

Diplomarbeit
im Studium zum
Diplom-Ergotherapeuten (FH)

**NLP und Gesprächsführung nach
Rogers im Kontext der
ergotherapeutischen Arbeit in der
klinischen Geriatrie – sinnvolle
Kombinationsmöglichkeit oder
unvereinbarer Gegensatz?**

Verfasser: Siegfried Nohner,
Ergotherapeut

Betreuer: Dr. Arnold Otten

Vorlagedatum:
15. Oktober 2005

»Während meines ganzen beruflichen Lebens habe ich mich in Richtungen bewegt, die andere für töricht hielten und an denen ich oft selber gezweifelt habe. Ich habe es aber nie bereut, Wege eingeschlagen zu haben, die mich >richtig< anmuteten, auch wenn ich mich damals oft einsam oder albern gefühlt habe«

Carl Rogers

»Das, was ich Ihnen beibringe, funktioniert, aber ich möchte, daß Sie beginnen, zu überlegen, was sonst wohl noch besser funktionieren könnte«

Richard Bandler

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Stilistisches zur vorliegenden Arbeit	1
2. Persönliches zur Wahl des Themas	1
3. Hypothesenentwicklung	2
4. Zum Aufbau und Inhalt der Arbeit	4
5. Vorstellung der Modelle	5
5.1 Die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers	5
5.1.1 Die Basisvariablen des Therapeuten	7
5.1.1.1 Wertschätzung	7
5.1.1.2 Kongruenz	8
5.1.1.3 Empathie	9
5.1.2 Die Aktualisierungstendenz des Klienten	10
5.1.3 Vor- und Nachteile der Klientenzentrierten Gesprächs- führung bezüglich der ergotherapeutischen Arbeit in der klinischen Geriatrie	11
5.1.3.1 Vorteile	11
5.1.3.2 Nachteile	12
5.2 Das Neuro-Linguistische Programmieren (NLP)	14
5.2.1 Pacing und Rapport	16
5.2.2 Wirklichkeitsebenen / Oberflächen- und Tiefenstruktur	16
5.2.3 Ankern	17
5.2.4 Kooperationsstile	17
5.2.5 Symptomverschreibungen	18
5.2.6 Reframing	18

	Seite
5.2.7 Blickkontakt / Augenzugangshinweise	19
5.2.8 Wohlgeformte Ziele	20
5.2.9 Vor- und Nachteile des NLP bezüglich der ergotherapeutischen Arbeit in der klinischen Geriatrie	21
5.2.9.1 Vorteile	21
5.2.9.2 Nachteile	22
6. Gemeinsamkeiten und Gegensätze	23
6.1 Gemeinsamkeiten	24
6.1.1 Empathie / Pacing und Rapport	24
6.1.2 Wertschätzung und die immer positive Absicht	25
6.1.3 Loslösung von Diagnostik / Ablehnung der Pathologie	25
6.1.4 Aktualisierungstendenz und Selbstheilungskräfte	26
6.2 Gegensätze	26
6.2.1 Die Intervention	27
6.2.1.1 Aspekte der einzelnen Konzepte zum Thema Intervention	27
6.2.1.2 Persönliche Sicht des Verfassers zum Thema Intervention	28
6.2.2 Die Therapeutenkongruenz	29
6.2.2.1 Aspekte der einzelnen Konzepte zum Thema Therapeutenkongruenz	29
6.2.2.2 Persönliche Sicht des Verfassers zum Thema Therapeutenkongruenz	30
6.2.3 Die Zielformulierung	31
6.2.3.1 Aspekte der einzelnen Konzepte zum Thema Zielformulierung	31

	Seite
6.2.3.2 Persönliche Sicht des Verfassers zum Thema Zielformulierung	31
6.2.4 Die Geschwindigkeit der Veränderung	31
6.2.4.1 Aspekte der einzelnen Konzepte zum Thema Veränderungsgeschwindigkeit	31
6.2.4.2 Persönliche Sicht des Verfassers zum Thema Veränderungsgeschwindigkeit	32
7. Erstellung eines Kombinationsmodells bezogen auf die ergotherapeutische Arbeit in der klinischen Geriatrie	33
7.1 Grundgedanken zur Konzeptentwicklung	33
7.2 Das Setting	35
7.3 Die innere Vorbereitung	35
7.4 Einstieg in das Gespräch	36
7.5 Der weitere Gesprächsverlauf	37
7.6 Die Erarbeitung eines Zieles	38
7.7 Zusammenfassende Betrachtung des Kombinations- modells unter ergotherapeutischen Gesichtspunkten im Kontext der klinischen Geriatrie	39
8. Überprüfung des Kombinationsmodells im Zuge exemplarischer Anwendungen	41
8.1 geplantes Vorgehen	41
8.2 Vorstellung von vier Therapiegesprächen	43
8.2.1 Gespräch mit Frau A.	43
8.2.2 Gespräch mit Frau W.	47
8.2.3 Gespräch mit Frau S.	49
8.2.4 Gespräch mit Herrn B.	53
8.3 Auswertung der Gespräche	55

	Seite
8.3.1 Bewertung der Zielformulierungen	55
8.3.2 Bewertung der Therapeutenkongruenz	56
8.3.3 Bewertung des Zeitrahmens	57
8.3.4 Zusätzliche Bewertung im Zuge der Überprüfung des Kombinationsmodells	57
9. persönliches Fazit	58

1. Stilistisches zur vorliegenden Arbeit

Im Zuge der schriftlichen Erstellung dieser Diplomarbeit wurde im Falle der allgemeinen Erwähnung therapeutischer Personen und Klienten die maskuline Anredeform gewählt, um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten. Es wird an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die entsprechenden Textstellen gleichermaßen auf weibliche wie männliche Personen beziehen [vgl. THEISEN 2002:139].

2. Persönliches zur Wahl des Themas

Im Vergleich zu anderen Medizinalfachberufen ist die Ergotherapie besonders gefordert, Klienten in ihrer Ganzheitlichkeit wahrzunehmen und gleichermaßen physische, kognitive und psychische Belange der zur Behandlung anvertrauten Menschen zu berücksichtigen [vgl. BISCHOFF 2000:33]. Zu den therapeutischen Kompetenzen zählen somit sowohl senso-motorisch-funktionelle und neuropsychologische als auch psychosoziale Fähigkeiten und Fertigkeiten. Gerade für letztere erscheint die Beherrschung kommunikativer Werkzeuge als unbedingt sinnvoll.

Bestandteil meiner ergotherapeutischen Ausbildung war auch die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers, welche mich schon zu diesem Zeitpunkt – wenn auch nur in absoluter Grundlagenform vermittelt – beeindruckt und angesprochen hat. Nach Beendigung meines Examens hatte ich unter anderem innerhalb des Absolvierens von Fachfortbildungen zudem mehrmals Kontakt mit der Methode des NLP, und eine kombinierte Anwendung beider Konzepte erschien mir „aus dem Bauch heraus“ immer als sinnvoll. Im Zuge des derzeitigen Studiums bekam ich Gelegenheit, mich mit der Methode von Rogers noch einmal genauer auseinanderzusetzen. Mit einem Verknüpfungsgedanken beider Konzepte unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten konnte ich mich erstmalig im Zuge der durchzuführenden mündlichen Prüfung befassen. Die darauf hin geführte kontroverse Diskussion ergab für mich den Anlass zu einer Vertiefung und Überdenkung der Thematik.

Das vorliegende Thema wurde deshalb mit Bedacht gewählt, um eine Überprüfung des beschriebenen „Bauchgefühls“ in wissenschaftlicher Methode durchzuführen.

3. Hypothesenentwicklung

Innerhalb therapeutisch vorgehender Berufsgruppen existiert eine grosse Anzahl von Methoden und Konzepten, welche durchweg sicherlich prinzipiell erfolgreich in ihren jeweiligen Anwendungen funktionieren. Gerade bezogen auf den Beruf des Ergotherapeuten mit seinem breiten Tätigkeitsspektrum können die unterschiedlichsten Behandlungsmethoden auftauchen. Im sensorisch-funktionellen Bereich beispielsweise trifft man oft auf die Anwendung verschiedener neurophysiologischer Konzepte (z.B. Bobath, Perfetti, PNF, Affolter, etc.). Alle diese Konzepte sind allgemein anerkannt und ihre Effizienz hinreichend erwiesen. Sie beruhen, so unterschiedlich ihre Herangehensweisen an therapeutische Aufgaben auch sein mögen, jedoch alle auch auf den gleichen neurophysiologischen Erkenntnissen und können sich somit prinzipiell nicht widersprechen. Nach subjektiver Erfahrung ist ihre erfolgreiche Anwendung eher von Vorlieben des Therapeuten einerseits als auch von der Individualität des Klienten andererseits abhängig. Ein von seinem Wesen her eher sehr autonom eingestellter Klient vermag beispielsweise unter Umständen gut von einer Therapie in Anlehnung an PNF profitieren, einem neurophysiologischen Konzept, welches in seiner Anwendung dem Klienten oft viel Bewegungskontrolle überlässt. Dem gegenüber wird ein Klient, welcher sich eher „in die Hände seines Therapeuten“ begeben möchte, möglicherweise grösseren Nutzen aus einer Bobath-Behandlung ziehen, da diese Methode häufig über die Führung der Bewegung durch den Therapeuten funktioniert. In beiden Fällen ist der Behandlungserfolg jedoch auch von der Überzeugung des Therapeuten selbst von der Wirksamkeit des jeweiligen Konzeptes abhängig.

Gleiches gilt sicherlich auch für Vorgehensweisen im psychosozialen Bereich ergotherapeutischer Arbeit. Auch hier sollte man davon ausgehen können,

dass Konzepte, welche in ihrer Wirksamkeit hinreichend anerkannt sind, sich in ihren Grundlagen nicht fundamental widersprechen. Inwiefern diese Annahme zutreffend ist, soll unter anderem innerhalb dieser Arbeit geklärt werden.

Die beiden gewählten Gesprächsmethoden bieten sich für eine ergotherapeutische Betrachtung gut an. Das Konzept nach Rogers ist, wie bereits erwähnt, in Grundlagen Inhalt der ergotherapeutischen Ausbildung. Die Methode des NLP beruht auf der Philosophie des Konstruktivismus [vgl. BRILL 2005:Min.9], welcher sich gleichermassen aus geistes- und naturwissenschaftlichen Ansätzen entwickelt hat [vgl. KÖLSCH-BUNZEN 2005:63]. Gerade für den Beruf des Ergotherapeuten mit seinen Schwerpunkten sowohl in natur- als auch in geisteswissenschaftlichen Arbeitsbereichen erscheint eine praktizierbare konstruktivistische Gesprächsmethode somit als durchaus sinnvoll.

