzerrung der Ergebnisse durch mögliche Interpretation einer Messperson vermieden werden.</li> <li>• die Masse der Outcomes beziehen sich auf die Klient-Therapeutin-Beziehung bzw. diese Beziehung beeinflussende Faktoren, welche direkt und indirekt einen Einfluss haben auf die Durchführungsqualität einer Tätigkeit (occupational performance); dadurch sind sie für die ergotherapeutische Praxis von Relevanz</li> </ul> <p><u>Reliabilität</u><br/> Laut Aussage der Autorin ist die interne Konsistenz der Reliabilität des Fragebogens gegeben.</p> <p>Der Reliabilitätskoeffizient der Fragen nach den Patienten-bedürfnissen und den Bewertungen der Therapieinhalte ist mit 0.906 sehr hoch.<br/> Die Frage nach den Entscheidungen im Therapieprozess erreicht nur einen niedrigen Wert von 0.37. (Dehn-</p> |

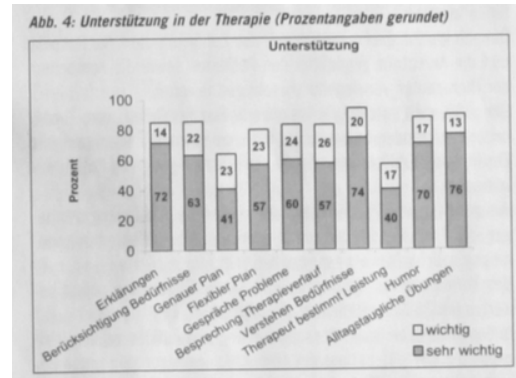
|   | <p>Hindenberg, 2008)</p> <p><b>Variabilität</b></p> <p>„Die aus Patientensicht zentralen Faktoren der Patienten-Therapeuten-Interaktion wurden für den Fragebogen mittels Faktorenanalyse identifiziert. Die Dimensionen mit den stärksten Faktorladungen sind (...) ein umfassendes Informationsverhalten, die Bestimmung der Therapiegestaltung, die Methodenwahl seitens des Therapeuten und eine empathische, auf die Patientenbedürfnisse eingehende Zugewandtheit. Des weiteren weisen alle Kommunikations- und Erklärungsfragen sowie klare Handlungsanweisungen durch den Therapeuten einen hohen Zusammenhang auf. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass diese Dimensionen valide sind.“ (Dehn-Hindenberg, 2008)</p> <p>Laut (Dehn-Hindenberg, 2008) weist der Fragebogen einen Regressionswert von <math>r^2 = 0.719</math> auf.</p> |                      |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
|---|--|----------------------|--------------|------------------|--------------------|------------------------|----|----------------------|----|------------------|--------------------------|-------------------|----|-------------------------------|----|----|
| <p><b>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit):</b></p> <p><b>Therapieentscheidungen</b></p> <p>„Wie wichtig ist Ihnen im Umgang mit Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeut, dass:“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapeut bestimmt</li> <li>▪ Gemeinsame Planung</li> <li>▪ Therapeut wählt Methoden</li> <li>▪ Therapie nach Patientenwunsch</li> </ul> | <p><b>Listen Sie die verwendeten Messungen auf:</b></p> <p>Likert-Skala mit 4 Ausprägungen</p> <p>Abb. 2: Therapieentscheidungen (Prozentangaben gerundet)</p>  <table border="1"> <caption>Abb. 2: Therapieentscheidungen (Prozentangaben gerundet)</caption> <thead> <tr> <th>Entscheidungsmethode</th> <th>sehr wichtig</th> <th>wichtig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Therapeut bestimmt</td> <td>55</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Gemeinsame Planung</td> <td>74</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Therapeut wählt Methoden</td> <td>62</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Therapie nach Patientenwunsch</td> <td>40</td> <td>19</td> </tr> </tbody> </table>   | Entscheidungsmethode | sehr wichtig | wichtig          | Therapeut bestimmt | 55                     | 18 | Gemeinsame Planung   | 74 | 18               | Therapeut wählt Methoden | 62                | 21 | Therapie nach Patientenwunsch | 40 | 19 |
| Entscheidungsmethode  | sehr wichtig   | wichtig              |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| Therapeut bestimmt  | 55   | 18                   |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| Gemeinsame Planung  | 74   | 18                   |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| Therapeut wählt Methoden  | 62   | 21                   |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| Therapie nach Patientenwunsch   | 40   | 19                   |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| <p><b>Mehr Entscheidungsmöglichkeiten bei einer neuen Therapie</b></p>  | <p>Likert-Skala mit 5 Ausprägungen</p> <p>Abb. 3: Mehr Entscheidungsmöglichkeiten (Prozentangaben gerundet; Legende: 1 = sehr wichtig, 2 = weitgehend wichtig, 3 = zum Teil wichtig; 4 = kaum wichtig; 5 = nicht wichtig)</p>  <table border="1"> <caption>Abb. 3: Mehr Entscheidungsmöglichkeiten (Prozentangaben gerundet)</caption> <thead> <tr> <th>Wichtigkeit (1-5)</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 (sehr wichtig)</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2 (weitgehend wichtig)</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>3 (zum Teil wichtig)</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>4 (kaum wichtig)</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>5 (nicht wichtig)</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>   | Wichtigkeit (1-5)    | Prozent      | 1 (sehr wichtig) | 11                 | 2 (weitgehend wichtig) | 10 | 3 (zum Teil wichtig) | 23 | 4 (kaum wichtig) | 16                       | 5 (nicht wichtig) | 40 |                               |    |    |
| Wichtigkeit (1-5)   | Prozent  |                      |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| 1 (sehr wichtig)  | 11   |                      |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| 2 (weitgehend wichtig)  | 10   |                      |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| 3 (zum Teil wichtig)  | 23   |                      |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| 4 (kaum wichtig)  | 16   |                      |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |
| 5 (nicht wichtig)   | 40   |                      |              |                  |                    |                        |    |                      |    |                  |                          |                   |    |                               |    |    |



### Unterstützung in der Therapie

- Erklärungen
- genauer Therapieplan
- flexibler Therapieplan
- Berücksichtigung Bedürfnisse
- Gespräche
- Gesundheitsprobleme
- Besprechung Therapieverlauf
- Übungszweck bekannt
- Vertrauen
- Verständnis
- Therapeut bestimmt Leistung
- Humor
- alltagstaugliche Übungen

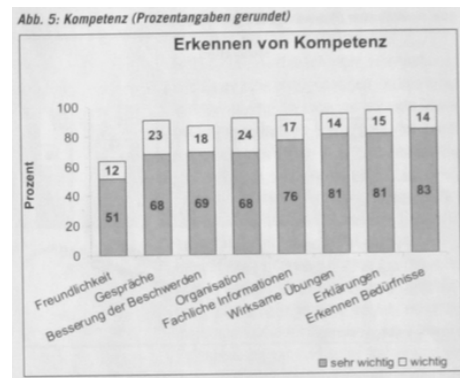
### Likert-Skala mit 10 Ausprägungen



### Therapeutenkompetenz

- Freundlichkeit
- Therapieorganisation
- Gespräche
- fachliche Information
- Erklärungen
- Erkennen von Bedürfnissen
- Besserung der Beschwerden
- Wirksame Übungen

### Likert-Skala mit 8 Ausprägungen

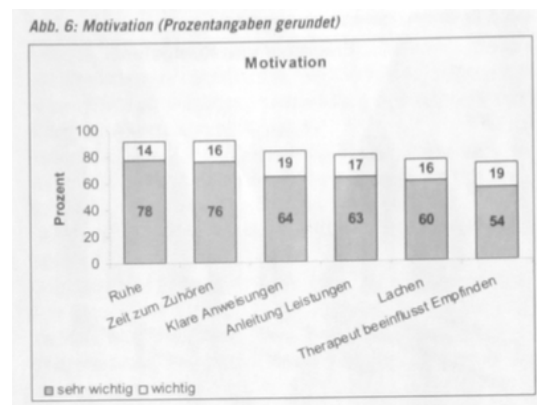


### Motivation und Arbeitsatmosphäre

„Wie soll sich Ihre Therapeutin / Ihr Therapeut verhalten, damit Sie sich in der Therapie wohl fühlen und gut mitarbeiten können?“

- Zuhören
- Ruhe und Sachlichkeit
- Interesse an Lebensumständen
- Therapeut erzählt von sich
- gute Leistungen
- Lachen
- Anweisungen
- Therapeut beeinflusst Patientengefühl
- Bedeutung der Freundlichkeit

### Likert-Skala mit 6 Ausprägungen



| <p><b>Erwartungen an Therapeutenverhalten</b><br/> <i>„Was soll Ihre Therapeutin / Ihr Therapeut unbedingt tun, damit ihre Therapie gelingt?“</i></p>  | <p>offene Fragestellung</p>  |           |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
|--|--|-----------|--------------|---------|-------------------------|----|----|---------------------------|----|----|--|----|----|----------------|----|----|---------------------|----|----|--------------------------|----|----|-------------|----|----|------------|----|----|---------------------------|----|----|-------------|----|----|-----------------------|----|----|-----------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|----------------|---|----|
| <p><b>Patientenbeitrag für den Therapieerfolg</b><br/> <i>„Was können Sie als Patientin / Patient beitragen, damit ihre Therapie gelingt?“</i></p>   | <p>offene Fragestellung</p>  |           |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| <p><b>Therapieerfolg aus Sicht des Patienten</b><br/> <i>„Ihre Therapie ist gelungen, wenn:“</i></p>   | <p>offene Fragestellung</p>  |           |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| <p><b>Bewertung der Therapieinhalte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Info Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Info Krankheitsauswirkungen</li> <li>▪ Info Selbsthilfe</li> <li>▪ Erklärungen</li> <li>▪ Berücksichtigung von Wünschen</li> <li>▪ Therapieziel</li> <li>▪ Therapeutenkompetenz</li> <li>▪ Freundlichkeit</li> <li>▪ Zuhören</li> <li>▪ Respekt</li> <li>▪ Therapie geholfen</li> <li>▪ als Mensch akzeptiert</li> <li>▪ Einfühlungsvermögen</li> <li>▪ Ermutigung</li> <li>▪ Verständnis</li> </ul> | <p>Likert-Skala mit 15 Ausprägungen</p> <p>Abb. 7: Bewertung der Therapiekriterien (Prozentangaben gerundet)</p> <table border="1"> <caption>Bewertung Therapiekriterien</caption> <thead> <tr> <th>Kriterium</th> <th>sehr gut (%)</th> <th>gut (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Informationen Krankheit</td><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>Informationen Selbsthilfe</td><td>30</td><td>53</td></tr> <tr><td>Informationen Behandlungsmöglichkeiten</td><td>27</td><td>55</td></tr> <tr><td>Therapieerfolg</td><td>24</td><td>54</td></tr> <tr><td>Einfühlungsvermögen</td><td>27</td><td>59</td></tr> <tr><td>Berücksichtigung Wünsche</td><td>28</td><td>63</td></tr> <tr><td>Erklärungen</td><td>23</td><td>66</td></tr> <tr><td>Ermutigung</td><td>24</td><td>68</td></tr> <tr><td>Angemessenes Therapieziel</td><td>24</td><td>69</td></tr> <tr><td>Verständnis</td><td>25</td><td>71</td></tr> <tr><td>Als Mensch akzeptiert</td><td>14</td><td>83</td></tr> <tr><td>Kompetenz</td><td>14</td><td>84</td></tr> <tr><td>Zuhören</td><td>13</td><td>84</td></tr> <tr><td>Respekt</td><td>12</td><td>84</td></tr> <tr><td>Freundlichkeit</td><td>9</td><td>90</td></tr> </tbody> </table> | Kriterium | sehr gut (%) | gut (%) | Informationen Krankheit | 35 | 38 | Informationen Selbsthilfe | 30 | 53 | Informationen Behandlungsmöglichkeiten | 27 | 55 | Therapieerfolg | 24 | 54 | Einfühlungsvermögen | 27 | 59 | Berücksichtigung Wünsche | 28 | 63 | Erklärungen | 23 | 66 | Ermutigung | 24 | 68 | Angemessenes Therapieziel | 24 | 69 | Verständnis | 25 | 71 | Als Mensch akzeptiert | 14 | 83 | Kompetenz | 14 | 84 | Zuhören | 13 | 84 | Respekt | 12 | 84 | Freundlichkeit | 9 | 90 |
| Kriterium  | sehr gut (%)   | gut (%)   |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Informationen Krankheit  | 35   | 38        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Informationen Selbsthilfe  | 30   | 53        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Informationen Behandlungsmöglichkeiten   | 27   | 55        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Therapieerfolg   | 24   | 54        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Einfühlungsvermögen  | 27   | 59        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Berücksichtigung Wünsche   | 28   | 63        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Erklärungen  | 23   | 66        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Ermutigung   | 24   | 68        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Angemessenes Therapieziel  | 24   | 69        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Verständnis  | 25   | 71        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Als Mensch akzeptiert  | 14   | 83        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Kompetenz  | 14   | 84        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Zuhören  | 13   | 84        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Respekt  | 12   | 84        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| Freundlichkeit   | 9  | 90        |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |
| <p><b>MASSNAHMEN</b></p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?<br/> <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein /<br/> X nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?<br/> <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein /<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben /<br/> X entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p>   | <p><b>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es werden in der Studie (auch in der Gesamtstudie) keine Beschreibungen der Massnahmen, bzw. der Therapieinhalte gegeben</li> <li>- in der Erhebung der Klientendaten wird die Therapiedauer erfragt, jedoch wird in der Auswertung kein Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Beantwortung der Fragen aufgezeigt</li> </ul>   |           |              |         |                         |    |    |                           |    |    |  |    |    |                |    |    |                     |    |    |                          |    |    |             |    |    |            |    |    |                           |    |    |             |    |    |                       |    |    |           |    |    |         |    |    |         |    |    |                |   |    |