Bezogen auf die ergotherapeutische Tätigkeit innerhalb der klinischen Geriatrie muss der Anwendung kommunikativ-therapeutischer Techniken eine besondere Bedeutung zukommen. Immerhin befinden sich die Klienten innerhalb dieses Kontextes im Gegensatz zu jüngeren Patienten in allgemeinversorgenden Krankenhäusern oder entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen häufig in einer Situation, die für sie einschneidende soziale Konsequenzen beinhalten kann (Frage nach Möglichkeit zur Rückkehr in die häusliche Umgebung, Erhalt der bisherigen Alltagsautonomie, etc.). Damit zusammenhängend entstehen häufig Ängste, welche einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Beziehung zwischen Therapeut und Klient haben können. Die Erwartungen an den Ergotherapeuten sind in diesem Zusammenhang von besonderem Charakter, da er an einer Verbindung von klinischem Bild und Zukunftsperspektive massgeblich beteiligt ist [vgl. BISCHOFF 2000:52]. Verständnis für die unter den genannten Umständen häufig besonders hohe Verunsicherung und Erwartungshaltung von Klienten und Angehörigen zu zeigen, aber auch realistische Ziele mit dem Klienten zu erarbeiten und zu verwirklichen, erfordert unter anderem ein nicht geringes Mass auch an kommunikativen Kompetenzen. »Gespräche, die gut strukturiert sind, haben

eine wesentlich nachhaltigere Wirkung als Gespräche, die „irgendwie“ ablaufen.«[GEISLER 2003:5]

Zudem erscheint es gerade im geriatrisch-klinischen Umfeld aussergewöhnlich wichtig zu sein besonderes Augenmerk auf das Thema der Klienten-Autonomie zu richten. Einerseits neigen verantwortliche Hilfspersonen (Angehörige, Pflegekräfte, Therapeuten, etc.) oft zur „Entmündigung“ der Klienten, andererseits haben sich diese häufig auch schon in einer solchen Situation adaptiert, indem sie Hilfestellungen in den verschiedenen alltagsrelevanten Handlungsbereichen unnötigerweise einfordern, was dem Erhalt der Selbsthilfefähigkeit eher abträglich ist [vgl. BÖHM 1999:142 ff]. Autonomieerhalt spielt gerade in diesem Kontext eine grosse Rolle [vgl. BÖHM 1999: 30 ff] und damit zusammenhängend auch das Animieren zur Äusserung eigener Vorstellungen bezüglich Therapieziele und -Inhalte. Eine Gesprächsmethodik, welche dieser Anforderung gerecht wird, wäre somit in jedem Fall ein gewinnbringender Faktor in der klinischen Behandlung geriatrischer Klienten.

Unter dem Eindruck der geschilderten Gedanken entstand folgende, innerhalb dieser Arbeit zu bestätigende oder zu widerlegende Hypothese:

Innerhalb der klinischen Geriatrie ist bezogen auf die ergotherapeutische Arbeit eine Verknüpfung des Gesprächsführungskonzeptes nach Rogers und der Methode des NLP in den jeweiligen Grundzügen durchführbar und sinnvoll.

4. Zum Aufbau und Inhalt der Arbeit

Da die höher qualifizierte Anwendung beider gewählter Gesprächsmethoden in der Praxis ein hohes Mass an Erfahrung und vor allem Ausbildung erfordert, was bei Ergotherapeuten nicht allgemein als vorausgesetzt gesehen werden darf, bezieht sich der beschriebene Verknüpfungs- und Anwedungsversuch vor allem auf die basalen Aussagen der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers und dem Kommunikationsmodell des NLP.

Beides soll in ein praxisnah anwendbares Konzept vereint werden. In jedem Fall kann diese Kombinationsvariante bezüglich des professionellen Gebrauchs des jeweiligen Einzelmodells keinen Ersatz für fachliche Fortbildung bieten. Zudem ist der Verfasser selbst in zertifizierter Form weder nach Rogers noch in NLP fundiert ausgebildet. Somit soll an dieser Stelle darauf hingewiesen sein, dass die im folgenden beschriebenen Gedanken kein „Lehrbuch“ für beide Konzepte darstellen.

Zunächst erfolgt eine kurze Beschreibung beider Kommunikationsmodelle in ihren grundsätzlichen Ideen (Punkt 5.). Im nächsten Schritt werden diese dann gegenübergestellt und hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Gegensätze untersucht. Unter Punkt 7. wird daraufhin ein kombiniertes Modell beider Konzepte entwickelt, welches unter Punkt 8. im Zuge exemplarischer Anwendungen auf seine Praktikierbarkeit hin untersucht wird. Abschliessend erfolgt ein Fazit bezüglich der zuvor beschriebenen Hypothese.

5. Vorstellung der Modelle

Wie vorangestellt bereits erwähnt werden die Kommunikationsmodelle nach Carl Rogers und des NLP im folgenden lediglich in ihren grundlegenden Ideen und Aussagen vorgestellt. Eine ausführliche Beschreibung beider Konzepte würde ansonsten den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen. Um möglichst zügig einen praktischen Bezug zum gewählten Thema herzustellen, werden die Modelle einer kritischen Betrachtung hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile bezogen auf den gegebenen Kontext aus Sicht des Verfassers unterzogen.

5.1 Die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers

Die Klientenzentrierte Gesprächsführung wurde von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers in der Zeit um 1940 entwickelt und fand weltweite Verbreitung. Vor allem durch die Arbeit von Reinhard Tausch wurde sie in

Deutschland etwa seit 1960 eher unter der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ etabliert [vgl. PFEIFFER zitiert in ROGERS 2004:9]¹. Im Wesentlichen stellt Rogers (1902 – 1987) dieses Konzept auf zwei Säulen. Zum einen hebt er die Wichtigkeit einer personenzentrierten Haltung des Therapeuten heraus, indem sich dieser vor allem drei grundlegende Aspekte zu eigen machen soll:

- Empathie
- Kongruenz
- Wertschätzung

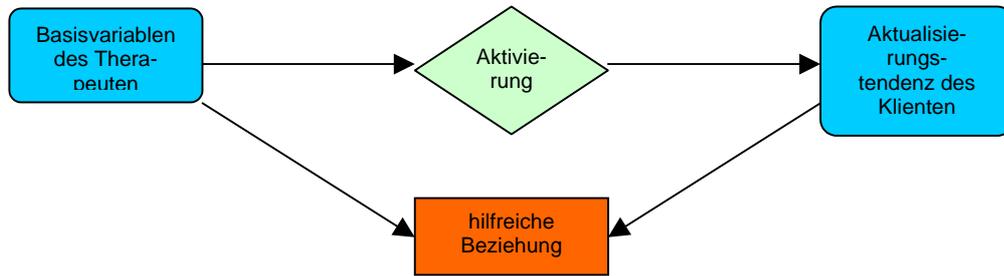
Diese sogenannten Basisvariablen sind für die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers von fundamentaler Bedeutung und werden im Folgenden noch einer genaueren Betrachtung unterzogen. Die zweite Säule bildet laut Rogers die sogenannte Aktualisierungstendenz, ein Streben jedes Organismus sich selbst zu erhalten, zu entfalten und seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten weiterzuentwickeln [vgl. PRAXIS-INFO.CH 2005:1]. Auch dieser Faktor wird noch eingehender vorgestellt.

Ziel eines therapeutischen Interagierens ist nach Rogers Meinung das Herstellen einer *hilfreichen Beziehung*. Diese wird mit dem Umstand definiert, dass der Therapeut innerhalb einer solchen Beziehung zu seinem Klienten bestrebt ist, latente innere Ressourcen höher zu schätzen, sie bewusster und somit einsetzbarer zu machen [vgl. ROGERS 2004a:53].

Prinzipiell könnte man sagen, dass die oben genannten Basisvariablen den therapeutischen und die Aktualisierungstendenz den klientischen Beitrag zum erfolgreichen therapeutischen Gespräch darstellen [vgl. WEBER 2000:27]. Die Abbildung auf Seite 7 soll hierzu eine vereinfachte Orientierungshilfe darstellen.

¹ Die Originalausgabe stammt aus dem Jahr 1961, verwendet wurde in dieser Arbeit die 15. Auflage

Abbildung 1: vereinfachte schematische Darstellung der klientenzentrierten Gesprächsführung



Nohner 2005

5.1.1 Die Basisvariablen des Therapeuten

5.1.1.1 Wertschätzung

» Je mehr ein Individuum verstanden und akzeptiert wird, desto besser ist es in der Lage, die falschen Fassaden fallen zu lassen, mit denen es dem Leben begegnet, und desto mehr neigt es dazu, sich in eine Vorwärtsrichtung zu bewegen. « [ROGERS 2004a:42]

Unter Wertschätzung im Klientenzentrierten Gespräch versteht man die bedingungslose Annahme und Akzeptanz der Aussagen des Klienten. Dabei ist es wichtig, solche Aussagen nicht zu bewerten oder gar abzuwerten [vgl. WEBER 2000:107]. Viel mehr geht es hier um die Akzeptanz des Klienten selbst, so wie er ist, nicht wie der Therapeut ihn vielleicht gerne hätte. Um dies zu erreichen motiviert Rogers durchaus zu einer Form von Leichtgläubigkeit durch den Therapeuten, indem dieser vorbehaltlos das annimmt, was ihm der Klient preisgibt, ohne diese Auskünfte argwöhnisch auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu überprüfen [vgl. ROGERS 2004b:155]². Umsetzbar wird diese eher innere Einstellung des Therapeuten durch Äusserungen im Gespräch, welche vor allem von Freundlichkeit, emotionaler Wärme und Anteilnahme geprägt sind [vgl. WEBER 2000:107].

² Die Originalausgabe stammt aus dem Jahr 1983, verwendet wurde in dieser Arbeit die 18. Auflage

5.1.1.2 Kongruenz

» Ich habe herausgefunden, daß eine Beziehung um so hilfreicher sein wird, je ehrlicher ich mich verhalten kann. Das meint, daß ich mir meiner eigenen Gefühle soweit wie möglich bewußt sein muß. « [ROGERS 2004a:47]

Wie auch die Wertschätzung zählt der Faktor der Kongruenz eher zu einer inneren Haltung des Therapeuten. Gemeint ist eine spezielle Art von authentischem Verhalten, indem der Therapeut sich seine Gefühle bewusst macht und innerhalb des Gespräches vermeidet, nach aussen hin sich anders zu geben, als seine inneren Gefühle es eigentlich vorgeben. Beispielsweise sieht Rogers es nicht als hilfreich an, eine liebevolle Form der Konversation zu wählen, wenn der Therapeut innerlich eigentlich feindliche Stimmungen erlebt [vgl. ROGERS 2004a:32]. Kongruenz führt laut dem Prinzip der Klientenzentrierten Gesprächsführung bei konsequenter „Umsetzung“ durch den Therapeuten zu einem gleichsam kongruenten Verhalten des Klienten selbst. Man kann somit zwei Formen der Kongruenz unterscheiden, die Selbstkongruenz des Therapeuten und die Kongruenz des Klienten, wobei die erste die zweite bedingt. Ist der Therapeut also kongruent in seiner Kommunikation, wirkt er somit – auch im Zusammenhang von verbalem und non-verbalem Ausdruck – echt gegenüber dem Klienten, stimuliert er diesen zu einer eigenen Ehrlichkeit sich selbst gegenüber, was Grundlage für einen konstruktiven Veränderungsprozess bedeutet. Schwierig erscheint es hierbei jedoch für sich selbst als Therapeut eine Umgangsform mit seinen eigenen Gefühlen zu finden. Möglicherweise ist es sinnvoll, sich diese lediglich bewusst zumaachen, ohne sie jedoch nach aussen hin in Erscheinung treten zu lassen. Andererseits kann es auch von grosser Bedeutung für eine hilfreiche Beziehung sein, seine Gefühle dem anderen mitzuteilen, beispielsweise bei andauerndem Verhalten des Klienten in einer für den Therapeuten schwierig zu ertragenden Weise [vgl. WEBER 2000:118ff]. Den Begriff der Kongruenz zu erklären, fällt nicht einfach. Um ein eigenes Verständnis für diese Basisvariable zu entwickeln, bedarf es – wie eigentlich hinsichtlich des gesamten Konzeptes

der Klientenzentrierten Gesprächsführung – der selbständigen Erprobung.
»Erfahrung ist für mich die höchste Autorität« [ROGERS 2004a:39]