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein /<br><input type="checkbox"/> nicht angegeben /<br>X entfällt   |  |
| <p><b>ERGEBNISSE</b></p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein /<br>X nicht angegeben / <input type="checkbox"/> entfällt <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein /<br><input type="checkbox"/> nicht angegeben | <p><b>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</b></p> <p><b><u>Therapieentscheidungen</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 92% der Patienten bewerten eine gemeinsame Therapieplanung als wichtig oder sehr wichtig,</li> <li>• doch sollte der Therapeut nach Meinung der Mehrheit der Patienten die Methoden auswählen (83%) und</li> <li>• (73%) den Therapieverlauf bestimmen</li> <li>• 59% der Patienten befürworten eine Therapie, die nach ihren Wünschen gestaltet wird</li> </ul> <p><b><u>Mehr Entscheidungsmöglichkeiten bei einer neuen Therapie</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 56% lehnen mehr Entscheidungsmöglichkeiten weitgehend ab</li> <li>• 23% können sich mehr Entscheidungsmöglichkeiten teilweise vorstellen</li> <li>• 21% befürworten mehr Entscheidungsmöglichkeiten</li> </ul> <p><b><u>Unterstützung in der Therapie</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 94% empfinden das <i>Verstehen der Bedürfnisse</i> als wichtig oder sehr wichtig</li> <li>• 88% werten <i>alltagstaugliche Übungen</i> als wichtig oder sehr wichtig</li> <li>• 87% empfinden <i>Humor</i> als wichtig oder sehr wichtig</li> <li>• 85% empfinden die <i>Berücksichtigung der Bedürfnisse</i> als wichtig oder sehr wichtig</li> <li>• 86% werten <i>verständliche Erklärungen</i> darüber, was in der Therapie passiert als wichtig oder sehr wichtig</li> <li>• 84% werten <i>Gespräche über Probleme</i> als wichtig oder sehr wichtig</li> <li>• 83% werten <i>eine Besprechung des Therapieplans</i> als wichtig oder sehr wichtig</li> <li>• 80% empfinden einen <i>flexiblen Therapieplan</i>, der nach der Tagesform des Patienten gestaltet wird, als wichtig</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>oder sehr wichtig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 64% empfinden einen <i>Therapieplan der genau eingehalten wird</i> als wichtig oder sehr wichtig</li> <li>• 57% empfinden es als wichtig oder sehr wichtig, dass die <i>Therapeutin vorgibt</i>, was der Klient nach der Therapie können muss</li> </ul> <p><b><u>Therapeutenkompetenz</u></b></p> <p>um diese zu erkennen, werten als wichtig oder sehr wichtig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 97% das <i>Erkennen der Bedürfnisse des Klienten</i></li> <li>• 96% <i>verständliche Erklärungen</i></li> <li>• 95% <i>wirksame Übungen</i></li> <li>• 93% <i>fachliche Informationen</i></li> <li>• 92% <i>Organisation der Therapie</i></li> <li>• 91% <i>Art und Umfang der Gespräche</i></li> <li>• 87% <i>Besserung der Beschwerden</i></li> <li>• 63% <i>Freundlichkeit</i></li> </ul> <p><b><u>Motivation und Arbeitsatmosphäre</u></b></p> <p>als zur Mitarbeit motivierend wichtig oder sehr wichtig angegeben haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 92% Ruhe</li> <li>• 92% Zeit zum Zuhören</li> <li>• 83% klare Anweisungen</li> <li>• 80% zu Leistung anleiten</li> <li>• 76% mit dem Patienten lachen</li> <li>• 73% Verhalten der Therapeutin (trägt zum gesundheitlichen Empfinden bei)</li> </ul> <p>– für die Umfrageergebnisse werden keine Signifikanzen angegeben</p> <p>– in der Gesamtstudie wird angegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ welche Korrelationen zwischen Patientenmerkmalen und Bedürfnissen mit der Therapiebewertung bestehen</li> <li>▪ welche Therapiekriterien für die Gesamtbewertung von zentraler Bedeutung sind</li> <li>▪ welche Zusammenhänge mit dem Verständnis des Therapeuten, mit der Kompetenz, mit dem Therapieerfolg und mit Entscheidungen bestehen</li> </ul> <p>– die angegebenen (signifikanten) Korrelationen</p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>beziehen sich auf die Gesamtstudie; es werden keine Ergotherapie-spezifische Signifikanzen angegeben</p> <p>– es werden keine Ergotherapie-spezifische Aussagen bezüglich signifikanter Korrelationen gemacht</p>  |
| <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>   | <p><b>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</b></p> <p>Laut der Autorin der Studie belegen „die Ergebnisse der Studie die Bedeutung der Kommunikation und der psychologischen Kompetenzen der Therapeuten, um eine vertrauensvolle Therapeut/Patient-Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten.“ (Dehn-Hindenberg, 2007)</p> <p>Die Wirksamkeit der von der Therapeutin angewandten Methodik wird nach Meinung der Autorin der Studie von den Patienten vorausgesetzt. „Die Bewertung der Therapie erfolgt jedoch aufgrund der Erfahrungen in der Interaktion mit den Therapeuten.“ (Dehn-Hindenberg, 2007)</p> <p>Der Austausch über Therapieinhalte, verständliche Vermittlung von Informationen und Gespräche über persönliche Anliegen und Bedürfnisse des Patienten ermöglichen den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. „In Verbindung mit einem empathischen Eingehen auf die Persönlichkeit sind dies die erforderlichen „Zutaten“, damit die Therapieübungen und therapiefördernde Verhaltensweisen von Patienten ausgeführt und mitgestaltet werden.“ (Dehn-Hindenberg, 2007)</p> |
| <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja / <input checked="" type="checkbox"/> nein</p>  | <p><b>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</b></p>   |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN U. KLINISCHE IMPLIKATIONEN</b></p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> | <p><b>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</b></p> <p>„Diese von den Patienten der Ergotherapie geäußerten Bedürfnisse erfordern neben der therapeutischen Fachkompetenz eine hohe psychosoziale und kommunikative Kompetenz der Therapeuten. Gemäss den Ergebnissen sollte die Therapie aus Patientensicht eingebettet sein in eine Atmosphäre der Menschlichkeit mit dem Patienten als Mittelpunkt des Geschehens, der informiert, in die Therapieplanung eingebunden und von einem Therapeuten behandelt wird, der einfühlsam die Therapiemethodik auswählt und die Übungen entsprechend den Bedürfnissen gestaltet.“ (Dehn-Hindenberg, 2007)</p> <p>„Für Ergotherapeuten stellt sich gemäss den hier vorliegenden Ergebnissen die Frage, ob Patienten verstärkt in den Entscheidungsprozess einbezogen werden sollten,</p>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>um sie zu ermutigen, sich stärker als bisher als Partner im Therapieprozess zu sehen und weniger als passiver Patient, der die Anweisungen des Therapeuten befolgt.“ (Dehn-Hindenberg, 2007)</p> <p>Laut der Autorin der Studie zeigt der Wunsch der Patienten, dass der Therapeut die Methoden festlegen und gemäss den individuellen Bedürfnissen des Patienten auswählen soll, dass die Patienten eine eher passive Rolle einnehmen. Dies berge die Gefahr, dass Patienten bei Nichtgefallen die Übungsauswahl kritisieren und der Therapeut in eine Rolle des Anbieters kommt, der stets eine vom Patienten akzeptierte Übung aus dem Hut zaubern soll. (Dehn-Hindenberg, 2007)</p> <p>Wenn Patienten verstärkt über die Wirkungsweise von Übungen informiert und zur Übernahme von Verantwortung bei Entscheidungen motiviert werden können, hat dies den Vorteil, dass sie den Therapieprozess bewusst mitgestalten, Entscheidungen mittragen und unterstützen.</p> <p><u>Kritik:</u></p> <p>Der hohe Anteil an Patienten im höheren Alter erklärt womöglich das Phänomen der eher passiven Haltung bezüglich Entscheidungsfindung und Mitgestaltung des Therapieprozesses. Die Wandlung der passiven Patientenrolle zu einer aktiven, gleichberechtigten Klientenrolle hat sich erst in den vergangenen Jahren vollzogen. Ältere Menschen mögen diesen Wandel in ihrem Rollenverständnis noch nicht vollzogen haben.</p> <p>Es stellt sich die Frage, ob Klientenzentriertheit nicht dann wirklich erfüllt wird, wenn die Therapeutin das Rollenverständnis des Klienten respektiert und ihr eigenes Rollenverhalten entsprechend anpasst, anstatt von ihm eine aktive, partnerschaftliche Klientenrolle zu fordern und ihn damit unter Umständen zu überfordern.</p> |
|--|---|

## Kritische Besprechung qualitativer Studien

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*.

Palmadottir, G. (2006)  
**Client-therapist relationships: experiences of occupational therapy clients in rehabilitation.**  
*British Journal of Occupational Therapy*; 69 (9): 394-401.

|  |   |
|--|---|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE:</b></p> <p><i>Wurde der Zweck klar angegeben?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p>  | <p><b>Skizzierung des Zwecks der Studie:</b></p> <p>Ziel der Studie ist die Erforschung der Erfahrungen, welche Klienten in der Ergotherapie in der Beziehung zu ihren Therapeutinnen gemacht haben, um eine detaillierte Beschreibung und ein Konstrukt der Klienten-Therapeutinnen-Beziehung zu gewinnen.</p>   |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p><i>Wurde die relevante Literatur gesichtet?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Welche Bereiche der ET wurden untersucht?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstversorgung</li> <li><input type="checkbox"/> Produktivität</li> <li><input type="checkbox"/> Freizeit</li> <li><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz</li> <li><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds</li> <li><input type="checkbox"/> Betätigung</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <u>Therapeutische Beziehung</u></li> </ul> | <p><b>Wie wurde die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt?</b></p> <p>Die Studie stellt die Analyse existierender Daten dar, welche für eine grössere Untersuchung (Erfahrungen der Klienten mit der Ergotherapie in der Rehabilitation) gewonnen wurden.</p> <p>Diese Studie hat ergeben, dass die Klienten-Therapeutinnen-Beziehung einer der Aspekte darstellte, welcher aus Klientensicht das Therapieoutcome am meisten beeinflusste.</p> <p>Aus diesem Grund hat die Forscherin entschieden, die Thematik genauer zu untersuchen.</p> <hr/> <p><b>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf die Ergotherapie und/oder meine Forschungsfrage?</b></p> <p>Die Studie erforscht die Klientensicht erwachsener Klienten bezüglich der therapeutischen Beziehung in der Ergotherapie.</p> |
| <p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ethnographie</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <u>Grounded Theory</u></li> <li><input type="checkbox"/> Partizipative Handlungsforschung</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <u>Phänomenologie</u></li> <li><input type="checkbox"/> andere</li> </ul>   | <p><b>Welches Design hatte die Studie? Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte?)</b></p> <p>Aufgrund der Angabe, dass die Datenanalyse nach dem Analyseprozess zur Grounded Theory von Strauss und Corbin (1998) durchgeführt wurde, ist davon auszugehen, dass es sich beim Studiendesign um eine Grounded Theory handelt.</p>  |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>Da keine wirkliche Theorie aus den Resultaten der Studie entwickelt wurde, kann das Design aber auch der Phänomenologie zugeordnet werden.</p>   |
| <p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> | <p><b>Beschreibung der theoretischen Perspektive der Studie:</b></p> <p>Der Beziehung zwischen Klient und Therapeutin wird in der Ergotherapie seit den Anfängen ihrer Geschichte eine grosse Bedeutung zugeschrieben. Im Verlauf der Zeit und mit dem Wachsen des klientenzentrierten Therapieverständnisses, hat das Konzept der therapeutischen Beziehung zunehmend an Interesse gewonnen.</p> <p>Klientenzentrierte Praxis ist (im kanadischen Raum) zu einem zentralen Konzept der ergotherapeutischen Philosophie geworden und wird so von den meisten Praxismodellen vertreten. Auch das Gesundheitswesen (in Kanada 2004) unterstützt eine klienten-zentrierte Haltung und betont den Einbezug der Patienten als aktive Partner.</p> <p>Studien (Hasselkus &amp; Dickie, 1994; Norrby &amp; Bellner, 1995; Rosa &amp; Hasselkus, 1996; Cole &amp; McLean, 2003) belegen, dass eine Beziehung besteht zwischen der Qualität der Beziehung zwischen Therapeutin und Klient und dem funktionalen Outcome der Therapie.</p> <p>Forschungsergebnisse aus der Physiotherapie belegen mit beachtenswerten Resultaten, dass humanistische Elemente wie Mitgefühl, Fürsorge, Empathie und aktives Zuhören das Therapieoutcome unterstützen (Halstead, 2001; Thorne et al. 2004)</p> <p>Verschiedene Studien belegen, dass Klienten der therapeutischen Beziehung in der Behandlung grosse Bedeutung zumessen und enttäuscht sind, wenn ihnen Therapeutinnen nicht auf einer persönlichen Ebene begegnen. (Corring &amp; Cook, 1999; McKinnon, 2000, Darragh et al. 2001, Pelloquin, 2003)</p> <p>In der Literatur werden 4 Schlüsselemente der Interaktion zwischen Therapeutin und Klient beschrieben: <i>Kollaboration, Kommunikation, Empathie und Verständnis.</i></p> <p>Cole &amp; McLean (2003) definieren, basierend auf den Erkenntnissen ihrer Studie, eine therapeutische Beziehung als vertrauensvolle Verbindung und enges Verhältnis zwischen Therapeut und Klient, das gebildet wird durch <i>Zusammenarbeit, Kommunikation, Empathie von Seiten des Therapeuten sowie gegenseitigem Verständnis und Respekt.</i></p> |
| <p><b>Verwendete Methoden:</b></p> <p><input type="checkbox"/> teilnehmende Beobachtung</p>   | <p><b>Beschreibung der Methode(n), die zur Beobachtung der Forschungsfrage verwendet wurde(n):</b></p> <p>Qualitative Studie mittels unstrukturierter Interviews zur</p>  |



|  |   |
|--|---|
| <p style="text-align: center;"><i>X Interview</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>historische Forschung</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Fokusgruppe</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>andere</i></p>  | <p>Gewinnung einer Beschreibung der von den Teilnehmern gemachten Erfahrungen</p>   |
| <p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b></p> <p><i>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</i></p> <p><i>X ja</i> <input type="checkbox"/> <i>nein</i></p> <p><i>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>ja</i> / <i>X nein</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>nicht angegeben</i></p> | <p><b>Beschreibung der Methode, die zur Zusammenstellung der Stichprobe verwendet wurde.</b></p> <p>An der Studie nahmen 20 erwachsene Klienten (10 Frauen, 10 Männer) unterschiedlichen Alters (21 – 70 Jahre; Hauptanteil zwischen 31-60 Jahren) aus drei isländischen Rehabilitationszentren teil.</p> <p>Alle Teilnehmer hatten an einer ergotherapeutischen Behandlung (während 6 Wochen bis 17 Monaten) teilgenommen.</p> <p>Die Diagnosen der Teilnehmer variierten; bei den Männern waren neurologische Probleme am häufigsten, während Frauen über muskuloskelettale und psychische Probleme berichteten. Erworbene Hirnverletzungen und mentale gesundheitliche Einschränkungen wurden ebenfalls angegeben.</p> <p>Potentielle Teilnehmer der Studie wurden von Ergotherapeutinnen der Rehabilitationszentren angefragt. Die Therapeutinnen identifizierten aus der Behandlung entlassene Klienten, welche zumindest 8 Ergotherapieeinheiten erhalten hatten und welche sie als fähig einschätzten, an der Studie teilnehmen zu können. Diese Einschlusskriterien galten für die Durchführung der vorgängigen Studie.</p> <p>Der erste Kontakt geschah durch die ehemals behandelnde Therapeutin, welche beim potentiellen Teilnehmer die Erlaubnis einholte, Namen und Telefonnummer in einer Teilnehmerliste einzutragen. Die Forscherin erhielt die Teilnehmerliste vom Ergotherapiedirektor jeder Institution und wusste aus diesem Grund nicht, welche Therapeutin welchen Klienten behandelt hatte.</p> <p>– Es wurden keine Angaben gemacht, ob beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen wurde</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p><i>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>   | <p><b>Beschreibung des Ethik-Verfahrens:</b></p> <p>Bei einem Treffen mit jedem Teilnehmer erklärte die Forscherin die geplante Studie im Detail und sicherte strikte Vertraulichkeit im Umgang mit den gewonnenen Daten zu.</p> <p>Die Teilnehmer bestätigten mit ihrer Unterschrift wohlinformierte Zustimmung .</p> <p>Die Studie wurde genehmigt vom Icelandic National Bioethics Committee und der Privacy and Data Protection Authority in Island.</p>   |
| <p><b>DATENERHEBUNG</b></p> <p><b>Deskriptive Klarheit</b></p> <p><i>klare und vollständige Beschreibung von:</i></p> <p>Ort: <input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein<br/> Teilnehmern: <input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Referenzen des Forschers:</i></p> <p><input type="checkbox"/> ja / <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern:</i></p> <p><input type="checkbox"/> ja / <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing":)</i></p> <p><input type="checkbox"/> ja / <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> | <p><b>Beschreibung des den Kontexts der Studie. Genügte er, um das "Gesamtbild" zu verstehen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jeder Teilnehmer wurde 1 Mal interviewt, die Dauer der Interviews dauerte zwischen 30 Minuten und mehr als 1 Stunde</li> <li>• alle Interviews wurden bei den Studienteilnehmer zu Hause durchgeführt</li> <li>• es wurde darauf geachtet, die Interviews wie ein normales Gespräch erscheinen zu lassen; nach Kvale (1996) hatten Gesprächsführer sowie Teilnehmer die Möglichkeit, diesen Prozess zu kontrollieren</li> <li>• die Teilnehmer wurden während dem Interview gefragt, ihre Beziehung zu ihrer behandelnden Ergotherapeutin zu beschreiben</li> <li>• zusätzliche fügte die Forscherin offenen Fragen an , um eine umfassendere Beschreibung der Beziehung zu erhalten</li> </ul> <p><b>Beschreibung, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</b></p> <p>Die erhaltenen Informationen wurden auf Band aufgezeichnet und transkribiert. Von der Forscherin während dem Interview gemachte Beobachtungen wurden festgehalten.</p> <p>Es wurde keinerlei Gesundheitsdokumentation der Teilnehmer konsultiert.</p> <p><b>Kritik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es ist nicht bekannt, ob die Forscherin die Therapeutinnen der Studienteilnehmer oder die Teilnehmer selbst kennt</li> <li>- es werden keine Angaben gemacht zur Forscherin, zu ihrer persönlichen Einstellung der Forschungsthematik gegenüber</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Prozedurale Strenge</b><br/> Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreibung der Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das "Gesamtbild"?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jeder Teilnehmer wurde 1 Mal interviewt, die Dauer der Interviews dauerte zwischen 30 Minuten und mehr als 1 Stunde</li> <li>• alle Interviews wurden bei den Studienteilnehmer zu Hause durchgeführt</li> <li>• die Teilnehmer wurden gebeten, ihre Beziehung zu der sie behandelnden Ergotherapeutin zu beschreiben</li> <li>• zusätzliche fügte die Forscherin folgende offenen Fragen an , um eine umfassendere Beschreibung der Beziehung zu erhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wieviel Zeit verbrachten Sie mit ihrer Therapeutin?</li> <li>○ Was geschah während dieser Zeit zwischen Ihnen?</li> <li>○ Welche Rolle nahm die Therapeutin während der Aufgaben, an denen Sie gemeinsam arbeiteten, ein?</li> <li>○ Wie wurden Entscheidungen gefällt?</li> <li>○ Welche Wahlmöglichkeiten hatten Sie bezüglich der in der Therapie durchgeführten Aktivitäten?</li> <li>○ Wie wurden Sie informiert?</li> <li>○ In welchem Mass vertrauten Sie Ihrer Therapeutin und haben Sie sich auf Sie verlassen?</li> <li>○ Was haben Sie an Ihrer Therapeutin gemocht oder nicht gemocht und wie war Ihre Beziehung zu dieser Therapeutin im Vergleich zu anderen Fachpersonen?</li> </ul> </li> </ul> |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <p><b>DATENANALYSE</b></p> <p><b>Analytische Genauigkeit</b></p> <p>War die Datenanalyse induktiv?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p><br><p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegeln diese wider?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p>   | <p><b>Beschreibung der Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</b></p> <p>Für die Datenerhebung wurde ein umfassendes Codierschema verwendet, welches bei der Datenanalyse der Vorgängerstudie entwickelt worden war.</p> <p>Die Datenanalyse wurde nach dem Analyseprozess zur Grounded Theory von Strauss und Corbin (1998) geführt. Der Analyseprozess wird nach Angaben der Forscherin von Bogdan &amp; Bicklen (1998) ebenfalls als angemessen für eine deskriptive Analyse bezeichnet.</p> <p>Für diese Analyse wurden alle Daten in ATLAS.TI, ein Computer-programm, welches Codierung und Datenwegbeschreibung vornimmt, transferiert.</p> <p>Das verwendete Computerprogramm ermöglichte es, sämtliche Aussagen in einem File unterzubringen und trotzdem den Datenweg zu den zugehörigen Codes zu speichern. So konnte stets nachvollzogen werden, welche Aussage von welchem Teilnehmer gemacht worden war.</p>   |
| <p><b>Überprüfbarkeit</b></p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p><br><p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p><br><p>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</p> | <p><b>Beschreibung der Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzierung des angegebenen Prinzips der Entwicklung von Aussagen.</b></p> <p>Die Codierung des transkribierten Textes wurde durch das Computerprogramm ATLAS.TI vollzogen.</p> <p>Die generierten Schlüsselbezeichnungen (code labels) wurden überprüft und jene, welche mit der Therapeutin-Klient-Interaktion oder Beziehung in Verbindung gebracht werden konnten, wurden herausgesucht.</p> <p>In einem ersten Schritt wurde eine offene Codierung durchgeführt mit Codes, welche dem transkribierten Text entsprangen. Die Codes wurden sortiert und modifiziert, um 3 Hauptkategorien zu erhalten: Therapeutenrolle, Macht und Beziehung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kategorie „Therapeutenrolle“ enthielt alle Beschreibungen bezüglich des Verhaltens und der Haltung der Therapeutin, wenn sie mit dem Klienten interagierte.</li> <li>• Die Kategorie „Macht“ illustrierte den Einsatz des Klienten und sein Empfinden für die Kontrolle und den eigenen Einfluss auf den Therapieprozess.</li> <li>• Der Kategorie „Beziehung“ wurden die Empfindungen von Nähe und Vertrauen des Klienten bezüglich seiner Therapeutin zugeordnet, sowie das Empfinden für Gleichheit (Geben und Nehmen) zwischen sich und der behandelnden Therapeutin</li> </ul> <p>Der zweite Schritt der Analyse geschah nach Strauss und Corbin (1998) in einer axialen Codierung zur Schilderung von Eigenschaften und Geltungsbereich</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>jeder einzelnen Kategorie.</p> <p>Schlussendlich wurden Tabellen und Matrizen verwendet, um drei Kategorien zu verlinken und 7 verschiedene Beziehungsdimensionen zu bilden. Zusammen ergaben die 7 Dimensionen ein ganzheitliches Bild des Gesamtkonstrukts der therapeutischen Beziehung.</p>   |
| <p><b>Theoretische Verbindungen</b></p> <p><i>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</i></p> <p>X ja / <input type="checkbox"/> nein</p>  | <p><b>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreibung aller konzeptioneller Rahmen, die sich ergeben haben.</b></p> <p>Die Resultate der Studie wurden in Beziehung gesetzt zur Definition der therapeutischen Beziehung von Cole &amp; McLean (2003). Ebenfalls verglichen wurden die Resultate mit dem Verständnis der Kollaboration nach Cipriani (1999). Beide Definitionen konnten durch die Studienergebnisse der vorliegenden Studie gestützt werden. Gleichzeitig können die Studienergebnisse abgestützt werden auf die erwähnten Definitionen.</p> <p>Dem Konzept der Klientenzentrierung wird im Diskussionsteil Rechnung getragen. Die Ergebnisse der Studie bestätigen die Bedeutung der Klientenzentrierung für die Ergotherapie, weisen aber auch darauf hin, dass Klientenzentrierung als ein Konzept zu handhaben ist, das auf jeden Klienten individuell angepasst werden muss.</p> |
| <p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b></p> <p><i>Wird Triangulierung angegeben, nach:</i></p> <p>Quellen: X ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Daten: X ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Methoden: <input type="checkbox"/> ja / X nein</p> <p>Forscher: X ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Theorie:n X ja / X nein?</p> <p><i>Wurde "Member checking" benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</i></p> <p><input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p>X nicht angegeben</p> | <p><b>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</b></p> <p>Um die Glaubwürdigkeit der Studie zu erhöhen, wurde der analytische Prozess, die hinter den Kategorien stehenden Überlegungen und die gebildeten Beziehungsdimensionen mit erfahrenen Kollegen diskutiert und deren Kritik und Rückmeldungen einbezogen.</p>   |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p><i>Waren die Schlussfolgerungen den</i></p>   | <p><b>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)?</b></p> <p>Insgesamt wurde von den Teilnehmern berichtet, dass sie die Beziehung zu ihrer behandelnden</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p><i>Ergebnissen der Studie angemessen?</i><br/> <i>X ja <input type="checkbox"/> nein</i></p> <p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</i></p> | <p>Ergotherapeutin als sehr zufriedenstellend erlebten. Manche Teilnehmer empfanden ihre Beziehung als besonders tief und bereichernd und im Vergleich mit der Beziehung zu anderen Fachpersonen als vertrauensvoller und ungezwungener.</p> <p>Als Grund für diesen Unterscheid zu anderen Beziehungen wurde der ausgedehnte und länger währende Einzelkontakt mit der Ergotherapeutin angegeben.</p> <p>Die Ergebnisse fielen bis auf wenige widersprüchliche Aussagen klar aus.</p> <p>Von den meisten Teilnehmern wurde eine <b>fürsorgliche Haltung der Therapeutin</b> als notwendig erachtet, damit sie die Beziehung zwischen sich und ihrer Therapeutin als positiv erlebten.</p> <p>Als fürsorgliche Haltung wurden <b>Rücksichtnahme auf die Gefühle</b> und <b>Interesse für die Lebenssituation</b> des Klienten bezeichnet.</p> <p>In der Klient-Therapeutinnen-Beziehung konnten 7 Dimensionen identifiziert werden. Von den meisten Teilnehmern wurden mehrere dieser Dimensionen in ihrer Beziehung erkannt, jedoch eine dieser Dimensionen als besonders dominant erlebt.</p> <p>5 dieser Dimensionen wurden mit positiven Begriffen beschrieben, 1 Dimensionen als negativ und 1 Dimension als neutral bezeichnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anteilnahme</b> (concern) (+)</li> <li>• <b>Richtung</b> (direction) (+)</li> <li>• <b>Verbundenheit</b> (fellowship) (+)</li> <li>• <b>Führung</b> (guidance) (+)</li> <li>• <b>Bündnis, Allianz</b> (coalition) (+)</li> <li>• <b>Distanziertheit</b> (detachment) (+/-)</li> <li>• <b>Ablehnung</b> (rejection) (-)</li> </ul> <p><b>Anteilnahme</b> (concern)<br/> → für 3 Frauen ausschliessliche Dimension<br/> Die Therapeutinnen wurden als <b>warm, aufmerksam</b> und <b>rücksichtsvoll</b> bezüglich der Klientenbedürfnisse erlebt. Sie boten ihren Klienten <b>beständige Unterstützung</b> und schufen bei diesen ein <b>Gefühl der Sicherheit</b>, des <b>Wohlfühlens</b>.<br/> Klienten, welche diesen Aspekt der Beziehung besonders hervorhoben, sahen sich selbst als abhängig und beschrieben sich als passive Empfänger einer guten Fürsorge.</p> <p><b>Richtung</b> (direction)<br/> → für 5 Männer hauptsächlichliche Dimension</p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Die Therapeutin wurde als <b>Leitkraft</b> angesehen, <b>welche die meisten Entscheidungen trifft</b>.<br/> Nach Schilderung der Klienten übernahm die Therapeutin von sich aus die Kontrolle oder sie wurde ihm vom Klienten übergeben. In beiden Fällen waren die Klienten zufrieden mit dem Arrangement, da sie <b>Vertrauen</b> hatten in die Therapeutin und <b>überzeugt davon waren, dass diese wusste, was gut für sie war</b>. Die Beziehung wurde nicht als sonderlich nahe erlebt. Klienten hatten aber das Gefühl, sich jederzeit mit einem Anliegen an ihre Therapeutin wenden zu können, worauf diese für gewöhnlich ihr Anliegen vertrat und vorwärts brachte.</p> <p><b>Verbundenheit</b> (fellowship)<br/> → <i>für 5 Personen hauptsächliche Dimension;</i><br/> → <i>Dimension welche am häufigsten in Kombination mit anderen Beziehungsdimensionen genannt wurde</i><br/> Die Klienten erlebten eine <b>starke Verbundenheit</b> mit ihrer Therapeutin und hatten den Eindruck, dass diese Verbindung sowohl von ihnen selbst als auch von der Therapeutin ausging. Die Interaktionen mit der Therapeutin wurden als entspannt und natürlich erlebt, basierend auf <b>gegenseitiger Achtung, Engagement</b> und dem <b>Teilen persönlicher Erlebnisse</b>. Die Klienten beschrieben ihre Therapeutin als gute Freundin, an die sie sich jederzeit mit ihren persönlichen Anliegen wenden könnten. Therapeutinnen hörten mit echtem Interesse aufmerksam zu, beruhigten, ermutigten und unterstützten die Klienten. Entscheidungen wurden gemeinsam besprochen und getroffen, was von den Klienten als wichtig angesehen wurde.</p> <p><b>Beratung</b> (guidance)<br/> → <i>für 3 Teilnehmer hauptsächliche Beziehungsdimension</i><br/> Klienten empfanden, dass sie <b>selbst über Behandlungstempo und Behandlungsziele bestimmten</b>. Ein erhebliches Mass an Initiative und Verantwortung wurde vom Klienten übernommen. <b>Leitprinzip waren die Werte und Entscheidungen des Klienten</b>, welche von den Therapeutinnen akzeptiert wurden, solange ihre Sicherheit nicht gefährdet wurde. Die Therapeutin wurde in der <b>Rolle einer Beraterin oder Ratgeberin</b> gesehen, welche den Klienten darin unterstütz, in der Therapie zu erreichen, was er anstrebt. Klienten fühlten eine nahe Verbundenheit zu ihrer Therapeutin und sie beschrieben die Interaktion als entspannt, wie eine Freundschaft, basierend auf Gefühlen der Gleichwertigkeit, Achtung und Wärme.</p> |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
|  | <p><b>Bündnis, Allianz</b> (coalition)<br/> → <i>für 1 Person hauptsächliche Dimension</i><br/> Klienten hatten den Eindruck, dass sie <b>gemeinsam</b> mit der Therapeutin <b>klar definierte Ziele zu erreichen</b> versuchten, dass <b>Aufgaben klar zugeteilt</b> und die <b>Verantwortung geteilt</b> waren. Vom Therapieergebnis profitierten Klient und Therapeutin (durch Zuwachs an Erfahrung und Wissen), worüber sich beide einig waren. Klienten empfanden diese Dimension mehr als ein Arbeitsbündnis; sie erlebten die Beziehung als nahe und ungezwungen, charakterisiert durch Vertrauen, gegenseitiger Wertschätzung und Bewusstsein für die Fähigkeiten des anderen.</p> <p><b>Distanziertheit</b> (detachment)<br/> → <i>für zwei Frauen hauptsächliche Dimension</i><br/> Die Klienten empfanden <b>wenig Kontakt</b> und <b>fehlende Nähe</b> in der Beziehung und hatten den Eindruck, dass die <b>Therapeutin wenig interessiert war an einer Interaktion</b>. Die Klienten empfanden die Beziehung nicht als negativ und fühlten keine persönliche Abneigung der Therapeutin gegenüber. Die Therapeutinnen wurden als passiv erlebt und lieferten ihren Klienten nicht die notwendige Information über die Therapie. Klienten hatten den Eindruck, dass sie die Initiative in der Therapie zu übernehmen hatten.</p> <p><b>Ablehnung</b> (rejection)<br/> → <i>von 2 Klienten in einer früheren und von 2 Klienten in einer nachfolgenden Therapiebeziehung erlebt</i><br/> Als negativ oder sogar schädlich wurde eine Beziehung von Klienten empfunden, wenn ein Mangel an Fürsorge herrschte oder ein grundlegendes Vertrauen nicht aufgebaut werden konnte. Therapeutinnen erschienen in der Rolle einer Übergeordneten, welche auf den Klienten herunterschaute und keine Rücksicht nahm auf seine Gefühle.</p> <p>Übereinstimmend mit den Erkenntnissen der vorliegenden Studie wurde in früheren Forschungsarbeiten, auch bezogen auf andere Therapieberufe, verschiedene Dimensionen der Beziehung zwischen Klient und Therapeutin identifiziert. In ähnlicher Weise konnten <i>Rolle der Therapeutin, Wechselseitigkeit der Beziehung</i> und <i>Machtverteilung</i> als entscheidende Faktoren zur Unterscheidung der verschiedenen Dimensionen festgemacht werden.</p> <p>Diskussion:<br/> Die 5 positiven Beziehungsdimensionen (<b>Anteilnahme</b> (concern), <b>Richtung</b> (direction), <b>Verbundenheit</b> (fellowship), <b>Beratung</b> (guidance) und <b>Bündnis / Allianz</b></p> |
|--|--|