5.1.1.3 Empathie

» Das Therapieverfahren, das sie als hilfreichstes empfunden hatten, bestand darin, daß der Therapeut die Gefühle, denen der Klient vage und zögernd begegnete, erhellte und offen darlegte.« [ROGERS 2004a:57]³

Die Basisvariable, welche nach Meinung des Verfassers am ehesten „technisch“ umsetzbar erscheint, ist die der Empathie. Synonymal wird auch der Begriff »Einführendes Spiegeln« [WEBER 2000:68] gebraucht. Prinzipiell könnte man sagen, dass Empathie die verbale Umsetzung von Wertschätzung und Kongruenz bedeutet. Dabei ist es wichtig, den inneren Bezugsrahmen des Klienten, das heisst seine Emotionen und Bedeutungen, wahrzunehmen und diese zu verbalisieren. Der Sinn dieser Basisvariable liegt darin, dass der Klient sich einerseits durch ein solches therapeutisches Verhalten angenommen und verstanden fühlt, andererseits infolgedessen sein Verhalten selbst exploriert und daraufhin selbst hinterfragen und nötigenfalls verändern kann [vgl. WEBER 2000:69ff]. Dabei beschreibt Rogers das therapeutische Vorgehen mit der Einnahme einer „Als-Ob-Position“. Das bedeutet das Erspüren der Emotionen und des Erlebens des Klienten *als ob* diese Emotionen und Erlebnisse die eigenen wären – ohne jedoch das Bewusstsein dafür zu verlieren, dass diese nicht die eigenen sind [vgl. ROGERS 2004a:277]. Diese notwendige Distanz zum Klienten erlaubt dem Therapeuten ein Verständnis für dessen Probleme und den damit zusammenhängenden Emotionen zu entwickeln [vgl. GEISLER 2003:3] diese dann dem Klienten zu spiegeln und somit den Prozess der Selbstaktualisierung des Klienten zu fördern [vgl. ROGERS 2004b:24].

³ Rogers beschreibt hier das Ergebnis einer Studie von HEINE (1950), in welcher ein Vergleich von psychoanalytischen, klientenzentrierten und Adlerschen Methoden unternommen wurde.

Abbildung 2: Beispiel für Emphatisches Spiegeln

K.: Ich empfinde es nicht als Schuld. *(Pause. Sie weint.)* Natürlich meine ich, ich kann es noch nicht sagen. *(Dann mit einem Schwall von Emotionen)* Es ist nur, daß ich furchtbar verletzt bin!
Th.: M-hm. Es ist keine Schuld außer in dem Sinn, daß Sie irgendwie verletzt sind.

Quelle: ROGERS 2004b:25

5.1.2 Die Aktualisierungstendenz des Klienten

»Diese Tendenz ist die primäre Motivation für Kreativität, dafür, daß der Organismus neue Beziehungen zur Umwelt herstellt in seinem Bemühen, am vollständigsten er selbst zu sein.«[ROGERS 2004a:340]

Eine wichtige Grundannahme der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers ist die, dass jeder Mensch in sich den Antrieb besitzt, sich selbst weiter zu entwickeln und zu verwirklichen. Diese sogenannte Aktualisierungstendenz wird unter günstigen Umständen in einer Form wirksam, in der der Klient es vermag, sich konstruktiv und sozial verbindend fort zu entwickeln. Dabei widerspricht sie in ihrer Annahme durchaus psychoanalytischen und lerntheoretischen Ansätzen, die eher von mangelinduzierten Lebensmotivationen ausgehen [vgl. PFEIFFER zitiert in ROGERS 2004b:10].

Eine Blockade der Aktualisierungstendenz ist nach Auffassung der Klientenzentrierten Gesprächsführung Auslöser für seelische Störungen [vgl. PRA-XIS-INFO.CH 2005:1].

Voraussetzung für eine Aktivierung der Aktualisierungstendenz ist eine durch die Umsetzung der therapeutischen Basisvariablen ausgelöste Selbstexploration des Klienten. Diese Selbstexploration findet in vier Stufen statt, beginnend bei einem Zustand des Nicht-Verbalisierens von persönlichen bedeutsamen Inhalten des Klienten bis hin zu seinem aktiven und spontanen Versuch, Emotionen und Umwelterfahrungen wahrzunehmen [vgl. WEBER 2000:135f].

5.1.3 Vor- und Nachteile der Klientenzentrierten Gesprächsführung bezüglich der ergotherapeutischen Arbeit in der klinischen Geriatrie

Hinsichtlich des zu beschreibenden Themas bietet die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers subjektiv betrachtet sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen in ihrer Anwendbarkeit. Es soll nicht als anmassend verstanden werden, wenn diesbezüglich eine „Bewertung“ dieser sicherlich sehr erfolgreich funktionierenden Methode erfolgt. Vielmehr geht es an dieser Stelle darum, für die erwähnte Art ergotherapeutischer Tätigkeit verwertbare bzw. nicht geeignete Ansätze herauszustellen. Im Sinne der Gesprächspsychotherapie im allgemeinen sowie des Geistes von Carl Rogers im besonderen sei darauf hingewiesen, dass die im folgenden beschriebenen Gedanken immer herausgelöst aus dem Gesamtmodell der Klientenzentrierten Methode zu betrachten sind, und somit für diese keine Beurteilung als solches bedeuten. Legitim erscheint eine Untersuchung der Anwendbarkeit Klientenzentrierter Gesprächsführung im Bereich ursprünglich nicht durch diese Methode fokussierter Berufs- und Lebensbereiche durch die Aussage von Rogers selbst, dass seine Ideen vom kommunikativen Umgang miteinander wohl auch in solchen Bereichen ihre Gültigkeit haben [vgl. ROGERS 2004a:55].

5.1.3.1 Vorteile

Führt man die Gedanken zu den eingangs erwähnten besonderen Anforderungen an die Ergotherapie im klinisch-geriatrischen Kontext zurück, liegen die Vorteile der Klientenzentrierten Gesprächsführung auf dieses Aufgabenfeld bezogen fast schon „auf der Hand“. Gerade das Schaffen einer Vertrauensbasis innerhalb einer Beziehung von Therapeut und Klient mit spielt für ältere Menschen eine wohl besondere Rolle – nicht nur bezogen auf die Tätigkeit von Ergotherapeuten. Sich angenommen zu fühlen wirkt Ängsten und Bedrohungsgefühlen entgegen [vgl. BRASSE 2005:Min.7f] und stärkt das Zutrauen des Klienten in die Wirksamkeit therapeutischer Massnahmen. Selbstverständnis zu fördern und den Eindruck des „Sich-ernst-genommen-Fühlens“ [vgl. OPITZ 2005:Min.8] zu vermitteln sind wichtige Voraussetzun-

gen auch für das Fördern eines möglichst autonomen Verhaltens älterer Klienten, da diese, wie bereits erwähnt, unter Umständen eine solche Erfahrung schon länger nicht mehr gemacht haben und deshalb möglicherweise eine eher resignative und untergeordnete Haltung einnehmen (siehe Punkt 3.). Nun – gerade Ergotherapeuten geht es ja im Besonderen um den Erhalt und die Verbesserung von Selbständigkeit! Das Schaffen von Vertrauen zum Therapeuten und Vertrauen zu sich selbst erscheint aus ergotherapeutischer Sicht der gewinnbringendste Faktor in der Anwendung der Klientenzentrierten Gesprächsführung innerhalb der klinischen Arbeit mit geriatrischen Klienten zu sein.

5.1.3.2 Nachteile

Für den thematisch eingegrenzten Bereich bietet die Klientenzentrierte Gesprächsführung auch Nachteile. Zum einen erscheint der Zeitfaktor bei „reiner Anwendung“ ein grosses Problem zu ergeben. Gerade im klinischen Kontext steht und fällt eine erfolgreiche Behandlung mit einer effizienten Ausnutzung der zur Verfügung stehenden Zeit während der begrenzten Aufenthaltsdauer der Klienten. In der Regel soll ein geriatrisches Assessment innerhalb von drei Aufenthaltstagen vorliegen⁴. Dies beinhaltet natürlich auch eine ergotherapeutische Aussage über die angestrebten Therapieziele. Dem entgegen steht die eher abwartende Haltung der Klientenzentrierten Methode, welche sich nicht mit schnell funktionierenden Zielvorgaben befasst [vgl. ROGERS 2004b:133]. Der daraus resultierende Zeitmangel setzt diesem Konzept innerhalb klinisch-rehabilitativer Arbeit deutliche Grenzen [vgl. OPITZ 2005:Min.10].

Die fehlende Zielorientiertheit als solches stellt neben dem Problem der zeitlichen Umsetzung das zweite zu beachtende Manko dar. Ziele mit dem Klienten bereits zu Beginn der Therapie zu erarbeiten ist unumgänglich, da von diesem sowie von seinen Angehörigen und nicht zuletzt von den Kostenträ-

⁴ Diese Angabe stammt aus Erfahrungen des Verfassers, für eine offizielle Vorgabe diesbezüglich konnte keine Quelle ausfindig gemacht werden

gern zumeist ein nachvollziehbarer Nutzen des klinischen Aufenthaltes gefordert wird. Wie vorangehend bereits erläutert, ist die Methode nach Rogers jedoch weder darauf ausgelegt, schnelle Veränderungen herbeizuführen, noch bereits zu Behandlungsbeginn ein klares Ziel zu benennen [vgl. BRASSE 2005:Min9].

Zudem sollte an dieser Stelle auch der von dem Therapeuten erwartete Faktor der Handlungsorientiertheit Beachtung finden. Die Klienten geben sich im Umfeld klinisch-rehabilitativer Massnahmen in der Regel nicht in ergotherapeutische Behandlung, nur um zu reden, erwartet wird hier ein Vorgehen eher im sensomotorisch-funktionellen und kognitiv-therapeutischen Rahmen, auch wenn der Anteil psychosozialer Gesichtspunkte immer mit einbezogen werden sollte [vgl. BISCHOFF 2000:31ff]. Dennoch ist Geriatrie ja nicht gleichzusetzen mit Gerontopsychiatrie, auch wenn hier nach subjektiver Meinung des Verfassers eine zunehmend grösser werdende Schnittstelle existiert.

Ferner erscheint gerade im geriatrischen Umgebungsfeld eine nicht entsprechend adaptierte Anwendung der Klientenzentrierten Gesprächsführung bei Krankheitsbildern wie z.B. Demenz [vgl. OPITZ 2005:Min.10] oder Alkoholproblematiken [vgl. BRASSE 2005:Min.9f] auf Grund der Notwendigkeit stärkerer Strukturvorgaben auch mit Schwächen behaftet zu sein.