|  |   |
|--|---|
|  | <p>(coalition) scheinen nach Ansicht der Forscherin die Erfordernisse einer „vertrauensvollen Verbindung und engem Verhältnis zwischen Therapeut und Klient, das gebildet wird durch <i>Zusammenarbeit, Kommunikation, Empathie von Seiten des Therapeuten</i> sowie <i>gegenseitigem Verständnis und Respekt</i>“ (Cole &amp; McLean, 2003) zu erfüllen.</p> <p>Die Dimensionen <b>Verbundenheit</b> (fellowship), <b>Beratung</b>(guidance) und <b>Bündnis / Allianz</b> (coalition) scheinen laut der Forscherin auch die Voraussetzungen für eine Kollaboration zu erfüllen. Kollaboration wird häufig definiert als Verbindung von zwei oder mehr Parteien in einer Handlung, welche geprägt ist durch gegenseitigen Respekt und in der über den ganzen Prozess die Verantwortung geteilt wird (Cipriani, 1999).</p> <p>Kollaborative Partnerschaft zwischen Klient und Therapeutin ist ein grundlegendes Konzept der klientenzentrierten Praxis, welches ermöglicht wird durch Machtübergabe von der Therapeutin an den Klienten (Law &amp; Mills, 1989).</p> <p>Lund et al. (2001) und Pellat (2004) beschrieben, dass nicht alle Klienten daran interessiert sind, Verantwortung für die Therapie zu übernehmen, sondern wünschen, dass Fachpersonen Entscheidungen für sie treffen. Die Forscherin stellt also die Frage, ob es in solchen Fällen nicht klientenzentrierter ist, den Klienten in erster Linie Wertschätzung, Verständnis und Fürsorge entgegenzubringen und sie nicht mit Verantwortungs- und Entscheidungsübernahme zu überfordern.</p> <p>Es ist Aufgabe der Therapeutin, die Rollenverteilung im Therapieprozess zu überwachen und unter Umständen zu korrigieren.</p> <p>Die Form der Beziehung, die sich zwischen Klient und Therapeutin entwickelt, stellt eine Interaktion von Therapeuten- und Klientenqualitäten dar. Laut Gyllenstein (2000) geben Klienten den initiierten Ton des Beziehungsprozesses an, während ihn Therapeutinnen interpretieren und darauf vermutlich in der vom Klienten erwünschten Rolle antworten.</p> <p>Die Forscherin wendet ein, dass nicht vergessen werden darf, dass auch die erfahrenste und qualifizierteste Therapeutin eine therapeutische Beziehung mit persönlichen Annahmen, Vorlieben und Bedürfnissen eingeht. Ihre eigene Persönlichkeit muss im therapeutischen Beziehungsprozess berücksichtigt werden, denn sie antwortet auf ihre Klienten als Person und nicht als Klienten, mit denen eine professionelle</p> |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Beziehung eingegangen werden muss.<br/> Klienten können nicht als eine einheitliche Gruppe betrachtet werden, weshalb Therapeutinnen keine Beziehungsroutine entwickeln dürfen sondern aufgefordert und herausgefordert sind, herauszufinden oder -spüren, welche Form der therapeutischen Beziehung dem individuellen Klienten gerecht wird.</p> <p><b><i>Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</i></b></p> <p>Die Studie wurde mit einer kleinen Zahl an Teilnehmern durchgeführt. Dies und die Tatsache, dass die Teilnehmer von ihren behandelnden Therapeuten für eine Studienteilnahme angefragt wurden, wird als Begrenzung angegeben. Ohne sich dessen bewusst zu sein, hätten die Therapeutinnen vermutlich vorwiegend Klienten für die Studie in Betracht gezogen, zu denen sie aus ihrer Sicht ein gutes Verhältnis aufgebaut hatten.</p> |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ wichtig ist die Rolle, welche ein Patient / Klient selbst einnimmt</li> <li>→ was hat er für ein Bild von sich?</li> <li>→ welche Rollenerwartung ergibt sich daraus an die Therapeutin?</li> </ul>   |

# Matrix der Nebenstudien

| Nebenstudien: n=3 | Studie   | Ziel   | Design  | Stichprobe  | Ergebnisse   |
|-------------------|--|--|---|---|--|
|                   | <p>Oosterhof, B., Dekker, J. H. M., Sloots, M., Bartels, E. A. C. &amp; Dekker, J. (2014).</p> <p><b>Success or failure of chronic pain rehabilitation: the importance of good interaction - a qualitative study under patients and professionals.</b></p> <p><i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 36, 1903-1910.</p> | <p>Erforschung der Faktoren, welche bei chronischen Schmerzpatienten in Zusammenhang stehen zwischen erfolgreichem Therapieergebnis und Patienten-Fachperson-Interaktion</p>   | <p>Phänomenologische Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Einzelinterview,</li> <li>Gruppeninterview</li> <li>Beobachtung</li> </ul> | <p>n= 16</p> <p>Geschl.: 12 w. / 4 m.</p> <p>Alter: unklar</p> <p>Behandlungsursache: chronische Schmerzen</p> <p>Behandlungsform: Therapie in Klinik</p>   | <p>Die Studie deutet darauf hin, dass die Qualität der Interaktion zwischen Patient und Fachperson bezüglich des Behandlungsergebnisses wichtig ist.</p> <p>Wichtige Aspekte sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>ernst nehmen des Patienten</b></li> <li><b>ruhiges Auftreten</b> als Fachperson</li> <li>dem Patienten <b>gut zuhören</b></li> <li><b>engagiert sein, sich mit dem Patienten auseinandersetzen</b> (Lösungen suchen, eine andere Perspektive auf die Situation aufzeigen, den Patienten im Lernprozess führen)</li> <li><b>klare, unmissverständliche Erklärungen</b> (bez. des Schmerzes) abgeben, das Krankheitsverständnis des Patienten kennen und darauf eingehen können; gemeinsame Betrachtung und Besprechung von Testergebnissen</li> <li><b>offene Interaktion mit dem Patienten</b> pflegen; Offenheit bezüglich der Behandlungsplanung, Zusammenarbeit mit dem Patienten; <b>Eingehen auf Wünsche und Kritik des Patienten</b></li> </ul> |
|                   | <p>Darragh, A. R. (2001)</p> <p><b>“Tears in my eyes ‘cause somebody finally understood”: Client perceptions of practitioners following brain injury”.</b></p> <p>The American journal of occupational therapy. 55(2) 191-199</p>  | <p>Identifikation (Beschreiben und Verstehen) der Qualitäten und Eigenschaften praktizierender Fachpersonen, welche Klienten mit Hirnverletzung im Hinblick auf den Heilungs- und Rehabilitationsprozess als hilfreich (oder hinderlich) erachten.</p> | <p>Phänomenologische Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Einzelinterviews</li> </ul>  | <p>n= 51</p> <p>Geschl.: 27 w./ 24 m.</p> <p>Alter: erwachsene Personen variierender Alters</p> <p>Behandlungsursache: neurologische Erkrankung o. Verletzung</p> <p>Behandlungsform: unklar; zum Zeitpunkt der Interviews Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe</p> | <p>Die technische Expertise der Fachpersonen wurde weniger gewichtet als die zwischenmenschliche Beziehung zwischen der Fachperson und dem jeweiligen Klienten; Die Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und deren Effizienz schien durch die Klient-Therapeut-Beziehung beeinflusst worden zu sein.</p> <p>3 Hauptthemen bezüglich Qualitäten und Methoden der Fachpersonen, welche die Fachpersonen-Klienten-Beziehung nach Wahrnehmung der Klienten in hilfreicher oder hinderlicher Weise beeinflussten, konnten identifiziert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Rollen der Fachpersonen:</b> Rollen des <b>Freundes</b> (dem sie alles erzählen konnten), <b>Mentors/Advokaten</b> (der für ihre Bedürfnisse u. Anliegen eintrat) wurden als besonders positiv erlebt</li> </ul>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><u>Therapeuten:</u><br/>Fachpersonen<br/><u>soziodemographischer Hintergrund d. Studie:</u><br/>Colorado, USA</p>   | <p>Phänomenologische Studie<br/>• Einzelinterviews</p>  | <p>Ermittlung aus der Perspektive älterer Klienten, welche Ergotherapie im Rahmen ihrer Residenz in einer Langzeit Einrichtung erhalten, ob und wie Zusammenarbeit (collaboration) in der therapeutischen Beziehung entsteht.</p>  |
| <p>▪ <b>Nützlichkeit der dargebotenen Leistung:</b> anbieten von Behandlungen und Leistungen, welche <b>für das Leben der Klienten relevant</b> und nützlich waren; Abgabe <b>konkreter Informationen</b> und <b>regelmässigen Feedbacks</b></p> <p>▪ <b>Charakter der Fachpersonen: Klare und effektive Kommunikation</b> zwischen Fachperson und Klient; <b>Ehrlichkeit</b> (z.B. bezüglich Heilungsprognosen, auch wenn diese enttäuschen ausfielen), <b>Respekt</b> vor der persönlichen Sichtweise des Patienten, seinen Wünschen und Bedürfnissen; dem <b>Patienten zuhören</b>; <b>Verständnis für die besonderen Bedürfnisse</b> der Patienten</p> | <p>n= 6<br/>Geschl.: 5 w./ 1 m.<br/>Alter: &gt; 65 J.<br/><u>Behandlungsursache:</u><br/>CVI, Hüftprothese, Schulterverletzung, Infektion, Lungenemphysem<br/><u>Behandlungsform:</u><br/>Ergotherapeutische Behandlung im Rahmen des der Residenz in Langzeiteinrichtung<br/><u>Therapeuten:</u><br/>6 Ergotherapeutinnen<br/><u>soziodemographischer Hintergrund d. Studie:</u><br/>Pennsylvania, USA</p> | <p>Kollaborationsprozesse zwischen älteren Patienten (&gt;65 J.) und ihren Ergotherapeutinnen unterscheiden sich stark, ebenfalls variiert das Bedürfnis der Patienten, an Entscheidungen bezüglich des Therapieprozesses teilzuhaben. Das Kollaborationslevel liess sich nicht gleichsetzen mit dem Grad der Zufriedenheit der Patienten mit der Klient-Therapeut-Beziehung.</p> <p>▪ <b>tiefes Kollaborationslevel</b> (3): Patienten verhielten sich eher passiv; die <b>Verantwortung für den Therapieprozess wurde von der Therapeutin übernommen o. an diese abgegeben</b></p> <p>▪ <b>mittleres Kollaborationslevel</b> (1): Patientin wurde unterstützt; eigene Anliegen einzubringen, konnte an der Therapie jedoch nur mit <b>begrenzten Mitsprachemöglichkeiten</b> teilnehmen. Patientin erlebte Beziehung als geschäftsmässig u. betrachtete ihre <b>Therapeutin als Autoritätsperson.</b></p> <p>▪ <b>hohes Kollaborationslevel:</b> Patienten traten für eigene Anliegen ein und nutzten die Möglichkeit, <b>eigene Entscheidungen bez. der Therapie</b> zu fällen. Kollaboration beruhte auf <b>gegenseitigem Respekt u. Gleichwertigkeit.</b></p> <p>Die <b>Rolle des Klienten im Zielsetzungsprozess stellte einen Schlüssel zu guter Kollaboration</b> dar; auf tiefem Kollaborationslevel spielten Klienten im <b>Zielsetzungsprozess keine aktive Rolle</b>, auf mittlerem o. hohem Level übernahmen sie eine mitbestimmende, aktive Rolle.</p> |