Bezüglich der allgemeinen Nutzung der Basisvariablen existieren bei dem sicherlich sehr umfassend erforschten Kommunikationssystem nach Rogers ebenfalls kritische Meinungen. Wilfried Weber beispielsweise fügt in seinem Buch „Wege zum helfenden Gespräch“ (siehe Quellenverzeichnis) recht ausführliche kritische Reflexionen zu dieser Thematik ein. Da sich diese jedoch auf die Anwendung der Gesprächspsychotherapie als solche beziehen, sollen sie im Zusammenhang mit dieser Arbeit keine vorrangige Beachtung finden. Dennoch sind sie für jeden Anwender Klientenzentrierter Kommunikation sicherlich ein hilfreicher Hinweis. Die Bildung einer individuellen Meinung hierzu im Zuge praktischer Erfahrungen ist nach Verfassermeinung wohl die gewinnbringendste Methode.

Zusammenfassend erscheinen die Grenzen der Anwendbarkeit der Klientenzentrierten Gesprächsführung bezüglich der ergotherapeutischen Arbeit im geriatrisch-klinischen Aufgabenfeld letztendlich vor allem in der fehlenden Zeitbegrenzung und Zielorientiertheit dieser Methode zu liegen.

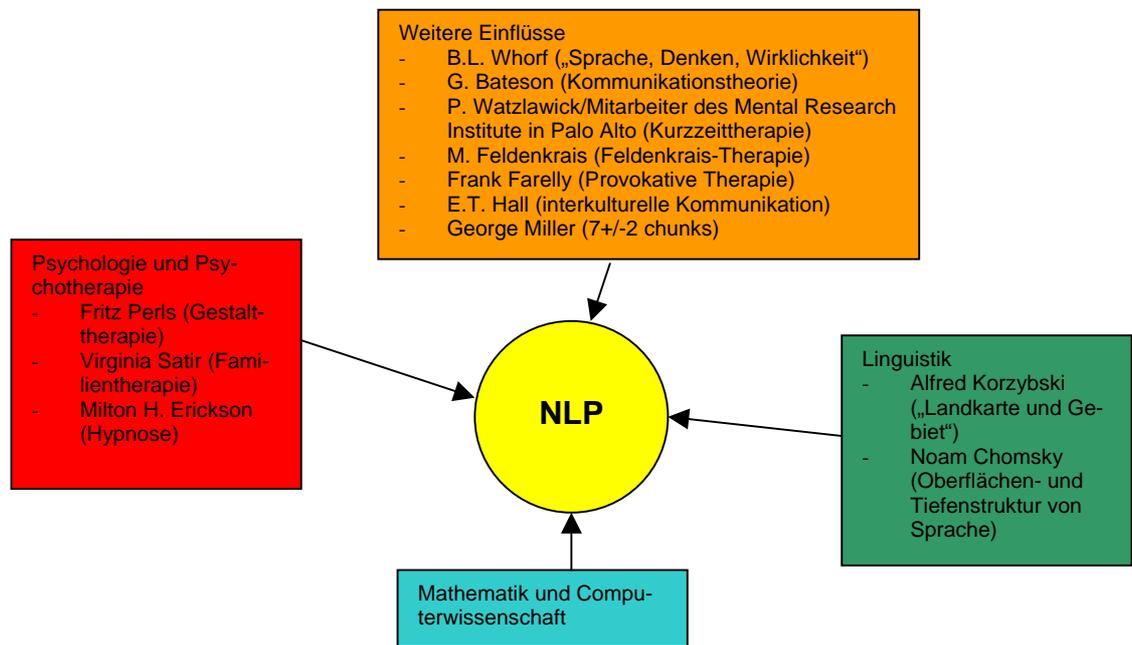
5.2 Das Neuro-Linguistische Programmieren (NLP)

Die Grundgedanken des NLP wurden um 1970 vom damaligen Informatik- und Psychologiestudenten Richard Bandler und dem Sprachwissenschaftler Dr. John Grinder in den USA entwickelt. Beide untersuchten die jeweiligen Vorgehensweisen der drei als am erfolgreichsten geltenden Psychotherapeuten der Vereinigten Staaten (Milton Erickson, Fritz Perls, Virginia Satir), und fanden heraus, dass diese Therapeuten, unabhängig von den verschiedenen Schwerpunkten ihrer Arbeit, über bestimmte sich gleichende Verhaltens- und Kommunikationsmuster verfügten, welche sie mehr oder weniger unbewusst anwendeten [vgl. SCHWARZ/SCHWEPPE 2003:10]. Entstanden ist hieraus ein Kommunikationskonzept, welches sich verschiedener psychologischer Modelle bedient und diese modifiziert hat, ohne jedoch eine Pathologie der Psyche als Grundannahme vorauszusetzen, was einen Gegensatz zur klassischen Psychotherapie bedeutet. [vgl. BRILL 2005:Min.7ff]. Abbildung 3 gibt einen kurzen Aufschluss über die verschiedenen Einflüsse in der Entstehungsgeschichte des NLP.

Prinzipiell ist NLP eine programmatische Art und Weise für das Erlangen eines Verständnisses von Kommunikation (verbal und non-verbal) mit dem Ziel eines schnellen und genauestmöglichen Herausfindens von Lösungsideen [vgl. THEIS 2005a]⁵.

⁵ Die Quelle entstammt einem Interview, welches nicht tontechnisch aufgezeichnet wurde, eine inhaltliche Mitschrift liegt im Anhang bei.

Abbildung 3: Frühe Einflüsse auf das NLP



Quelle: D.V.N.L.P. 2003:19 / überarbeitet: Nohner 2005

Wie eingangs bereits erwähnt, entspringt das NLP aus dem Hintergrund der Philosophie des Konstruktivismus. Es ist jedoch ein vergleichsweise junges Kommunikationskonzept, wenngleich es über ein ergiebiges Repertoire an Techniken und Ideen verfügt. „Entwicklungstechnisch“ haben sich zwei größere Einsatzgebiete etabliert. Zum einen wird NLP oft im nicht-therapeutischen Bereich eingesetzt, z.B. als Form von Kunden- oder Verkaufsgesprächsführung, zum anderen findet es verbreitet im therapeutischen Bereich Verwendung [vgl. BRILL 2005:Min.50ff]. Erstere Variante soll hier bezogen auf das gegebene Thema vernachlässigt werden.

Im Folgenden werden Verfahrensweisen des NLP einer genaueren Betrachtung unterzogen. Wie schon im Falle der Klientenzentrierten Gesprächsführung bezieht sich diese Vorgehensweise jedoch lediglich auf einige aus Sicht des Verfassers besonders hervorzuhebende Techniken und grundlegende Ideen.

5.2.1 Pacing und Rapport

Übersetzt heisst Pacing soviel wie „mit jemandem im Gleichschritt gehen“. Es bedeutet, sein Gegenüber nicht nur zu spiegeln, sondern sich selbst dem anderen mehr oder weniger anzugleichen. Dabei ist es von besonderer Beachtung, auch die non-verbale Kommunikationsaspekte des Klienten mit einzubeziehen. Ziel des Pacing ist der Aufbau eines guten Rapport. Unter dem Begriff Rapport, der ursprünglich aus der Hypnose stammt, versteht man das Schaffen eines tiefen Vertrauensverhältnisses mit dem Klienten, was Grundlage für die Arbeit mit NLP ist [vgl. BRILL 2001]⁶.

5.2.2 Wirklichkeitsebenen / Oberflächen- und Tiefenstruktur

Man kann in jeder Kommunikation zwei Wirklichkeitsebenen unterscheiden (Wirklichkeitsebene 1. und 2. Ordnung). Die erste ist die Ebene der Fakten. Sie beinhaltet sinnliche Informationen und faktische Beschreibungen. Die zweite Ebene, die der Bedeutungen, enthält Schlussfolgerungen, Deutungen, Wertungen. Kommunikationsprobleme entstehen vor allem auf der Bedeutungsebene, da die Deutungen der Fakten individuelle Unterschiede aufweisen [vgl. BRILL 2001]. So kann beispielsweise der Begriff „Liebe“ mit den unterschiedlichsten Assoziationen verknüpft sein (Sexualität, Emotion, etc.). Diese symbolische Repräsentation kann von Mensch zu Mensch völlig unterschiedlich sein [vgl. v. GLASERFELD 2004:208].

In die gleiche Denkrichtung geht die Theorie der Oberflächen- und Tiefenstruktur des Linguisten Noam Chomsky. Die Tiefenstruktur enthält demnach alle dem Sprecher bekannten Informationen. Diese werden durch eine sogenannte „mentale Landkarte“ gefiltert und führen zu den durch ihn geäußerten Worten (Oberflächenstruktur) [vgl. SCHWARZ/SCHWEPPE 2003:160].

⁶ Die Quelle entstammt aus einem Fortbildungs-Script mit eigenen Zusatznotizen (siehe Quellenverzeichnis)

Um Missverständnisse in der Kommunikation zu umgehen, zielen einige Fragetechniken im NLP darauf ab, Gespräche auf die Faktenebene zu bringen [vgl. BRILL 2001], bzw. die Tiefenstruktur einer Botschaft aufzudecken [vgl. BANDLER/GRINDER 2005:84].

5.2.3 Anker

Unter Anker versteht man das Verknüpfen von Ereignissen mit Gefühlen. Dieser Vorgang findet im alltäglichen Leben oft ganz natürlich statt. Das NLP nutzt Anker, um komplexe Gefühlszustände, wenn erforderlich, schnell abzurufen. Eine „positive Haltung“ (entspannte Bauch- und Gesichtsmuskulatur, gehobener Kopf, gehobene Augenbrauen und Mundwinkel) beispielsweise ist oft verankert mit positiven Emotionen, während eine negative Haltung (entsprechend gegenteilig) positive Gefühle eher blockiert [vgl. SCHWARZ/SCHWEPPE 2003:25]. Es gibt im NLP verschiedene Formen des Ankerns (kinästhetisch, auditiv, visuell). Letztendlich geht es darum, den in positiven Situationen herrschenden Gefühlszustand wieder wachzurufen, wenn Problemzustände eingetreten sind [vgl. BANDLER 2001:138].

5.2.4 Kooperationsstile

Das NLP vertritt die Vorstellung, dass Interaktionen zwischen Individuen immer als Formen von Kooperation gesehen werden. Man unterscheidet verschiedene Kooperationsstile (siehe Tabelle 1). Jeder Mensch verfügt über diese Kooperationsstile, individuell wird jedoch einer bevorzugt [vgl. BRILL 2001].

Das NLP geht davon aus, dass alle Kooperationsstile, ausser dem des „Gar-nichts-Machens“, für die Therapie nutzbar sind. Beispielsweise empfiehlt sich unter Umständen ein verstärktes Spiegeln des Verhaltens beim Kooperationsstil des „Etwas-anderes-Machens“, bevor eine therapeutische Anweisung gegeben wird [vgl. BRILL 2001].

Tabelle 1: Übersicht der Kooperationsstile

Kooperationsstil	Beschreibung (übertragen auf Therapeut-Klient-Beziehung)
folgt genau	Klient folgt genau den Anweisungen des Therapeuten
folgt leicht verändert	Klient folgt im Prinzip den Anweisungen des Therapeuten, modifiziert diese jedoch
macht das Gegenteil	Klient handelt gegenteilig zur Anweisung des Therapeuten
macht gar nichts	Klient nimmt Informationen auf, reagiert nicht
macht etwas anderes	Klientenhandlung steht nicht im inhaltlichen Zusammenhang mit therapeutischer Anweisung

erstellt: Nohner 2005 / Quelle: Brill 2001

5.2.5 Symptomverschreibungen

Eine im NLP ebenfalls genutzte Technik ist die Symptomverschreibung. Diese bietet sich unter anderem auch beim Kooperationsstil des „Gegenteilig-Machens“ an. Im Zuge der Symptomverschreibung wird ein problematisches Verhalten zunächst verstärkt, indem es beispielsweise bewusst „verordnet“ wird. Ein Kind zum Beispiel, welches nicht aufräumen möchte, könnte man zum Nicht-Aufräumen animieren, was dann unter Umständen dazu führt, dass es aufräumt, also das Gegenteil vom Geforderten spontan ausführt [vgl. THEIS 2005b:Min.16f]. Die Idee der Symptomverschreibung ist auch zurückzuführen auf die Meinung von Watzlawick, dass ein Problem verstärkt wird, indem man versucht es zu vermeiden, statt es zu beherrschen [vgl. RETTER 2002:168].

5.2.6 Reframing

Im Gegensatz zu psychoanalytischen Therapietechniken, welche oft ein Verhalten als Widerstand auslegen [vgl. BRILL 2001], arbeitet das NLP diesbezüglich eher mit der Vorstellung, dass jedes Verhalten in bestimmten Situationen auch sinnvoll ist [vgl. THEIS 2005b:Min 24].

Beim Reframing (Umdeuten) geht es um die Suche nach positiven Aspekten eines als problematisch empfundenen Verhaltens oder Zustandes. Einem sich ständig beschwerenden Klienten zum Beispiel könnte man darauf aufmerksam machen, dass dieses Verhalten auch eine besondere Fähigkeit bedeutet, welche man beispielsweise bei der Reklamation einer gekauften Ware nutzbringend verwenden kann [vgl. THEIS 2005b:Min.24].

Anbieten würde sich diese Technik unter Umständen bei Klienten mit gemindertem Selbstvertrauen oder eventuell hoher Defizit-Fixation [vgl. THEIS 2005b:Min.18ff]. Sinn des Reframings ist es, dem Klienten sein Verhalten bewusst zu machen, was ihm wiederum die Entscheidungsgrundlage über ein Fortsetzen oder Verändern dieses Verhaltens ermöglicht [vgl. THEIS 2005b:Min. 24ff]. Hierbei wird ein als negativ geltender Zustand in eine Kompetenz umgedeutet.

5.2.7 Blickkontakt / Augenzugangshinweise

NLP benutzt eine nicht geringe Anzahl an non-verbalen Techniken und Ideen. Hierzu gehört auch die Betrachtung der Bedeutung von Augenbewegungen und dem Blickkontakt als solches. Bestimmte Augenbewegungen und Blickrichtungen geben demnach Auskunft über innere Denkvorgänge [vgl. SCHWARZ/SCHWEPPE 2003:167]. So nehmen die meisten Menschen bei visueller Erinnerung eine Blickrichtung nach oben links ein [vgl. THEIS 2005b:Min12]. Ziel ist es, die inneren Strategien des Klienten zu erfassen, um einen Veränderungsprozess initiieren zu können, wobei NLP ausdrücklich auf eine hohe Anzahl individueller Regelabweichungen bezüglich dieser Erkenntnisse hinweist [vgl. SCHWARZ/SCHWEPPE 2003:166]. Augenzugangshinweise sind somit keinesfalls als dogmatisch zu betrachten [vgl. THEIS 2005b:Min.9ff].

Bezogen auf den Blickkontakt als solches während eines Gespräches gibt es folgende Regeln [vgl. BRILL 2001]:

- Blickkontakt = Beziehungsebene
- kein Blickkontakt = Sachebene

Probleme oder schlechte Nachrichten im therapeutischen Gespräch sollten demnach eher unter Vermeidung des Blickkontaktes zum Klienten behandelt werden, um ein Handeln auf der Beziehungsebene zu vermeiden. Bei positiven Botschaften oder Problemlösungen kann es wiederum hilfreich sein, den Blickkontakt zu suchen [vgl. THEIS 2005b:Min.12].

5.2.8 Wohlgeformte Ziele

Eine der bedeutungsreichsten Aussagen des NLP ist die Zielorientiertheit. NLP geht davon aus, dass eine möglichst genaue Zieldeklaration die Voraussetzung für einen effizienten Veränderungsprozess bedeutet [vgl. THEIS 2005b:Min.5].

Für die Formulierung eines sogenannten wohlgeformten Zieles (Wellformed Outcome) schreibt das NLP einige Parameter vor, welche als Zieleigenschaften obligat sind. [vgl. SCHWARZ/SCHWEPPE 2003:47]. Ein Ziel muss demnach

- konkret
- positiv und ohne Vergleiche zu anderen oder sich selbst im jetzigen Zustand formuliert
- mit festem Zeitrahmen versehen
- durch Eigenkompetenz erreichbar sein.

5.2.9 Vor- und Nachteile des NLP bezüglich der ergotherapeutischen Arbeit in der klinischen Geriatrie

Wie auch bei der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers bietet das NLP bezogen auf die klinisch-ergotherapeutische Tätigkeit in der Geriatrie Vorzüge und Nachteile. Auch hier soll ausdrücklich erwähnt sein, dass diese Angaben keine Bewertung der Methode im allgemeinen darstellen. Nochmals geht es eher darum, ein effizient funktionierendes Konzept für einen eng abgegrenzten Themenbereich in seinen Ideen zu überprüfen und speziell für diesen Themenbereich nutzbringende sowie eher kontraproduktive Faktoren herauszustellen, was nicht ohne die Einbeziehung der eigenen Subjektivität möglich ist.

5.2.9.1 Vorteile

Ein grosser Vorzug für die Verwendung Methode des NLP gerade unter den thematisch beschriebenen Umständen liegt sicherlich in der Zielorientiertheit. Besonders innerhalb eines rehabilitativen Klinikaufenthaltes mit dem schon erwähnten begrenzten Zeitraum und dem hohen Erwartungsdruck ist das schnelle Finden eines Behandlungszieles von ausserordentlicher Wichtigkeit (siehe 5.1.3.2).

Hinzu kommt, dass auch NLP das Schaffen einer vertrauensvollen Beziehung (Rapport) als Grundlagengedanken hat [vgl. BRILL 2005:Min.133], was, wie zuvor bereits angesprochen, innerhalb der Arbeit mit älteren Menschen in klinischer Umgebung einen besonderen Stellenwert besitzt.

Zudem ist das Fördern eines autonomen Verhaltens sicherlich auch ein Vorteil dieses Konzeptes im Zusammenhang mit den Besonderheiten, welche den hier zu betrachtenden Rahmen ausmachen. Zu Beginn dieser Arbeit wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Umstand eines Autonomieverlustes gerade bei älteren Menschen im klinischen Bereich ein sehr zu beachtendes Problem darstellt. Diesem wird bei der Methode des NLP unter ande-

rem gut innerhalb der Vorgaben für ein wohlgeformtes Ziel Rechnung getragen (Eigenkompetenz).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Vorteile des NLP für die ergotherapeutische Arbeit in der Klinischen Geriatrie vor allem die beschriebenen drei Faktoren ausmachen:

- Zielorientiertheit
- Vertrauensschaffung
- Klientenautonomie

5.2.9.2 Nachteile

Wie schon bei der Methode nach Rogers, finden sich hinsichtlich der dieser Arbeit zu Grunde gelegten Thematik auch in der Anwendung des NLP Grenzen, obwohl das Konzept in letztendlich allen verwendeten Quellen als nahezu universell einsetzbar beschrieben wird.

Obschon vorangehend deutlich die Umstände einer gewissen Klientenzentriertheit auch des NLP herausgestellt wurden, verbleibt immer noch ein Stück weit der Eindruck einer stark manipulativ einsetzbaren Methode. Gerade der Begriff „Programmieren“ bedarf einer – nicht nur unter den hier zu beachtenden thematischen Umständen – deutlich kritischen Betrachtung. Sicherlich hängt diesbezüglich sehr viel von der individuellen Einstellung des Anwenders ab, dennoch suggerieren einige Ideen des NLP subjektiv betrachtet ein auch missbräuchlich anzuwendendes machtvoll Instrumentarium [vgl. SCHWARZ/SCHWEPPE 2003:181]. In den im Zuge der Recherchen zu dieser Arbeit durchgeführten Interviews wurde von den professionellen Anwendern des Konzeptes des NLP das „Programmieren“ als »...grauslicher Begriff« [THEIS 2005a] und als Umstandsbeschreibung eines Machbarkeitswahnes [vgl. BRILL 2005:Min.111ff] bezeichnet. »Ich kann niemanden programmieren.« [BRILL 2005:Min.112]. Ein sehr verantwortungsbewusster Um-

gang mit den Techniken des NLP – nicht nur, aber besonders auch mit älteren Menschen – ist daher als obligat anzusehen.

Wie wohl im Falle aller kommunikativ-therapeutischer Konzepte (siehe auch 5.1.3.2) ist NLP zudem nicht grenzenlos im Kontext ergotherapeutisch-geriatrischer Tätigkeit einsetzbar. Letztendlich geht es, wie bereits erwähnt, den Klienten nicht vorrangig um das Führen von Gesprächen innerhalb der Ergotherapie. Auch wird dies sicherlich intra- und interdisziplinär nicht als Schwerpunktaufgabe eines Ergotherapeuten gesehen. Da jedoch gerade die Methode des NLP ihren weitaus grössten Nutzen aus der Anwendung von kommunikativen Interventionen zieht, zeigen sich hier deutliche Grenzen für den Inhalt einer Ergotherapie innerhalb der klinischen Geriatrie auf. Einfach gesagt: Man sollte wissen, wann man damit aufhört.

Ein eventuell suggerierter Charakter von manipulativer Vorgehensmöglichkeit und die eingeschränkte Anwendbarkeit von Interventionstechniken scheinen bezüglich der Anwendung des NLP innerhalb ergotherapeutischer Aufgaben im geriatrisch-klinischen Bereich somit die vorrangigsten Nachteile darzustellen.

6. Gemeinsamkeiten und Gegensätze

Im folgenden werden beide Kommunikationskonzepte auf gemeinsame und eher gegensätzliche Aussagen hin untersucht, um den Umfang einer Kombinationsmöglichkeit zu überprüfen. Auch bisher nicht detailliert erwähnte Aspekte, wie zum Beispiel Ideen des Konstruktivismus in Bezug auf das NLP oder spezifische Angaben von Anwendern beider Methoden aus den geführten Interviews, werden hierbei herausgestellt.

6.1 Gemeinsamkeiten

Einige augenscheinlich sich ähnelnde oder gar deutlich gleichende Aussagen weisen beide Modelle auf. Tabelle 2 soll hierzu zunächst eine grobe Übersicht bieten, wobei die einzelnen Aspekte noch einer eingehenderen Klärung bedürfen.