## Detaillierte Literatursuche

### Inkludierte Studien:


n= 7  **hohe Relevanz** (Klientensicht auf therapeutische Beziehung )


|  |
|--|
| Morrison, T. (2013).<br><b>Individual and environmental implications of working alliances in occupational therapy.</b><br><i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 76, 507-514.  |
| Morrison, T. L. & Smith J. D. (2013).<br><b>Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis.</b><br><i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 60, 326-333.  |
| Palmadottir, G. (2006).<br><b>Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation.</b> <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 69, 394-401.   |
| Oosterhof, B., Dekker, J. H. M., Sloots, M., Bartels, E. A. C. & Dekker, J. (2014).<br><b>Success or failure of chronic pain rehabilitation: the importance of good interaction - a qualitative study under patients and professionals.</b><br><i>Disability &amp; Rehabilitation</i> , 36, 1903-1910. |
| Dehn-Hindenberg, A. (2007).<br><b>Die Bedeutung von Kommunikation und Empathie im Therapieprozess: Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie.</b><br><i>Ergotherapie und Rehabilitation</i> , 46, 5-10.   |
| Cipriani, J., Hess, S., Higgins, H., Resavy, D., Sheon, S., Szychowski, M., & Holm, M. (1999).<br><b>Collaboration in the Therapeutic Process: Older Adults' Perspectives.</b><br><i>Physical and Occupational Therapy in Geriatrics</i> , 17, 43-54.  |
| Crepeau, E. B. & Garren, K. R. (2011).<br><b>I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy.</b><br><i>Disability and Rehabilitation</i> , 33, 872-81.   |


→ exkludiert, da Artikel mit Autorensicht auf Klientenperspektive :

|  |
|--|
| Peloquin, S. (1990).<br><b>The patient-therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images.</b><br><i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 44, 13-21. |
|--|

### Exkludierte Studien: n= 96

n= 23  **mittlere Relevanz** (Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)

n= 13  **mittlere Relevanz** (Klientensicht, aber therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus der Studie/des Artikels)

n= 60  **wenig Relevanz** (therapeutische Beziehung thematisiert (ET, PT, PF, Medizin), steht aber nicht im Fokus der Studie / des Artikels)

| <b>Literaturrecherche CINAHL</b>   |  |
|--|--|
| n = 4 Studien/Artikel mit hoher Relevanz   |  |
| n = 8 Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz (Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)          |  |
| n = 11 Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz (Klientensicht, therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus) |  |
| n = 43 Studien/Artikel mit wenig Relevanz  |  |
| K/T<br>ET  | Morrison, Tricia<br><b>Individual and environmental implications of working alliances in occupational therapy.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2013 Nov; 76 (11): 507-14.  |
| K/T<br>ET  | Morrison, Tricia L.; Smith, J. David<br><b>Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis.</b><br>Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2013 Oct; 60 (5): 326-33.  |
| K<br>ET  | Palmadottir G<br><b>Client-therapist relationships: experiences of occupational therapy clients in rehabilitation.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2006 Sep; 69 (9): 394-401.  |
| K/T<br>ET  | Oosterhof, B.; Dekker, J. H. M.; Sloots, M.; Bartels, E. A. C.; Dekker, J.<br><b>Success or failure of chronic pain rehabilitation: the importance of good interaction - a qualitative study under patients and professionals.</b><br>Disability & Rehabilitation (DISABIL REHABIL), 2014 Oct; 36 (22): 1903-10. |
| T<br>ET  | Bonsaksen, Tore<br><b>Self-reported therapeutic style in occupational therapy students.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2013 Nov; 76 (11): 496-502.  |
| T<br>ET  | Vegni E; Mauri E; D'Apice M; Moja EA<br><b>A quantitative approach to measure occupational therapist–client interactions: a pilot study.</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2010 Sep; 17 (3): 217-24.   |
| T<br>ET  | Taylor, Renee R.; Lee, Sun Wook; Kielhofner, Gary<br><b>Practitioners' use of interpersonal modes within the therapeutic relationship: results from a nationwide study.</b><br>OTJR: Occupation, Participation & Health (OTJR OCCUP PARTICIPATION HEALTH), 2011 Winter; 31 (1): 6-14.                            |
| ET   | Bonder BR<br><b>Chapter 15: interactions and relationships.</b><br>In: Functional Performance in Older Adults (3rd Edition); F.A. Davis Company (Philadelphia, Pennsylvania), 2009, 3rd ed. 386-408  |
| T<br>ET  | Gahnström-Strandqvist K; Josephsson S; Tham K<br><b>Stories of clients with mental illness: the structure of occupational therapists' interactions.</b><br>OTJR: Occupation, Participation & Health (OTJR OCCUP PARTICIPATION HEALTH), 2004 Fall; 24 (4): 134-43.  |
| T<br>ET  | Prochnau C ; Liu L ; Boman J<br><b>Personal-professional connections in palliative care occupational therapy.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 2003 Mar-Apr ; 57 (2) : 196-204.  |
| T<br>ET  | Crepeau EB<br><b>Achieving intersubjective understanding: examples from an occupational therapy treatment session.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 1991 Nov; 45 (11): 1016-25.  |
| T<br>ET  | Werngren-Elgstrom M<br><b>Strategies for understanding. A case study of occupational therapists' communication behaviour.</b><br>Occupational Therapy International (OCCUP THER INT), 1997; 4 (4): 317-38.   |

|           |   |
|-----------|---|
| K<br>ET   | Gunnarsson AB; Peterson K; Leufstadius C; Jansson J; Eklund M<br><b>Client perceptions of the Tree Theme Method™: a structured intervention based on storytelling and creative activities.</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2010 Sep; 17 (3): 200-8.                                   |
| K/T<br>ET | Haertl, Kristine; Behrens, Kari; Houtujec, Jill; Rue, Ashley; Haken, Rachel Ten<br><b>Factors Influencing Satisfaction and Efficacy of Services at a Free-Standing Psychiatric Occupational Therapy Clinic.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 2009 Nov-Dec; 63 (6): 691-700.                   |
| K<br>ET   | Palmadottir G<br><b>Client perspectives on occupational therapy in rehabilitation services.</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2003 ; 10 (4) : 157-66.   |
| K<br>ET   | Kee Hean Lim, <sup>1</sup> Julia Morris <sup>2</sup> and Christine Craik <sup>1</sup><br><b>Inpatients' perspectives of occupational therapy in acute mental health</b><br>Australian Occupational Therapy Journal (2007) 54, 22–32   |
| K<br>ET   | Eklund M; Rottpeter J; Vikström F<br><b>The meaning of psychosocial occupational therapy in a life-story perspective. A long-term follow-up of three cases.</b><br>Occupational Therapy International (OCCUP THER INT), 2003; 10 (3): 185-205.  |
| K/T<br>ET | Doig, Emmah; Fleming, Jennifer; Cornwell, Petrea; Kuipers, Pim<br><b>Comparing the experience of outpatient therapy in home and day hospital settings after traumatic brain injury: patient, significant other and therapist perspectives.</b><br>Disability & Rehabilitation (DISABIL REHABIL), 2011 Jul; 33 (13/14): 1203-14. |
| K<br>ET   | Wallstedt-Paulsson E; Erlandsson LK; Eklund M<br><b>Client experiences in work rehabilitation in Sweden: a one-year follow-up study.</b><br>Occupational Therapy International (OCCUP THER INT), 2007; 14 (1): 28-41.   |
| K<br>ET   | <b>Client values and satisfaction with occupational therapy.</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2000; 7 (3): 99-106.   |
| K<br>ET   | Legault E; Rebeiro KL<br><b>Case report. Occupation as means to mental health: a single-case study.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 2001 Jan-Feb; 55 (1): 90-6.  |
| K<br>ET   | Di Bona L<br><b>What do they think of us? A satisfaction survey of users of occupational therapy services in an acute adult inpatient mental health unit.</b><br>Mental Health Occupational Therapy (MENT HEALTH OCCUP THER), 2004 Nov; 9 (3): 77-81.   |
| K<br>ET   | Roush SE<br><b>The satisfaction of patients with multiple sclerosis regarding services received from physical and occupational therapists.</b><br>International Journal of Rehabilitation & Health (INT J REHABIL HEALTH), 1995 Jul; 1 (3): 155-66.   |
| T<br>PH   | Guenther, Lee Ann; McGinnis, Patricia; Romen, Matthew; Patel, Kavita<br><b>Self Assessment of Professional Core Values Among Physical Therapists.</b><br>HPA Resource (HPA RESOURCE), 2014 Apr; 14 (2): 1-10.   |
| K/T<br>PT | Lindahl, Marianne; Hvalsoe, Berit; Poulsen, Jeppe Rosengaard; Langberg, Henning<br><b>Quality in rehabilitation after a working age person has sustained a fracture: Partnership contributes to continuity.</b><br>Work (WORK), 2013; 44 (2): 177-89.   |
|           | Wright-McDougal, Jennifer J.; Toriello, Paul J.<br><b>Ethical Implications of Confirmation Bias in the Rehabilitation Counseling Relationship.</b><br>Journal of Applied Rehabilitation Counseling (J APPL REHABIL COUNS), 2013 Summer; 44 (2): 3-10.   |
| T         | Murphy, Joan; Mercer, Stewart W.; Duncan, Edward A. S.<br><b>A pilot study to explore the feasibility, validity and reliability of a visual version of the CARE Measure.</b>  |

|             |  |             |
|-------------|--|-------------|
|             | International Journal of Therapy & Rehabilitation (INT J THER REHABIL), 2013 Sep; 20 (9): 460-5.   |             |
| ET          | Gunnarsson AB; Eklund M<br><b>The Tree Theme Method as an intervention in psychosocial occupational therapy: client acceptability and outcomes.</b><br>Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2009 Jun; 56 (3): 167-76.  |             |
| ET          | Hitch D<br><b>Experiences of engagement in occupations and assertive outreach services.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2009 Nov; 72 (11): 482-90.   |             |
| ET          | Johansson K; Borell L; Lilja M<br><b>Older persons' navigation through the service system towards home modification resources</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2009 Dec; 16 (4): 227-37.  |             |
| ET          | Dal Bello-Haas V; Tryssenaar J<br><b>Chapter 21: rehabilitation.</b><br>In: Functional Performance in Older Adults (3rd Edition); F.A. Davis Company (Philadelphia, Pennsylvania), 2009, 3rd ed. 513-43  | Buchkapitel |
| ET          | Tripicchio B; Bykerk K; Wegner C; Wegner J<br><b>Increasing patient participation: the effects of training physical and occupational therapists to involve geriatric patients in the concerns-clarification and goal-setting processes.</b><br>Journal of Physical Therapy Education (J PHYS THER EDUC), 2009 Spring; 23 (1): 55-63.       |             |
| T<br>PT     | Schmitt, Janet; Akroyd, Karen; Burke, Linda; Skaalvik, Mari Wolff; Harty, Michal<br><b>Perceptions of physiotherapy students of a person-centred approach in rehabilitation...</b> ...including commentary by Skaalvik MW and Harty M.<br>International Journal of Therapy & Rehabilitation (INT J THER REHABIL), 2012 Jan; 19 (1): 23-30. |             |
| T           | Soares, Marcelo M.; Jacobs, Karen; Auvinen, Petra; Palukka, Hannele<br><b>Organization of work in interaction between the paramedics and the patient.</b><br>Work (WORK), 2012; 41: 42-8.  |             |
| T<br>PT     | Stigmar, K; Ekdahl, C; Grahn, B<br><b>Work ability: Concept and assessment from a physiotherapeutic perspective. An interview study.</b><br>Physiotherapy Theory & Practice (PHYSIOTHER THEORY PRACT), 2012 Jul; 28 (5): 344-54.   |             |
| T<br>ET     | <b>The power of the social environment in motivating persons with dementia to engage in occupation: qualitative findings.</b><br>Physical & Occupational Therapy in Geriatrics (PHYS OCCUP THER GERIATR), 2010; 28 (4): 321-33.  |             |
| T<br>ET     | Klein J; Liu L<br><b>Family–Therapist Relationships in Caring for Older Adults.</b><br>Physical & Occupational Therapy in Geriatrics (PHYS OCCUP THER GERIATR), 2010; 28 (3): 259-70.  |             |
| T<br>ET /PT | Kuipers K; Rassafiani M; Ashburner J; Griffin J; Worley L; Moes L; Fleming J; Copley J<br><b>Do clients with acquired brain injury use the splints prescribed by occupational therapists? A descriptive study.</b><br>NeuroRehabilitation (NEUROREHABILITATION), 2009; 24 (4): 365-75.   |             |
| T           | Firth, Jill; Nelson, Andrea; Briggs, Michelle; Gorecki, Claudia<br><b>Experiences of Healthcare Provision for Foot Ulceration Occurring in People with Rheumatoid Arthritis.</b><br>Firth, Jill; Nelson, Andrea; Briggs, Michelle; Gorecki, Claudia  |             |
| T<br>PT     | Khatri, Sm<br><b>Physiotherapist's Emotional Quotient and Patient Satisfaction.</b><br>Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy (INDIAN J PHYSIOTHER OCCUP THER), 2012 Jan-Mar; 6 (1): 149-51.   |             |