Tabelle 2: Gemeinsamkeiten der Klientenzentrierten Gesprächsführung und des NLP

Klientenzentrierte Gesprächsführung	NLP
<i>Empathie</i>	<i>Pacing und Rapport</i>
<i>Wertschätzung</i>	<i>die immer positive Absicht</i>
<i>Loslösung von Diagnostik</i>	<i>Ablehnung der Pathologie</i>
<i>Aktualisierungstendenz</i>	<i>Selbstheilungskräfte</i>

Nohner 2005

6.1.1 Empathie / Pacing und Rapport

Eine grosse Übereinstimmung beider Kommunikationsmodelle besteht im spiegelnden Verhalten des Therapeuten. Rogers nutzt die Basisvariable der Empathie zwar der Beschreibung nach eher auf rein verbaler Ebene [vgl. WEBER 2000:73ff], während NLP mit Pacing auch non-verbale Kommunikationsaspekte stark einbezieht [vgl. SCHWARZ/SCHWEPPE 2003:173], dennoch verfolgen beide Modelle hiermit die gleiche Absicht, nämlich das Herstellen eines grossen Vertrauenszustandes mit dem Klienten über die Signalisierung des Verstehens seiner Äusserungen. Rogers nennt diesen Zustand eine *hilfreiche Beziehung*, während NLP hier von einem guten *Rapport* spricht (siehe 5.1 und 5.2.1). »Diese Gesprächstechnik ist dem (...) Paraphrasieren durchaus nahe.«[SATIR et. al. in RETTER 2002:241]

Für beide Konzepte gilt in diesem Zusammenhang auch grundlegend eine Nichtwertung der Klientenauskünfte [vgl. BRILL 2005:Min.33/ROGERS 2004a:69].

6.1.2 Wertschätzung und die immer positive Absicht

Auch im Bereich der Akzeptanz des Klienten bestehen sich gleichende Ideen in beiden Konzepten. Rogers stellt die hohe Bedeutung der Wertschätzung in Form eines bedingungslosen Annehmens der Klientenaussagen deutlich mit in den Vordergrund [vgl. ROGERS 2004b:154f]. NLP-Anwender sprechen diesbezüglich vom Aspekt einer immer positiven Absicht, welche die Grundmotivation für jedes Verhalten darstellt [vgl. BRILL 2005:Min.34]. Menschen bilden demnach basierend auf ihren individuellen Erfahrungen spezifische Modelle von sich und ihrer Umwelt, indem sie solche Erfahrungen mittels symbolisierender Prozesse (Generalisierung, Tilgung, Verzerrung) in ihr Abbild von der Realität, ihre Wirklichkeit, einbauen. Diese individuellen Modelle sind auch mit unterschiedlichen Wahlmöglichkeiten ausgestattet. In jedem Fall ist steht menschliches Verhalten laut dem NLP immer im Kontext mit dem spezifischen Modell jeder Person und den ihr damit zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, aus denen sie letztendlich die für sich beste Auswahl trifft [vgl. BANDLER/GRINDER 2005:34ff]. Daraus resultiert, dass dieses Verhalten innerhalb bestimmter Situationen auch sinnvoll erscheint [vgl. THEIS 2005b:Min.24]. NLP sieht menschliche Handlungen somit als »fehlerfrei« [BANDLER 2001:27] und die Motivation, aus der eine Handlung entsteht, immer als positiv [vgl. BRILL 2001].

6.1.3 Loslösung von Diagnostik / Ablehnung der Pathologie

Wie unter 5.2 bereits erläutert und im vorangegangenen Punkt ergänzt, geht NLP grundsätzlich nicht von einem auf Pathologien basierendem Verhalten aus. Konstruktivistisch gesehen gleicht Diagnostik einer Etikettierung, die sich störend auf menschliche Beziehungen auswirkt [vgl. v. FOERSTER zitiert von PÖRKSEN 2002]. Auch die Klientenzentrierte Gesprächsführung betrachtet die Diagnostik als rein auf die Pathologie bezogene Klassifizierung, welche für die Therapie keinen nutzbringenden Charakter besitzt [vgl. ROGERS 2004b:124]. Rogers warnt ausdrücklich vor einer Problemverstär-

kung und Potentialunterdrückung durch diagnostisches Etikettieren [vgl. ROGERS 2004a:69].

6.1.4 Aktualisierungstendenz und Selbstheilungskräfte

Der zuweilen als wichtigste Grundlage für den Erfolg der Klientenzentrierten Gesprächsführung benannte Faktor der klientischen Aktualisierungstendenz [vgl. ROGERS/WOOD in ROGERS 2004b:136] wurde unter 5.1.2 bereits eingehend erläutert. Auch im NLP findet sich die Idee, dass das dem Klienten gegebene Eigenpotential im Zuge eines guten Rapports Selbstheilungskräfte freisetzt [vgl. BRILL 2005:Min.34]. In dieser Fähigkeit zur Selbstheilung ist die eigene Vorstellung des Klienten der ausschlaggebende Faktor [vgl. THEIS 2005b:Min.35]. Letztendlich geht es also in beiden Konzepten vor allem darum, einen Veränderungsprozess für den Klienten auf den Weg zu bringen, dessen Ergebnis einzig und allein der Klient selbst bestimmt und dessen Dynamik im Schwerpunkt von der inneren Weiterentwicklungsmotivation des Klienten abhängt.

6.2 Gegensätze

Natürlich bestehen bezüglich beider Kommunikationsmodelle auch unterschiedliche Ideen und Auffassungen. Ohne diesen Umstand gäbe es schliesslich ja auch keine Konzepte als solches. Auch hierzu soll eine tabellarische Aufstellung zunächst eine vereinfachte Orientierungshilfe bieten (siehe Tabelle 3), wobei hier lediglich die aus Verfassersicht prägnantesten Unterscheidungen herausgestellt sind. Nur eine reine Gegenüberstellung vorzunehmen erscheint jedoch als nicht ausreichend. In den nachfolgenden aus Verfassersicht dargelegten Punkten wird deshalb auch die Frage zu beachten sein, ob die in sich differenten Aspekte die Möglichkeit zu einer Ergänzung des jeweiligen anderen Modells bieten oder sich unvereinbare

Standpunkte ergeben, um hinsichtlich einer Kombination beider Konzepte eine gedankliche Vorarbeit zu leisten⁷.

Tabelle 3: Unterschiede der Klientenzentrierten Gesprächsführung und des NLP

Klientenzentrierte Gesprächsführung	NLP
<i>Intervention ist nicht beabsichtigt</i>	<i>Intervention ist unvermeidbar und beabsichtigt</i>
<i>Therapeutenkongruenz bedingt Klientenkongruenz</i>	<i>Therapeutenkongruenz hat wenig Stellenwert</i>
<i>Zielformulierung hat wenig Stellenwert</i>	<i>Zielformulierung ist obligat</i>
<i>langsame Veränderung</i>	<i>schnelle Veränderung</i>

Nohner 2005

6.2.1 Die Intervention

6.2.1.1 Aspekte der einzelnen Konzepte zum Thema Intervention

Eine grosse Differenz beider Konzepte erscheint sich bezogen auf den Umgang mit Intervention zu ergeben. Begreift man Intervention im medizinischen Sinne unter anderem als »Eingreifen« [PSCHYREMBEL 1994:731], erscheint dies im deutlichen Widerspruch zur Klientenzentrierten Gesprächsführung zu stehen. Rogers lehnt ein solch eingreifendes Verhalten ausdrücklich ab [vgl. ROGERS 2004a:37] und beruft sich eher auf einen Veränderungsprozess rein basierend auf der Aktualisierungstendenz des Klienten. Seine Methode als Interventionsinstrument zu gebrauchen ist wohl kaum durchführbar [vgl. OPITZ 2005:Min.9/BRASSE 2005:Min.9f]. Dem gegenüber beinhalten die Techniken des NLP einen hohen Interventionscharakter. In seinen Grundgedanken geht diese Methode sogar von einer Unvermeidbarkeit von Intervention innerhalb jeglicher Interaktion aus, was hinsichtlich ihrer philosophischen Basis des Konstruktivismus auch nachvollziehbar erscheint. Watzlawicks 1. Axiom »Man kann nicht nicht kommunizieren« [RETTNER 2002:174] führt demnach zur Konsequenz, dass man auch nicht nicht intervenieren kann [vgl. BRILL 2005:Min.114ff].

⁷ An dieser Stelle muss nochmalig darauf hingewiesen werden, dass die geschilderten Argumente zwar auf professionellen Quellenangaben beruhen, dennoch einen grossen Anteil subjektiver Ansichten des Verfassers enthalten.

6.2.1.2 Persönliche Sicht des Verfassers zum Thema Intervention

In meiner bisherigen beruflichen Laufbahn habe ich Intervention immer als bewusst angewandte Massnahme zur Beeinflussung eines therapeutischen Problems betrachtet. Die konstruktivistische Idee, dass alle Individuen im Moment ihrer gegenseitigen Interaktion sich auch gegenseitig beeinflussen, erscheint mir sehr interessant und nachvollziehbar. Dennoch trifft meines Erachtens der Begriff der Intervention erst dann zu, wenn mein Handeln mit dem Klienten in diesem Moment eine klar von mir beabsichtigte und gezielte Veränderung bewirken soll und dieses Handeln von mir und meiner Zielidee ausgeht. Wenn ich beispielsweise den Klienten zur Ausführung einer bestimmten motorischen Übung auffordere oder in die Durchführung einer Handlung eingreife, um diese zu modifizieren, interveniere ich. Wenn ich meinem Klienten gezielte Fragen stelle, um ihn in eine *von mir* erwünschte Richtung zum Nachdenken zu bringen, interveniere ich. In jedem Fall habe ich in diesem Zusammenhang immer auch eine zumindest ungefähre Vorstellung darüber, was mein intervenierendes Handeln bewirken soll [vgl. WIKIPEDIA 2005]. Eine Intervention unter diesen Gesichtspunkten zu initiieren dürfte mit der Anwendung der Klientenzentrierten Gesprächsführung kaum konform gehen, trifft aber deutlich auf die Methode des NLP zu (z.B. Symptomverschreibung etc.). Andererseits hat auch das Konzept nach Rogers den Anspruch, Veränderungen zu bewirken. Dennoch passiert dies eher durch eine *nicht eingreifende* Methode in Abgrenzung zum enger definierten Begriff der Intervention. Letztendlich scheint Intervention nur dann möglich, wenn ein (von mir, vom Klienten, von beiden) definiertes Ziel vorhanden ist, was wiederum auf das NLP zutrifft, nicht aber auf die Klientenzentrierte Gesprächsführung. Insofern erscheint sich in diesem Punkt ein unvereinbarer Aspekt zu ergeben. Da aber bereits auf die ohnehin bestehende Problematik der Anwendung stark intervenierender therapeutischer Gesprächstechniken innerhalb des thematisch zu betrachtenden Rahmens hingewiesen wurde (siehe 5.2.9.2) – nicht zuletzt auch hinsichtlich der Brauchbarkeit eines eventuellen Kombinationskonzeptes unter der zusätzlichen Vorgabe einer praxisnahen Anwendbarkeit (siehe 4.) – denke ich, dass der interventive Aspekt im Zuge der folgenden Betrachtungen eine zu beachtende Rolle

spielen sollte. Die schwerpunktmässige Ausübung von Interventionstechniken für einen in der klinischen Geriatrie tätigen Ergotherapeuten liegt vor allem im Bereich sensomotorisch-funktioneller und neuropsychologischer Aufgabengebiete. Eine Symptomverschreibung beispielsweise würde meiner Meinung nach unter Umständen bei Klienten dieses Umfeldes auf Unverständnis oder Ablehnung stossen, da sie letztendlich im Zuge ihres Klinikaufenthaltes gerade durch Massnahmen wie Ergotherapie zumeist eine schnelle *Besserung* ihrer Defizite erwarten. Im Falle eines indizierten gezielt intervenierenden psychosozialen Vorgehens sollte eventuell ein qualifizierter Mitarbeiter zu Rate gezogen werden (z.B. Psychologe, Klinikseelsorger). Dabei sollte ich mir darüber im klaren sein, dass das Initiieren einer Formulierung von Therapiezielen und -Inhalten durch den Klienten unter Umständen schon ein zielgerichtetes eingreifendes Vorgehen, also eine Intervention bedeutet. Dies kann im Zuge einer kombinierten Anwendung beider gewählter Methoden nur unter Zuhilfenahme des NLP erfolgen. Hierbei gilt es aber auch sich selber zu kontrollieren, um eine missbräuchliche Manipulation zu vermeiden, indem ich mich dazu hinreissen lasse, die Techniken dieser Methode als Programmierwerkzeug misszuverstehen.