|                 |  |
|-----------------|--|
| T<br>ET         | Davis J<br><b>Occupational therapy students' metaphors for helping.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 2008 Mar-Apr; 62(2): 242-50.  |
| T<br>ET         | Le Granse M; Kinébanian A; Josephsson S<br><b>Promoting autonomy of the client with persistent mental illness: a challenge for occupational therapists from The Netherlands, Germany and Belgium.</b><br>Occupational Therapy International (OCCUP THER INT), 2006; 13 (3): 142-59.                                      |
| K<br>ET         | A; Mayes R; McConnell D; Clemson L<br><b>Family caregivers' perceptions of hospital-based allied health services post-stroke: use of the Measure of Processes of Care to investigate processes of care.</b><br>Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2010 Jun; 57 (3): 167-73.                    |
| T<br>ET         | Paxson, Donald; Winston, Kristin; Tobey, Thomas; Johnston, Sarah; Iwama, Michael<br><b>The Kawa Model: Therapists' Experiences in Mental Health Practice.</b><br>Occupational Therapy in Mental Health (OCCUP THER MENT HEALTH), 2012 Oct; 28 (4): 340-55.   |
| K<br>T          | Murray, Craig D.<br><b>Don't you talk to your prosthetist? Communicational problems in the prescription of artificial limbs.</b><br>Disability & Rehabilitation (DISABIL REHABIL), 2013; 35 (6): 513-21.   |
| ET              | Yates E<br><b>Perceived spousal stroke caregiver needs and concerns based on subjective difficulties: a pilot study...</b> Occupational Therapy Australia, 24th National Conference and Exhibition, 29 June - 1 July 2011.<br>Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2011 Jun; 58: Supplement: 66. |
| K<br>ET         | van der Haas M; Horwood C<br><b>Occupational therapy: how effective do consumers think it is?</b><br>New Zealand Journal of Occupational Therapy (NZ J OCCUP THER), 2006 Mar; 53 (1): 10-6.  |
| T<br>ET /<br>PT | Pizzi MA; Briggs R<br><b>Occupational and physical therapy in hospice: the facilitation of meaning, quality of life, and well-being.</b><br>Topics in Geriatric Rehabilitation (TOP GERIATR REHABIL), 2004 Apr-Jun; 20 (2): 120-30.  |
| K<br>Ärzte      | Iezzoni LI<br><b>Make no assumptions: communication between persons with disabilities and clinicians.</b><br>Assistive Technology (ASSIST TECHNOL), 2006 Fall; 18 (2): 212-9.  |
| K / T<br>ET     | Stewart R; Bhagwanjee AM; Mbakaza Y; Binase T<br><b>Pressure garment adherence in adult patients with burn injuries: an analysis of patient and clinician perceptions.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 2000 Nov-Dec; 54 (6): 598-606.   |
| K/T<br>ET       | Bore, Janice<br><b>Occupational Therapy Home Visits: A Satisfactory Service?</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 1994 Mar 1; 57 (3): 85-8.   |
| T<br>ET         | Clark, Catherine A.; Corcoran, Mary; Gitlin, Laura N.<br><b>An Exploratory Study of How Occupational Therapists Develop Therapeutic Relationships With Family Caregivers.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 1995 Jul-Aug; 49 (7): 587-94.   |
| K               | Klanghed U; Svensson T; Alexanderson K<br><b>Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence.</b><br>Work (WORK), 2004; 22 (3): 247-54.  |
| T<br>ET         | Barney KF<br><b>From Ellis Island to assisted living: meeting the needs of older adults from diverse cultures.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 1991 Jul; 45 (7): 586-93.  |

|             |   |
|-------------|---|
| T<br>ET     | Adamson, Barbara J.; Sinclair-Legge, Gael; Cusick, Anne; Nordholm, Lena<br><b>Attitudes, Values and Orientation to Professional Practice: a Study of Australian Occupational Therapists.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 1994 Dec 1; 57 (12): 476-80. |
| Stud.<br>ET | <b>The Impact of Counselling Skills Training on the Interpersonal Skills of Undergraduate Occupational Therapy Students.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 1997 Sep 1; 60 (9): 395-400.   |
| T<br>PF     | Dychawy-Rosner I; Eklund M; Isacsson Å<br><b>Caring dynamics as perceived by staff supporting daily occupations for developmentally disabled adults.</b><br>Scandinavian Journal of Caring Sciences (SCAND J CARING SCI), 2001; 15 (2): 123-32.   |
| K<br>ET     | Eriksson M; Dahlin-Ivanoff S<br><b>How adults with acquired brain damage perceive computer training as a rehabilitation tool: a focus-group study.</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2002; 9 (3): 119-29.                                       |
| P<br>PF     | Wilson V<br><b>Patients' views on managing their insulin-dependent diabetes using a remote monitoring option [corrected] [published erratum appears in J ASSIST TECHNOL 2009 Sep;3(3):3].</b><br>Journal of Assistive Technologies (J ASSIST TECHNOL), 2009 Mar; 3 (1): 15-20.          |
| P/T<br>ET   | Lund ML; Tamm M; Bränholm I<br><b>Patients' perceptions of their participation in rehabilitation planning and professionals' view of their strategies to encourage it.</b><br>Occupational Therapy International (OCCUP THER INT), 2001; 8 (3): 151-67.                                 |
| K/T<br>ET   | Spencer, Jean; Young, Mary Ellen; Rintala, Diana; Bates, Sarah<br><b>Socialization to the Culture of a Rehabilitation Hospital: An Ethnographic Study.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 1995 Jan; 49 (1): 53-62.                                      |
| T<br>ET     | Hasselkus BR<br><b>Death in very old age: a personal journey of caregiving.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 1993 Aug; 47 (8): 717-23.  |
| K<br>PF     | Sjodahl C; Gard G; Jarnlo G<br><b>Transfemoral amputees' experiences of the first meeting and subsequent interactions with hospital staff.</b><br>Disability & Rehabilitation (DISABIL REHABIL), 2008; 30 (16): 1192-203.   |
| T<br>ET     | Angel SL<br><b>Toward becoming one self.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 1990 Nov; 44 (11): 1037-43.   |
| T<br>ET     | <b>Statement: Psychosocial Concerns Within Occupational Therapy Practice.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 1995 Nov-Dec; 49 (10): 1011-3.   |
| K<br>PT     | Gyllensten AL; Hansson L; Ekdahl C<br><b>Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist.</b><br>Journal of Bodywork & Movement Therapies (J BODYWORK MOVEMENT THER), 2003 Jul; 7 (3): 173-83.  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Literaturrecherche COCHRANE LIBRARY</b>  |  |
| n = 1 (1 Dubl.) Studien/Artikel mit hoher Relevanz  |  |
| n = 4 Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz (Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)                   |  |
| n = 1 (1 Dubl.) Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz (Klientensicht, therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus) |  |
| n = 5 (1 Dubl.) Studien/Artikel mit wenig Relevanz  |  |
| K/ T<br>ET  | → Dublette<br>Morrison, Tricia L.; Smith, J. David<br><b>Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis.</b><br>Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2013 Oct; 60 (5): 326-33.  |
| T<br>ET   | Chris Lloyd <sup>†</sup> and Frillie Maas <sup>‡</sup><br><b>The Relationship Between Carkhuff's Helping Dimensions and Occupational Therapy</b><br>Australian Occupational Therapy Journal<br>Volume 39, Issue 3, pages 17–22, September 1992   |
| T / ET  | <b>Therapeutic use of self as defined by Swedish occupational therapists working with clients with cognitive impairments following acquired brain injury: A Delphi study</b><br>AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL  |
| T / ET  | <b>Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: a qualitative study</b><br>OCCUPATIONAL THERAPY INTERNATIONAL   |
| T<br>ET   | Dr Lindsey Nicholls, Julie Cunningham Piergrossi, Carolina de Sena Gibertoni and Margaret A. Daniel<br><b>The 'Therapeutic Use of Self' in Occupational Therapy</b><br>Psychoanalytic Thinking in Occupational Therapy   |
| K<br>ET   | → Dublette<br>Mona Eklund <sup>*</sup> , Jane Rottpeter and Frida Vikström<br><b>The meaning of psychosocial occupational therapy in a life-story perspective.</b><br>OCCUPATIONAL THERAPY INTERNATIONAL<br>Volume 10, Issue 3, August 2003, Pages: 185–205  |
| PF  | <b>Understanding nursing on an acute stroke unit: perceptions of space, time and interprofessional practice</b><br>JOURNAL OF ADVANCED NURSING   |
| T / ET  | <b>Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients</b><br>OCCUPATIONAL THERAPY INTERNATIONAL  |
| T / ET  | → Dublette<br>Gunnarsson AB; Eklund M<br><b>The Tree Theme Method as an intervention in psychosocial occupational therapy: client acceptability and outcomes.</b><br>Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2009 Jun; 56 (3): 167-76.<br>(62.ref)                                  |
| T / ET  | <b>Health professional partnerships and their impact on Aboriginal health: An occupational therapist's and Aboriginal health worker's perspective</b><br>AUSTRALIAN JOURNAL OF RURAL HEALTH  |
| T<br>ET   | Caterina Tannous, Val Lehmann-Monck, Rebecca Magoffin, Olivia Jackson and Gwynnyth Llewellyn<br><b>Beyond good practice: Issues in working with people with intellectual disability and high support needs</b><br>Australian Occupational Therapy Journal<br>Volume 46, Issue 1, pages 24–35, March 1999 |

| <b>Literaturrecherche OTDBASE</b>   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| n = 6 (3 Dubl.) Studien/Artikel mit hoher Relevanz  |  |                      |
| n = 14 (5 Dubl.) Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz (Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)        |  |                      |
| n = 4 (3 Dubl.) Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz (Klientensicht, therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus) |  |                      |
| n = 12 (1 Dubl.) Studien/Artikel mit wenig Relevanz   |  |                      |
| K/T<br>ET   | → Dublette<br>Morrison, Tricia<br><b>Individual and environmental implications of working alliances in occupational therapy.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2013 Nov; 76 (11): 507-14. (25 ref)           |                      |
| K/T<br>ET   | → Dublette<br>Morrison, Tricia L.; Smith, J. David<br><b>Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis.</b><br>Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2013 Oct; 60 (5): 326-33. (28.ref) |                      |
| K<br>ET   | → Dublette<br>Palmadottir G<br><b>Client-therapist relationships: experiences of occupational therapy clients in rehabilitation.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2006 Sep; 69 (9): 394-401. (38 ref)       |                      |
| K<br>ET   | Dehn-Hindenberga A<br><b>Die Bedeutung von Kommunikation und Empathie im Therapieprozess: Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie</b><br>E & R Year: 2007 Vol: 46 No: 7 Pp: 5-10 (German)   |                      |
| K/T<br>ET   | Peloquin S<br><b>The Patient-Therapist Relationship in (OT): Understanding Visions and Images</b><br>AJOT Year: 1990 Vol: 44 No: 1 Pp: 13-21   |                      |
| K<br>ET   | Cipriani J, Hess S, Higgins H, Resavy D, Sheon S, Szychowski M, Holm M<br><b>Collaboration in the Therapeutic Process: Older Adults' Perspectives</b><br>POTG Year: 1999 Vol: 17 No: 1 Pp: 43-54   |                      |
| T<br>ET   | Lubino V, Mongrain M, Chiasson M-P, Morrison T, Guitard P<br><b>Facteurs influençant la relation thérapeutique selon l'expérience vécue de l'ergothérapeute étude pilote</b><br>ErgOT Year: 2013 Vol: 51 No: Sept Pp: 61-68 (French)         |                      |
| T<br>ET   | Mainar JRB, Maeztu LMB<br><b>Therapeutic relationship in occupational therapy</b><br>TOG Year: 2011 Vol: 8 No: 13 Pp: Online Article   | → Studie in Spanisch |
| T<br>ET   | Taylor RR, Lee SW, Kielhofner G, Ketkar M<br><b>Therapeutic Use of Self: A Nationwide Survey of Practitioners' Attitudes and Experiences</b><br>AJOT Year: 2009 Vol: 63 No: 2 Pp: 198-207  |                      |
| T<br>ET   | Bennett Mortenson W, Dyck I<br><b>Power and client-centred practice: An insider exploration of occupational therapists' experiences</b><br>CJOT Year: 2006 Vol: 73 No: 5 Pp: 261-271   |                      |
| T<br>ET   | Cole MB, McLean V<br><b>Therapeutic Relationships Re-Defined</b><br>OTMH Year: 2003 Vol: 19 No: 2 Pp: 33-56  |                      |
| T<br>ET   | Lloyd C<br><b>The Therapeutic Relationship</b><br>BJOT Year: 1991 Vol: 54 No: 3 Pp: 111-113  |                      |

|           |   |                       |
|-----------|---|-----------------------|
| T<br>ET   | Devereaux E<br><b>Occupational Therapy's Challenge: The Caring Relationship</b><br>AJOT Year: 1984 Vol: 38 No: 12 Pp: 791-798   |                       |
| T<br>ET   | Lloyd C, & Maas F<br><b>The helping relationship: The application of Carkhuff's model</b><br>CJOT Year: 1993 Vol: 60 No: 2 Pp: 83-89  |                       |
| T<br>ET   | → Dublette<br>Holmqvist K, Holmefur M, Ivarsson A-B<br><b>Therapeutic use of self as defined by Swedish occupational therapists working with clients with cognitive impairments following acquired brain injury: A Delphi study</b><br>AOTJ Year: 2013 Vol: 60 No: 1 Pp: 48-55  |                       |
| T<br>ET   | Gorenberg M<br><b>Instructional Insights: Continuing Professional Education to Enhance Therapeutic Relationships in Occupational Therapy</b><br>OTHC Year: 2013 Vol: 27 No: 4 Pp: 393-398   |                       |
| T<br>ET   | →Dublette<br>Taylor, Renee R.; Lee, Sun Wook; Kielhofner, Gary<br><b>Practitioners' use of interpersonal modes within the therapeutic relationship: results from a nationwide study.</b><br>OTJR: Occupation, Participation & Health (OTJR OCCUP PARTICIPATION HEALTH), 2011 Winter; 31 (1): 6-14.  |                       |
| T<br>ET   | → Dublette<br>Taylor RR<br>Use of self in occupational therapy: making relationships intentional<br>TOG Year: 2011 Vol: 8 No: 13<br>Dublette von:<br>Taylor R<br><b>"Use of Self" in der Ergotherapie: Beziehungen bewusst gestalten. Use of Self in Occupational Therapy: Making Relationships Intentional</b><br>ERGOS Year: 2008 Vol: 3 No: 1 Pp: 22-31 (German) | → Studie auf Spanisch |
| T<br>ET   | → Dublette<br>Vegni E; Mauri E; D'Apice M; Moja EA<br><b>A quantitative approach to measure occupational therapist–client interactions: a pilot study.</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2010 Sep; 17 (3): 217-24.  |                       |
| T<br>ET   | → Dublette<br>Bonsaksen, Tore<br><b>Self-reported therapeutic style in occupational therapy students.</b><br>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2013 Nov; 76 (11): 496-502.   |                       |
| K<br>ET   | → Dublette<br>Gunnarsson AB; Peterson K; Leufstadius C; Jansson J; Eklund M<br><b>Client perceptions of the Tree Theme Method™: a structured intervention based on storytelling and creative activities.</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2010 Sep; 17 (3): 200-8.   |                       |
| K<br>ET   | → Dublette<br>Eklund M; Rottpeter J; Vikström F<br><b>The meaning of psychosocial occupational therapy in a life-story perspective. A long-term follow-up of three cases.</b><br>Occupational Therapy International (OCCUP THER INT), 2003; 10 (3): 185-205.  |                       |
| K/T<br>ET | Davis J<br><b>Finding Value in Client Resistance</b><br>OTMH Year: 2007 Vol: 23 No: 1 Pp: 39-54   |                       |
| K/T<br>ET | → Dublette<br>Haertl, Kristine; Behrens, Kari; Houtujec, Jill; Rue, Ashley; Haken, Rachel Ten<br><b>Factors Influencing Satisfaction and Efficacy of Services at a Free-Standing Psychiatric</b>  |                       |