6.2.2 Die Therapeutenkongruenz

6.2.2.1 Aspekte der einzelnen Konzepte zum Thema Therapeutenkongruenz

Auch im Bereich eines kongruenten Verhaltens des Therapeuten ergeben sich in beiden Kommunikationsmodellen erhebliche Unterschiede. Wie bereits ausführlich erläutert stellt Rogers eine solche als unabdingbar klar, um einen Veränderungsprozess beim Klienten überhaupt erst zu ermöglichen. Zwar wird wohl oft von Therapeuten eine gewisse Authentizität als unbedingt erforderlich erachtet [vgl. THEIS 2005a], im Sinne der Kongruenz, wie Rogers sie versteht, scheint das NLP jedoch keinerlei Erfordernis zu sehen. Kongruentes Verhalten wird hier lediglich klientengelagert betrachtet. NLP bezeichnet eine Kommunikation des Klienten dann als kongruent, wenn die-

ser eine Botschaft unter Anwendung verschiedener Ausdrucksmöglichkeiten stimmig formuliert, wenn zum Beispiel verbaler und non-verbaler Ausdruck übereinstimmt. Bei einem Klienten, der auf verbaler Ebene beispielsweise von einer augenblicklich grossen Wut berichtet, aber dennoch mit leiser Stimme und ruhig im Stuhl sitzend darüber erzählt, liegt laut dem NLP eine Inkongruenz vor. Um mit dieser therapeutisch umzugehen, wird jedoch eine Kongruenz des Therapeuten weder beschriebenermassen als wichtig erachtet, noch besonders deklariert [vgl. BANDLER/GRINDER 2005:200ff].

6.2.2.2 Persönliche Sicht des Verfassers zum Thema Therapeutenkongruenz

Als Therapeut kongruent zu sein, ist sicherlich eine als sehr positiv zu betrachtende Eigenschaft. Auch wenn diese innere Einstellung nicht immer leicht umzusetzen ist [vgl. WEBER 2000:121] nimmt sie innerhalb der Klientenzentrierten Gesprächsführung einen unverzichtbaren Stellenwert ein. Insofern existiert auch in diesem Punkt ein prägnanter Unterschied zum NLP, der beide Modelle zwar klar voneinander abgrenzt, aber nach meiner Meinung anders wie im Falle der Intervention auch eine nutzbringende Kombinationsmöglichkeit bieten könnte. Die Selbstkongruenz des Therapeuten steht, so denke ich, nicht im unbedingten Widerspruch zur Anwendung von NLP, sie könnte diese meiner Meinung nach sogar sinnvoll ergänzen. Wenn ich im therapeutischen Gespräch versuche, mir meiner inneren Gefühle auch bezüglich dessen, was ich zu diesem Gespräch beibringe, klar zu werden, bietet dies sicherlich eine gute Möglichkeit zur Selbstkontrolle bezüglich einer eventuell ungewollten Manipulation des Klienten bei einem intervenierendem Vorgehen in Anlehnung an das NLP. Entstehen hierbei bei mir selbst abwehrende Eindrücke beispielsweise im Sinne von „das ist jetzt irgendwie nicht richtig“ und mache ich diese mir bewusst, verfüge ich unter Umständen über ein effizientes Kontrollwerkzeug bezüglich meines therapeutischen Handelns.

6.2.3 Die Zielformulierung

6.2.3.1 Aspekte der einzelnen Konzepte zum Thema Zielformulierung

Laut Rogers birgt die Formulierung eines Zieles die grosse Gefahr der Manipulation des Klienten im Sinne des Therapeuten [vgl. ROGERS 2004a:37]. Er erachtet somit Zielsetzungen als kontraproduktiv bezüglich der Aktualisierungstendenz des Klienten. NLP hingegen sieht eine Zielformulierung als unbedingt erforderlich an (siehe 5.2.8). Diese Thematik stellt eine somit eine weitere, klar unterschiedliche Positionierung beider Kommunikationsmodelle dar.

6.2.3.2 Persönliche Sicht des Verfassers zum Thema Zielformulierung

Im Zuge der Hypothesenentwicklung (siehe 3.) zu dieser Arbeit sowie der Betrachtung der Klientenzentrierten Gesprächsführung (siehe 5.1.3.2) wurde auf die Notwendigkeit der Deklaration eines therapeutischen Zieles innerhalb ergotherapeutischen Handelns in der klinischen Geriatrie hinreichend hingewiesen. Meines Erachtens nach besteht auch in diesem Punkt ein unvereinbarer Gegensatz zwischen der Klientenzentrierten Gesprächsführung und dem NLP. Ich kann das Konzept nach Rogers nicht unter der Vorgabe eines anzustrebenden Zieles einsetzen. Wie schon im Falle der Intervention muss ich somit für die im thematischen Kontext obligate Zielformulierung Ideen des NLP wählen.

6.2.4 Die Geschwindigkeit der Veränderung

6.2.4.1 Aspekte der einzelnen Konzepte zum Thema Veränderungsgeschwindigkeit

NLP ist deklarativ eine Methode, welche schnell zum Erfolg führen soll [vgl. THEIS 2005a]. Dem entgegen steht die Darstellung von Rogers, dass die Klientenzentrierte Gesprächsführung die Geschwindigkeit der Veränderung

ganz und gar dem Klienten überlässt. »Sie fügt sich nicht in eine Kultur, die schnelle Reparaturen verlangt.« [ROGERS/WOOD in ROGERS 2004b:133]. Zwar scheint auch hier unter zeitlich begrenzten Umständen ein therapeutischer Erfolg möglich [vgl. ROGERS 2004b:62ff], dennoch entspricht eine Gesamtdauer von 20 bis 50 Gesprächen je ca. 50 Minuten bis zum Eintreten eines erkennbaren Erfolges [vgl. WEBER 2000:29] unter den im Rahmen des Themas dieser Arbeit gegebenen Umständen einem eher langsam fortschreitenden Veränderungsprozess. Auch diesbezüglich ergibt sich ein beachtenswerter Unterschied zum NLP, und beide Konzepte scheinen auch in Sicht auf die Geschwindigkeit eines sich einstellenden Therapieerfolges einen nicht miteinander zu vereinbarenden Aspekt vorzuweisen.

6.2.4.2 Persönliche Sicht des Verfassers zum Thema Veränderungsgeschwindigkeit

Sicherlich ergibt der Umstand deutlich unterschiedlicher Standpunkte der jeweiligen Kommunikationsmodelle bezogen auf die Veränderungsgeschwindigkeit einen weiteren Punkt der Gegensätzlichkeit. Da ich jedoch einerseits in meiner bisherigen beruflichen Praxis Ideen der Klientenzentrierten Gesprächsführung als ausserordentlich nutzbringend empfunden habe, andererseits zu jedem Zeitpunkt ein zielorientiertes und zeitlich begrenztes Vorgehen mit meinen Klienten unabdingbar war, denke ich, dass ein stark zeitlich begrenzter Rahmen für die Therapie nicht die Anwendung der Methode nach Rogers ausschliesst. Wie schon in anderen vorangehend aufgeführten Argumentationen wird man auch in diesem Fall jedoch nicht umhin können, den Einsatz von Ideen nach diesem Konzept zu beenden, wenn die Planung der therapeutischen Massnahmen innerhalb der festgelegten Aufenthaltsdauer des Klienten ansteht. Andernfalls käme ein Therapieerfolg unter den gegebenen Umständen meines Erachtens nach gar nicht zustande. Dieser Aspekt stellt meiner Meinung nach bezüglich des gewählten Themas wiederholt eine Notwendigkeit dar, zum richtigen Zeitpunkt das Gespräch in Anlehnung an das NLP zu suchen, um zu einer im Zuge der ergotherapeutisch-klinischen Arbeit obligaten Therapieplanung zu gelangen.

7. Erstellung eines Kombinationsmodells bezogen auf die ergotherapeutische Tätigkeit in der klinischen Geriatrie

Voranehend wurden die Konzepte der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers und des NLP inhaltlich und vergleichend betrachtet. Weiterführend soll es jetzt darum gehen, aufgrund der erhobenen Argumentationen ein kombiniertes Konzept aus beiden Modellen zu erstellen, welches den genannten thematischen Anforderungen Rechnung trägt. Wie schon hinreichend herausgestellt wurde, soll und kann es im Zuge eines solchen Vorgehens nicht darum gehen, die gewählten Gesprächsmethoden in ihrer gesamten Komplexität miteinander zu verknüpfen. Vielmehr erscheint es adäquat, hinsichtlich der zu bearbeitenden Thematik nutzbringende Aspekte als „Zutaten“ zu gebrauchen, nachteilige Komponenten des einen möglichst mit vorteiligen Komponenten des anderen Modells zu ergänzen und für den zu betrachtenden Kontext ungeeignete Faktoren auszugrenzen.