|         |  |
|---------|--|
|         | <p><b>Occupational Therapy Clinic.</b><br/> American Journal of Occupational Therapy. (AM J OCCUP THER), 2009 Nov-Dec; 63 (6): 691-700.</p>  |
| T<br>ET | <p>Wimpenny K, Savin-Baden M, Cook C<br/> <b>A qualitative research synthesis examining the effectiveness of interventions used by occupational therapists in mental health</b><br/> Journal: BJOT Year: 2014 Vol: 77 No: 6 Pp: 276-283</p>  |
| T<br>ET | <p>Gunnarsson AB, Jansson J-A, Petersson K, Eklund M<br/> <b>Occupational Therapists' Perception of the Tree Theme Method(TM) as an Intervention in Psychosocial Occupational Therapy</b><br/> OTMH Year: 2011 Vol: 27 No: 1 Pp: 36-49</p>   |
| K<br>ET | <p>Guidetti S, Asaba E, Tham K<br/> <b>Meaning of Context in Recapturing Self-Care After Stroke or Spinal Cord Injury</b><br/> AJOT Year: 2009 Vol: 63 No: 3 Pp: 323-332</p>   |
| T<br>ET | <p>Doig E, Fleming J, Kuipers P<br/> <b>Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives</b><br/> BJOT Year: 2008 Vol: 71 No: 9 Pp: 360-370</p>  |
| T<br>ET | <p>Richou E<br/> <b>Rencontre entre plusieurs intimités dans le milieu du soin : intimité de l'ergothérapeute et intimité de son patient. When intimacies meet during the rehabilitation treatment: the occupational therapist's one and the patient's one</b><br/> ErgOT Year: 2008 Vol: 30 No: Juin Pp: 33-45 (French)</p> |
| T<br>ET | <p>Adant G<br/> <b>La gestion de l'anxiété des seniors. Anxiety management for seniors</b><br/> ErgOT Year: 2008 Vol: 29 No: Mars Pp: 5-12 (French)</p>  |
| T<br>ET | <p>Haltiwanger E, Lazzarini I, Nazeran H<br/> <b>Application of Nonlinear Dynamics Theory to Neuro-occupation: a Case Study of Alcoholism</b><br/> BJOT Year: 2007 Vol: 70 No: 8 Pp: 349-357</p>   |
| ET      | <p>→ Dublette<br/> Davis J<br/> <b>Occupational Therapy Students' Metaphors for Helping</b><br/> AJOT Year: 2008 Vol: 62 No: 2 Pp: 242-250</p>   |
| T<br>ET | <p>Holmqvist K, Kamwendo K, Ivarsson A-B<br/> <b>Occupational therapists' descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury</b><br/> Journal: SJOT Year: 2009 Vol: 16 No: 1 Pp: 13-24</p>  |
| T<br>ET | <p>Sim J<br/> <b>Client Confidentiality: Ethical Issues in Occupational Therapy</b><br/> BJOT Year: 1996 Vol: 59 No: 2 Pp: 56-61</p>   |
| T<br>ET | <p>Conrad A.<br/> <b>The Perception of Compliance in OT - Definition Verständnis von Compliance in der Ergotherapie - Erstellung einer Definition</b><br/> E &amp; R Year: 2006 Vol: 45 No: 9 Pp: 17-20 (German)</p>   |
| T<br>ET | <p>Fried A<br/> <b>The therapist's moral question</b><br/> IJOT Year: 1993 Vol: 2 No: 4 Pp: E110-E114 (English)</p>  |











| <b>Literaturrecherche PUBMED</b>  |   |             |
|---|---|-------------|
| n = 3 (2 Dubl.) Studien/Artikel mit hoher Relevanz  |   |             |
| n = 7 (5 Dubl.) Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz (Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)         |   |             |
| n = 4 (3 Dubl.) Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz (Klientensicht, therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus) |   |             |
| n = 9 (3 Dubl.) Studien/Artikel mit wenig Relevanz  |   |             |
| K<br>ET   | → Dublette<br>Morrison TL, Smith JD.<br><b>Working alliance development in occupational therapy: a cross-case analysis.</b><br>Aust Occup Ther J. 2013 Oct;60(5):326-33. Epub 2013 Jun 16.  |             |
| K<br>ET   | Crepeau EB, Garren KR.<br><b>I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy.</b><br>Disabil Rehabil. 2011;33(10):872-81. Epub 2011 Jan 18.  |             |
| K/T<br>ET   | → Dublette<br>Peloquin S<br><b>The Patient-Therapist Relationship in (OT): Understanding Visions and Images</b><br>AJOT Year: 1990 Vol: 44 No: 1 Pp: 13-21  |             |
| T<br>ET   | → Dublette<br>Taylor RR, Lee SW, Kielhofner G, Ketkar M.<br><b>Therapeutic use of self: a nationwide survey of practitioners' attitudes and experiences.</b><br>Am J Occup Ther. 2009 Mar-Apr;63(2):198-207.  |             |
| T<br>ET   | → Dublette<br>Devereaux EB.<br><b>Occupational therapy's challenge: the caring relationship.</b><br>Am J Occup Ther. 1984 Dec;38(12):791-8.   |             |
| T<br>ET   | → Dublette<br>Vegni E; Mauri E; D'Apice M; Moja EA<br><b>A quantitative approach to measure occupational therapist–client interactions: a pilot study.</b><br>Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SCAND J OCCUP THER), 2010 Sep; 17 (3): 217-24.                |             |
| T<br>ET   | Norrby E, Bellner AL.<br><b>The helping encounter--occupational therapists' perception of therapeutic relationships.</b><br>Scand J Caring Sci. 1995;9(1):41-6.   |             |
| ET  | → Dublette<br>Lloyd C, & Maas F<br><b>The helping relationship: The application of Carkhuff's model</b><br>CJOT Year: 1993 Vol: 60 No: 2 Pp: 83-89  |             |
| T<br>ET   | → Dublette<br>Mortenson WB, Dyck I.<br><b>Power and client-centred practice: an insider exploration of occupational therapists' experiences.</b><br>Can J Occup Ther. 2006 Dec;73(5):261-71.  |             |
|   | →Peloquin SM. <b>The therapeutic relationship: Manifestations and challenges in occupational therapy.</b> In: Crepeau E, Cohn E, Boyt Schell BA, editors. Willard & Spackman's Occupational Therapy. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. pp 157 – 170. | Buchkapitel |
| K<br>ET   | → Dublette<br>Eklund M, Rottpeter J, Vikström F.<br><b>The meaning of psychosocial occupational therapy in a life-story perspective. A long-term follow-up of three cases.</b><br>Occup Ther Int. 2003;10(3):185-205.   |             |

|             |   |
|-------------|---|
| K<br>ET     | Price-Lackey P, Cashman J.<br><b>Jenny's story: reinventing oneself through occupation and narrative configuration.</b><br>Am J Occup Ther. 1996 Apr;50(4):306-14.  |
| K<br>ET     | → Dublette<br>Haertl, Kristine; Behrens, Kari; Houtujec, Jill; Rue, Ashley; Haken, Rachel-Ten<br><b>Factors Influencing Satisfaction and Efficacy of Services at a Free-Standing Psychiatric Occupational Therapy Clinic.</b><br>American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), 2009 Nov-Dec; 63 (6): 691-700. |
| K<br>ET     | → Dublette<br>Gunnarsson AB, Peterson K, Leufstadius C, Jansson JA, Eklund M.<br><b>Client perceptions of the Tree Theme Method: a structured intervention based on storytelling and creative activities.</b><br>Scand J Occup Ther. 2010 Sep;17(3):200-8.  |
| K<br>ET     | → Dublette<br>Guidetti S, Asaba E, Tham K.<br><b>Meaning of context in recapturing self-care after stroke or spinal cord injury.</b><br>Am J Occup Ther. 2009 May-Jun;63(3):323-32.   |
| T/K<br>ET   | Copley J, Turpin M, Brosnan J, Nelson A.<br><b>Understanding and negotiating: reasoning processes used by an occupational therapist to individualize intervention decisions for people with upper limb hypertonicity.</b><br>Disabil Rehabil. 2008;30(19):1486-98.  |
| T<br>ET     | Brown CA.<br><b>Service users' and occupational therapists' beliefs about effective treatments for chronic pain: a meeting of the minds or the great divide?</b><br>Disabil Rehabil. 2003 Oct 7;25(19):1115-25.   |
| T<br>ET     | Falardeau M, Durand MJ<br><b>Negotiation-centred versus client-centred: Which approach should be used?</b><br>CJOT Year: 2002 Vol: 69 No: 3 Pp: 135-142   |
| K /<br>ET   | → Dublette<br>Gunnarsson AB; Eklund M<br><b>The Tree Theme Method as an intervention in psychosocial occupational therapy: client acceptability and outcomes.</b><br>Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), 2009 Jun; 56 (3): 167-76.   |
| ET          | → Dublette<br>Davis J<br><b>Occupational Therapy Students' Metaphors for Helping</b><br>AJOT Year: 2008 Vol: 62 No: 2 Pp: 242-250   |
| T<br>ET     | Burns JW1, Higdon LJ, Mullen JT, Lansky D, Wei JM.<br><b>Relationships among patient hostility, anger expression, depression, and the working alliance in a work hardening program.</b> Ann Behav Med. 1999 Spring;21(1):77-82.   |
| T / ET      | <b>Eighth Nathalie Barr Lecture. Caring for the patient.</b>  |
| T/<br>ET/PF | <b>Nurses' interpersonal behaviours and the development of helping skills.</b>  |







## Suchprozess

|   |   |
|---|---|
| Datum   | 29.01.15  |
| Datenbank   | <b>CINAHL</b>   |
| <b>Studien n= 259</b>   | <p><b>Limiters - Age Groups: All Adult</b></p> <p><b>Expanders</b> - Also search within the full text of the articles</p> <p><b>Search modes - Boolean/Phrase:</b></p> <p>(therapist-client relation* OR client-therapist relation* OR patient-therapist relation* OR therapist-patient relation* OR therapist-patient interaction* OR patient-therapist interaction* OR therapist-client interaction* OR client-therapist interaction* OR professional-patient relation* OR patient-professional relation* OR professional-client relation* OR client-professional relation* OR therapeutic relation* OR professional relation* OR therapeutic rapport OR helping relation* OR therapeutic alliance OR helping alliance OR working alliance OR therapeutic use of self OR helping behavior OR helping skills)</p> <p>AND (occupational therap*) AND</p> <p>(client perception* OR patient perception* OR client experience* OR patient experience* OR client perspective* OR patient perspective* OR client view OR patient view OR client needs OR patient needs OR client demands OR patient demands OR client satisfaction OR patient satisfaction)</p> |
| Bezeichnungen für Studienperspektive und Behandlungssetting :                                     | <p>K = Klientensicht</p> <p>T = Therapeutensicht</p> <p>ET = Ergotherapie</p> <p>PT = Physiotherapie</p> <p>PF = Pflege</p>   |
| <b>n = 191</b>  | exkludiert wegen <b>zu wenig Relevanz</b>   |
| <b>n = 2</b>  | exkludiert wegen <b>zutreffen eines Ausschlusskriteriums:</b>   |
| Fokus auf Hindukultur:  | Gibbs, K. E. & Barnitt, R. (1999). Occupational therapy and the self-care needs of Hindu elders. <i>British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER)</i> , 62 (3): 100-6.  |
| Fokus auf Japan:  | Shigemoto, K., Abe, K., Kaneko, F. & Okamura, H. (2007). Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it -- results of a Japanese population. <i>Disability &amp; Rehabilitation (DISABIL REHABIL)</i> , 29 (6): 437-44.  |
|  <b>n = 4</b>  | <b>Studien/Artikel mit hoher Relevanz</b><br>(Klientensicht in Ergotherapie auf therapeutische Beziehung)   |
|  <b>n = 8</b>  | <b>Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz</b><br>(Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)   |
|  <b>n = 11</b> | <b>Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz</b><br>(Klientensicht, aber therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus der Studie/des Artikels)  |
|  <b>n = 43</b> | <b>Studien/Artikel mit wenig Relevanz</b> (Therapeutische Beziehung thematisiert, steht aber nicht im Fokus der Studie/des Artikels)  |
| <b>→ total n = 66</b>   | nach 1.Suche auf CINAHL inkludierte Resultate   |

|  |   |
|--|---|
| Datum  | 03.02.15  |
| Datenbank  | <b>COCHRANE LIBRARY</b>   |
| <b>Studien n= 104</b>  | <p>all Cochrane databases, all document statuses, for all years</p> <p><b>Search modes - Boolean/Phrase:</b></p> <p>(therapist-client relation* OR client-therapist relation* OR patient-therapist relation* OR therapist-patient relation* OR therapist-patient interaction* OR patient-therapist interaction* OR therapist-client interaction* OR client-therapist interaction* OR professional-patient relation* OR patient-professional relation* OR professional-client relation* OR client-professional relation* OR therapeutic relation* OR professional relation* OR therapeutic rapport OR helping relation* OR therapeutic alliance OR helping alliance OR working alliance OR therapeutic use of self OR helping behavior OR helping skills)</p> <p>AND</p> <p>(occupational therap*)</p> <p>AND</p> <p>(client perception* OR patient perception* OR client experience* OR patient experience* OR client perspective* OR patient perspective* OR client view OR patient view OR client needs OR patient needs OR client demands OR patient demands OR client satisfaction OR patient satisfaction)</p> |
| Bezeichnungen für Studienperspektive und Behandlungssetting :  | <p>K = Klientensicht</p> <p>T = Therapeutensicht</p> <p>ET = Ergotherapie</p> <p>PT = Physiotherapie</p> <p>PF = Pflege</p>   |
| <b>n = 91</b>  | exkludiert wegen <b>zu wenig Relevanz</b>   |
| <b>n = 2</b>   | exkludiert wegen <b>zutreffen eines Ausschlusskriteriums:</b>   |
| Gruppen-therapie:  | <p>Eklund, M. (1997).<br/>Therapeutic factors in occupational group therapy identified by patients discharged from a psychiatric day centre and their significant others.<br/><i>Occupational Therapy International</i>, 4(3), 200–214.</p>   |
| Pädiatrie / Fokus auf Australische Ureinwohner:  | <p>Nelson, A. &amp; Allison, H. (2007)<br/>Relationships: the key to effective occupational therapy practice with urban Australian Indigenous children.<br/><i>Occup Ther Int.</i>, 14(1):57-70.</p>  |
|  <b>n = 1</b><br>(1Dubl.) | <b>Studien/Artikel mit hoher Relevanz</b><br>(Klientensicht in Ergotherapie auf therapeutische Beziehung)   |
|  <b>n = 4</b>             | <b>Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz</b><br>(Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)   |
|  <b>n = 1</b><br>(1Dubl.) | <b>Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz</b><br>(Klientensicht, aber therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus der Studie/des Artikels)  |
|  <b>n = 5</b><br>(1Dubl.) | <b>Studien/Artikel mit wenig Relevanz</b> (Therapeutische Beziehung thematisiert, steht aber nicht im Fokus der Studie/des Artikels)  |
| <b>→ total n = 11</b>  | nach 1.Suche auf Cochrane Library inkludierte Resultate (davon 3 Dubletten mit CINAHL)  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Datum   | 04.02.15 - 10.02.15   |  |
| Datenbank   | <b>OTDBASE</b>  |  |
|   | <p>Die Suche (S) geschieht als Schlagwortsuche in advanced search;<br/>eine Verknüpfung mit OR ist nicht möglich, da die Charaktere im Suchfeld auf 50 begrenzt sind;</p> <p>Die Trunkierung * wird von der Datenbank nicht erkannt;</p> <p>Gesucht wird nach Studien mittels Begriffen für «therapeutische Beziehung», die Verknüpfung mit der «Klientensicht» geschieht anschliessend bei der manuellen Durchsicht der gefundenen Studien / Artikel</p>                 |  |
| <p>client-therapist relation S18/ relations / relationship S20<br/>therapist-client relation S17/ relations / relationship S19</p> <p>patient-therapist relation S23/ relations / relationship S21<br/>therapist-patient relation S24/ relations / relationship S22</p> <p>client-professional relation S28/ relations / relationship S26<br/>professional-client relation S27/ relations / Relationship S25</p> <p>patient-professional relation S32/ relations / relationship S30<br/>professional-patient relation S31/ relations / relationship S29</p> <p>client-therapist interaction S36<br/>therapist-client interaction S35</p> <p>patient-therapist interaction S34<br/>therapist-patient interaction S33</p> <p>client-professional interaction S38<br/>professional-client interaction S37</p> <p>patient-professional interaction S40<br/>professional-patient interaction S39</p> | <p>therapeutic relation S2/ therapeutic relations S3 / therapeutic relationship S1</p> <p>professional relation S4/ professional relations S5/ professional relationship S6</p> <p>therapeutic rapport S7</p> <p>helping relation S8/ helping relations S9/ helping relationship S10</p> <p>therapeutic alliance S11</p> <p>helping alliance S12</p> <p>working alliance S13</p> <p>therapeutic use of self S14</p> <p>helping behavior S15</p> <p>helping skills S16</p> |  |
| <p>Bezeichnungen für Studienperspektive und Behandlungssetting :</p>  | <p>K = Klientensicht<br/>T = Therapeutensicht<br/>ET = Ergotherapie<br/>PT = Physiotherapie<br/>PF = Pflege</p>   |  |
| Suchprozess :   |   |  |
| S1  | «therapeutic relationship» als Schlagwort in Abstract → Resultate 39 (davon 18 Resultate Ø Relevanz)  |  |
| S2  | «therapeutic relation» als Schlagwort in Abstract → 1 Resultat; Ø Relevanz  |  |
| S3  | «therapeutic relations» als Schlagwort in Abstract → 1 Resultat; Ø Relevanz   |  |

- S4 «professional relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S5 «professional relations» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S6 «professional relationship» als Schlagwort in Abstract → 2 Resultate; Ø Relevanz
- S7 «therapeutic rapport» als Schlagwort in Abstract → 1 Resultate Ø Relevanz
- S8 «helping relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S9 «helping relations» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S10 «helping relationship» als Schlagwort in Abstract → 3 Resultate (davon 2 Resultate Ø Relevanz)
- S11 «therapeutic alliance» als Schlagwort in Abstract → 7 Resultate (davon 1 Dublette mit vorangegangener Suche; 3 Resultate Ø Relevanz)
- S12 «helping alliance» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S13 «working alliance» als Schlagwort in Abstract → 3 Resultate (davon 2 Dubletten mit vorangegangener Suche; 1 Resultat Ø Relevanz)
- S14 «therapeutic use of self» als Schlagwort in Abstract → 18 Resultate (davon 3 Dubletten mit vorangegangener Suche; 9 Resultate Ø Relevanz ; 1 Resultat nachträglich exkludiert)
- S15 «helping behavior» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S16 «helping skills» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S17 «therapist-client relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S18 «client-therapist relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S19 « therapist-client relationship » als Schlagwort in Abstract → 7 Resultate (davon 1 Dublette; 4 Resultate Ø Relevanz)
- S20 «client-therapist relationship» als Schlagwort in Abstract → 13 Resultat (davon 2 Dubletten; 7 Resultate Ø Relevanz)
- S21 «patient-therapist relationship» als Schlagwort in Abstract → 2 Resultate (davon 1 Resultat Ø Relevanz)
- S22 «therapist-patient relationship» als Schlagwort in Abstract → 3 Resultate
- S23 «patient-therapist relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S24 «therapist-patient relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S25 «professional-client relationship» als Schlagwort in Abstract → 1 Resultat; Ø Relevanz
- S26 «client-professional relationship » als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S27 «professional-client relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S28 «client-professional relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S29 «professional-patient relationship» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S30 «patient-professional relationship» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S31 «professional-patient relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S32 «patient-professional relation» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S33 «therapist-patient interaction» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S34 «patient-therapist interaction» als Schlagwort in Abstract → 1 Resultat; Ø Relevanz
- S35 «therapist-client interaction» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate
- S36 «client-therapist interaction» als Schlagwort in Abstract → 2 Resultate; Ø Relevanz
- S37 «professional-client interaction» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate

|   |   |
|---|---|
| S38   | «client-professional interaction» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate  |
| S39   | «professional-patient interaction» als Schlagwort in Abstract → 0 Resultate   |
| S40   | «patient-professional interaction» als Schlagwort in Abstract → 2 Resultate: Ø Relevanz   |
| <b>n = 2</b>  | exkludiert wegen <b>zutreffen eines Ausschlusskriteriums:</b><br>Kramer, J., Heckmann, S. & Bell-Walker, M.<br>Pädiatrie: Accommodations and therapeutic techniques used during the administration of the Child Occupational Self Assessment.<br><i>BJOT</i> Year: 2012 Vol: 75 No: 11 Pp: 495-502<br>Price, P. & Miner, S.<br>Pädiatrie: Occupation emerges in the process of therapy.<br><i>Am J Occup Ther.</i> 2007 Jul-Aug;61(4):441-50. |
|  <b>n = 6</b><br>(3 Dubl.)   | <b>Studien/Artikel mit hoher Relevanz</b><br>(Klientensicht in Ergotherapie auf therapeutische Beziehung)   |
|  <b>n = 14</b><br>(5 Dubl.)  | <b>Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz</b><br>(Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)   |
|  <b>n = 4</b><br>(3 Dubl.)   | <b>Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz</b><br>(Klientensicht, aber therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus der Studie/des Artikels)  |
|  <b>n = 12</b><br>(1 Dubl.) | <b>Studien/Artikel mit wenig Relevanz</b> (Therapeutische Beziehung thematisiert, steht aber nicht im Fokus der Studie/des Artikels)  |
| <b>→ total n = 37</b>   | nach 1.Suche auf OTDBASE inkludierte Resultate (davon 12 Dubletten mit CINAHL und Cochrane Library)   |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Datum                                 | 18.02.15 - 10.02.15   |
| Datenbank                             | <b>PubMed</b>   |
|                                       | Die Suche (S) geschieht als Schlagwortsuche in advanced search;<br>eine Verknüpfung mit OR ist nicht möglich, da die Charaktere im Suchfeld auf 50 begrenzt sind;<br>Die Trunkierung * wird von der Datenbank nicht erkannt;<br>Gesucht wird nach Studien mittels Begriffen für «therapeutische Beziehung», die Verknüpfung mit der «Klientensicht» geschieht anschliessend bei der manuellen Durchsicht der gefundenen Studien / Artikel |
| Meshterms (mit Tree):                 |   |
| <b>Professional-Patient Relations</b> | <b>Helping Behavior</b>   |
| • Professional Patient Relations      | • Behavior, Helping   |
| • Professional-Patient Relation       | • Behaviors, Helping  |
| • Relation, Professional-Patient      | • Helping Behaviors   |
| • Relations, Professional-Patient     |   |
| • Professional Patient Relationship   | <b>Occupational Therapy</b>   |

- Professional Patient Relationships
- Relationship, Professional Patient
- Relationships, Professional Patient
- Contacting Clients
- Client, Contacting
- Clients, Contacting
- Contacting Client
- Therapy, Occupational
- Occupational Therapies
- Therapies, Occupational

Für « therapeutische Beziehung » verwendete Begriffe:

|   |   |
|---|---|
| client-therapist relation S18/ relations / relationship S20     | therapeutic relation S2/ therapeutic relations S3 / therapeutic relationship S1   |
| therapist-client relation S17/ relations / relationship S19     | professional relation S4/ professional relations S5/ professional relationship S6 |
| patient-therapist relation S23/ relations / relationship S21    | therapeutic rapport S7  |
| therapist-patient relation S24/ relations / relationship S22    | helping relation S8/ helping relations S9/ helping relationship S10               |
| client-professional relation S28/ relations / relationship S26  | therapeutic alliance S11  |
| professional-client relation S27/ relations / Relationship S25  | helping alliance S12  |
| patient-professional relation S32/ relations / relationship S30 | working alliance S13  |
| professional-patient relation S31/ relations / relationship S29 | therapeutic use of self S14   |
| client-therapist interaction S36                                | helping behavior S15  |
| therapist-client interaction S35                                | helping skills S16  |
| patient-therapist interaction S34                               |   |
| therapist-patient interaction S33                               |   |
| client-professional interaction S38                             |   |
| professional-client interaction S37                             |   |
| patient-professional interaction S40                            |   |
| professional-patient interaction S39                            |   |

|   |  |
|---|--|
| Bezeichnungen für Studienperspektive und Behandlungssetting : | K = Klientensicht<br>T = Therapeutensicht<br>ET = Ergotherapie<br>PT = Physiotherapie<br>PF = Pflege |
|---|--|

Suchprozess :

- S1 (therapeutic relationship[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Subheading] → 0 Resultate
- S2 (therapeutic relationship[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 19 Resultate (davon 7 Resultate Ø Relevanz ; 2 Resultate nachträglich exkludiert (Pädiatrie))
- S3 (Professional-Patient Relations[MeSH Terms]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 370 Resultate ... Suche abgebrochen
- S4 (client-therapist relation\*[Title/Abstract]) AND occupational therapy[Title/Abstract] → 1 Resultat
- S5 (therapist-client relation\*[Title/Abstract]) AND occupational therapy[Title/Abstract] → 4 Resultate (davon 1Resultat Ø Relevanz)
- S6 (patient-therapist relation\*[Title/Abstract]) AND occupational therapy[Title/Abstract] → 2 Resultate
- S7 (therapist-patient relation\*[Title/Abstract]) AND occupational therapy[Title/Abstract] → 1 Resultat: Ø Relevanz

- S8 (client-professional relation\*[Title/Abstract]) AND occupational therapy[Title/Abstract] → 0 Resultat
- S9 (professional-client relation\*[Title/Abstract]) AND occupational therapy[Title/Abstract] → 1 Resultat
- S10 (patient-professional relation\*[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S11 (professional-patient relation\*[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S12 (client-therapist interaction[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 1 Resultat :  
Ø Relevanz
- S13 (therapist-client interaction[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S14 (patient-therapist interaction[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S15 (therapist-patient interaction[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S16 (client-professional interaction[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S17 (professional-client interaction[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S18 (patient-professional interaction[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S19 (professional-patient interaction[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S20 (professional relation[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S21 (professional relations[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S22 (professional relationship[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 2 Resultate:  
Ø Relevanz
- S23 (helping relation[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S24 (helping relations[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S25 (helping relationship[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 2 Resultate  
(davon 1 Resultat Ø Relevanz)
- S26 (therapeutic alliance [Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 3 Resultate (davon 1 Dublette mit vorangegangener Suche; 1 Resultat Ø Relevanz)
- S27 (working alliance[Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 4 Resultate (davon 1 Dublette, 2 Resultate Ø Relevanz )
- S28 (therapeutic use of self [Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 0 Resultat
- S29 (use of self [Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 1 Resultat: Ø Relevanz
- S30 (helping behavior [MeSH Terms]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 4 Resultate (davon 1 Dublette mit vorangegangener Suche, 1 Resultat Ø Relevanz)
- S31 (helping skills [Title/Abstract]) AND occupational therapy[MeSH Terms] → 1 Resultat ; Dublette mit vorangegangener Suche

|  |   |
|--|---|
| <p><b>n = 2</b></p> <p>Pädiatrie:</p> <p>Pädiatrie:</p>  | <p>exkludiert wegen <b>zutreffen eines Ausschlusskriteriums:</b></p> <p>Delany, C. &amp; Galvin, J.<br/>Ethics and shared decision-making in paediatric occupational therapy practice.<br/><i>Dev Neurorehabil.</i> 2014 Oct;17(5):347-54.</p> <p>Price, P. &amp; Miner, S.<br/>Occupation emerges in the process of therapy.<br/><i>Am J Occup Ther.</i> 2007 Jul-Aug;61(4):441-50.</p>  |
| <p> <b>n = 3</b><br/>(2 Dubl.)</p> <p> <b>n = 7</b><br/>(5 Dubl.)</p> <p> <b>n = 4</b><br/>(3 Dubl.)</p> <p> <b>n = 9</b><br/>(3 Dubl.)</p> <p><b>→ total n = 23</b></p> | <p><b>Studien/Artikel mit hoher Relevanz</b><br/>(Klientensicht in Ergotherapie auf therapeutische Beziehung)</p> <p><b>Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz</b><br/>(Ergotherapeutinnensicht auf therapeutische Beziehung)</p> <p><b>Studien/Artikel mit mittlerer Relevanz</b><br/>(Klientensicht, aber therapeutische Beziehung steht nicht im Fokus der Studie/des Artikels)</p> <p><b>Studien/Artikel mit wenig Relevanz</b> (Therapeutische Beziehung thematisiert, steht aber nicht im Fokus der Studie/des Artikels)</p> <p>nach 1.Suche auf PubMed inkludierte Resultate (davon 13 Dubletten mit CINAHL, Cochrane Library und OTDBASE)</p> |



## **Wortzahl**

**Abstract: 224**

**Text: 8204**