7.1 Grundgedanken zur Konzeptentwicklung

Aus den bisher dargestellten Punkten ergibt sich eine deutliche Schnittstelle beider untersuchter Kommunikationsmodelle. Immerhin zeigen sich bezüglich zwei von drei Basisvariablen und des Grundgedankens der Aktualisierungstendenz der Methode nach Rogers mehr oder weniger übereinstimmende Entsprechungen im NLP. Selbst unter dem Gesichtspunkt auch vorhandener deutlich unterschiedlicher Ansichten erscheinen hiermit genügend Voraussetzungen dafür zu bestehen, dass eine Verzahnung dieser Konzepte in Anteilen möglich ist. Insofern kann die eingangs erstellte Hypothese an dieser Stelle schon zu einem Teilaspekt als bestätigt gelten. Es stellt sich nun folgende Frage: Ergibt eine solche Kombination überhaupt einen Sinn? Auch diesbezüglich zeigen sich in den bisherigen Vorbetrachtungen einige Hinweise. Dennoch kann erst eine praxisbezogene Überprüfung hier für Klarheit sorgen. Für die Entwicklung eines dafür notwendigen Kombinationskonzeptes wird aufgrund der bisherigen Erkenntnisse die Grundidee verfolgt, dass der Einstieg in ein therapeutisches Gespräch in diesem Falle eher in

Anlehnung an die Klientenzentrierte Gesprächsführung gesucht wird, da sie sich deutlich mehr mit der inneren Grundhaltung des Therapeuten auseinandersetzt. Eine kombinierte Anwendung mit Techniken des NLP ist hierbei aber auch schon möglich. In Richtung der weiteren Gesprächsgestaltung soll zunehmend die Methode des NLP zur Geltung kommen, um zu einer Zielformulierung zu gelangen. Die Sinnhaftigkeit der Gesprächsführung nach Rogers liegt dabei vor allem im Schaffen einer gewinnbringenden inneren Einstellung des Therapeuten, während bezüglich des NLP vor allem die Effizienzstärke dieser Methode genutzt wird. Die folgenden Gedanken werden zwar zu einem gewissen Vorgehensschema führen, dennoch wird immer zu beachten sein, dass das zu entwickelnde Konzept auch genügend Freiräume für eine flexible Anwendung zulässt, um ein Gespräch individuell gestaltbar zu erhalten.

Bei allen erwogenen Aspekten erscheinen zwei Varianten der Anwendung des kombinierten Gesprächsmodells möglich. Zum einen könnte dieses geplanterweise zum Einsatz kommen, beispielsweise im Zuge eines Befundgespräches. Andererseits besteht die Möglichkeit eines spontanen Einsatzes, wenn es sich situativ als sinnvoll darstellt, zum Beispiel wenn der Klient innerhalb einer laufenden Therapie Zweifel an der Effizienz der augenblicklich gewählten Therapiemethode äussert oder unvorhersehbare Ereignisse, wie eventuell ein aufgetretener Konflikt mit dem Bettnachbarn oder einer anderen Person im Vordergrund stehen. Diese Umstände sind nach Erfahrungen des Verfassers im klinisch-geriatrischen Umfeld durchaus häufiger vorzufinden. Die aufgezeigten Einsatzmöglichkeiten zeigen den Anspruch einer hohen Flexibilität an ein Gesprächskonzept. Deshalb soll die Aufstellung der einzelnen Komponenten des Kombinationsmodells lediglich als Vorgehensraster dienen, welches jederzeit an die spezifische Situation zu adaptieren und dementsprechend abzuändern ist.

7.2 Das Setting

Für die Umgebung eines Therapiegespräches sollte ein möglichst ruhiger und ungestörter Ort vorgesehen werden. Ein mit mehreren Betten versehenes Patientenzimmer erscheint hier denkbar ungeeignet. Dennoch mag es durchaus Situationen geben, in denen dieser Umstand unabänderlich ist, beispielsweise bei einem bettlägerigen Klienten. Sollte es dann nicht möglich sein, für Ungestörtheit zu sorgen, indem man zum Beispiel den Bettnachbarn bittet, für die Dauer der Therapieeinheit das Zimmer zu verlassen, wäre zu prüfen, ob in dieser Situation das Gespräch dennoch stattfinden könnte (beispielsweise weil es den Klienten nicht stört) oder lieber eine pragmatischere Vorgehensweise sinnvoll ist, wie zum Beispiel ein schneller Behandlungseinstieg in eine ohnehin absehbare senso-motorische Therapie.

Weiterhin sollte die Möglichkeit bestehen, eine Sitzposition *neben* dem Klienten einzurichten. Einerseits wirkt sich das positiver auf eine Partnerschaftlichkeit innerhalb der Beziehung zum Klienten aus⁸, andererseits fällt es in dieser Position leichter, einen Augenkontakt zu vermeiden, was, wie noch eingehender erläutert wird, von Vorteil sein kann (siehe auch 5.2.7).

7.3 Die innere Vorbereitung

Jegliche Form therapeutischer Tätigkeit benötigt eine entsprechende Vorbereitung des Therapeuten. Im Zuge klinischer Arbeit besteht zwar häufig hierfür ein gewisser Zeitmangel, da enggesteckte Therapiepläne unter Umständen kaum Raum für Planungen unmittelbar vor der anstehenden Therapieeinheit zulassen, dennoch ist eine zumindest kurze „sortierende“ Phase zwischen einzelnen Therapiemaßnahmen notwendig, um eine individuelle Behandlungsweise zu ermöglichen. Insbesondere für die Vorbereitung auf therapeutische Gespräche sollte sich hinsichtlich der mentalen Einstimmung

⁸ Diese Vorgehensweise entstammt aus Angaben eines vom Verfasser absolvierten NLP-Seminars [vgl. BRILL 2001] und steht eher der Methode nach Rogers entgegen, die eine Sitzposition gegenüber dem Klienten preferiert [vgl. WEBER 2000:49].

hierfür entsprechend Zeit genommen werden, da diese ein besonderes Mass an Aufmerksamkeit des Therapeuten erfordern.

Um sich für ein geplantes Therapiegespräch innerlich vorzubereiten, wird hier vor allem die Methode nach Rogers bevorzugt, da diese, wie vorangehend bereits dargelegt, für das Erlangen einer adäquaten inneren Einstellung angebrachter erscheint, als die Methode des NLP. Hierzu sollen sich die Basisvariablen bewusst gemacht und ihre „Einhaltung“ innerlich als Vorgabe vorgenommen werden. Dieses Einstellen auf das folgende Gespräch bedarf sicherlich keiner allzu grossen Zeitspanne und dürfte innerhalb weniger Minuten möglich sein. Es soll sich lediglich darauf vorbereitet werden, sich die eigenen inneren Gefühle bewusst zu machen, den Klienten – egal was er ausdrückt – unbedingt ernst zu nehmen und wertzuschätzen, was er preisgibt, sowie auf seine Informationen inhaltlich und emotionsbezogen möglichst genau zu achten, um diese nutzbringend spiegeln zu können. Vorinformationen zum Klienten wären eventuell nützlich, können aber Auswirkungen auf die Vorbehaltlosigkeit des Therapeuten haben und werden deshalb als nicht obligat erachtet. Andererseits wird man in einem interdisziplinären Team und den im klinischen Alltag relativ ausgeprägten kommunikativen Möglichkeiten untereinander sich kaum vorangehender Informationen zu den einzelnen Klienten entziehen können.

Eine Ergänzung des Wertschätzungsgedankens unter Einbeziehung der unbedingt positiven Absicht allen Verhaltens in Anlehnung an das NLP sollte auch schon in dieser Vorbereitungsphase erfolgen.

7.4 Einstieg in das Gespräch

Um möglichst zügig zu einem Dialog unter Einsatz der Aspekte des Kombinationsmodells zu gelangen, wird dem Gesprächseinstieg ein nicht zu grosser Umfang zugedacht. Gerade ältere Menschen legen jedoch oft grossen Wert auf die Einhaltung einer gewissen Höflichkeit. Zu dieser gehört unbedingt eine adäquate Begrüssung, eine Vorstellung des Therapeuten und eine

eventuell notwendige Klärung des Aufgabenbereiches der Ergotherapie im Falle des Erstkontaktes. Allerdings besteht nach Meinung des Verfassers ohnehin hierzu eine gewisse eigentlich nicht notwendigerweise noch ausdrücklich zu erwähnende Selbstverständlichkeit.

Nach Klärung dieser Punkte sollte die Fragestellung nach dem Befinden des Klienten oder nach dem Grund seines Aufenthaltes (bei Erstkontakt) ausreichend sein, um in einen nutzbaren Dialog mit dem Klienten zu gelangen.

7.5 Der weitere Gesprächsverlauf

Nach dem Einstieg wird zügig dazu übergegangen, die Aussagen des Klienten zu spiegeln, wobei wahrgenommene Emotionen eine besondere Beachtung finden sollen. Die Basisvariable der Empathie nach Rogers wird dabei ergänzt durch die Aspekte des Pacing in Anlehnung an das NLP. Hierzu wird auch auf eine dem Klienten gleiche Körperhaltung geachtet und häufiger von ihm verwendete Begriffe in die eigene Sprache mit eingebaut, um das Vermitteln des Verstehens der Klientenaussagen zu verstärken. Während des gesamten Gesprächsverlaufes soll der Faktor der Wertschätzung möglichst durchgehend im Bewusstsein des Therapeuten vorhanden sein. Die Einnahme einer Sitzposition neben dem Klienten ermöglicht eine zunächst wohl sinnvolle Vermeidung eines ausgeprägten Augenkontaktes. Hintergrund dieses Vorgehens ist die hohe Wahrscheinlichkeit, dass zu Gesprächsbeginn zunächst vor allem Probleme des Klienten Gegenstand der Konversation sind. Die Aufnahme des Augenkontaktes ergibt aber auch den Zugang zur emotionalen Ebene. Diese bei Problembesprechungen zu vermeiden reduziert die Gefahr der Problemprojektion auf den Therapeuten [vgl. BRILL 2001].

Entsteht der Eindruck einer Reflexion des Klienten bezüglich emotionaler Inhalte seiner Aussagen und ist aus subjektiver Therapeutensicht eine gewisse vertrauensvolle Resonanz zwischen ihm und dem Klienten vorhanden (Rapport), wird das Gespräch zunehmend auf die Faktenebene verlagert, um zu

einem gleichgerichteten Verständnis über die Bedeutung der Probleme des Klienten zu gelangen (siehe 5.2.2). Spätestens an dieser Stelle kommt dem Faktor der Kongruenz nach Rogers im Kombinationsmodell eine zunehmende Bedeutung zu. Zunächst mag es paradox erscheinen, während eines auf einer eher auf sachlicher Ebene geführten Gespräches gesteigerten Wert auf die Bewusstmachung eigener Emotionen zu legen. Dennoch existiert gerade unter diesem Umstand verstärkt eine eventuelle Notwendigkeit zum Einbringen interventioneller Gesprächsaspekte durch den Therapeuten, da das Gespräch in Richtung Zielorientiertheit gelenkt werden soll (siehe 6.2.1.2). Im Zuge dessen erscheint eine Möglichkeit zur Selbstkontrolle unter Nutzung des Aspektes der therapeutischen Kongruenz als unbedingt sinnvoll (siehe 6.2.2.2).

7.6 Die Erarbeitung eines Zieles

Gelangt das Gespräch an den Punkt, dass das hauptsächliche Problem des Klienten auf der Faktenebene für Therapeut und Klient möglichst übereinstimmend geklärt erscheint, wird dieses Problem direkt für die Formulierung eines Zieles verwendet. Hierbei spielt der Faktor der Wohlgeformtheit eine besondere Rolle (siehe 5.2.8). Das deklarierte Ziel soll keine negativen oder pathologischen Begriffe enthalten, es soll überprüfbar und bezogen auf die Dauer des klinischen Aufenthaltes vor allem durch die Kompetenz des Klienten erreichbar sein. Das bedeutet, dass die durch den Klienten selbst zu leistenden Massnahmen für die Zielerreichung ausschlaggebend sind. Natürlich darf nicht in Abrede gestellt werden, dass für die allermeisten im klinischen Kontext zu behandelnden Defizite auf die Kompetenz eines Therapeuten wohl kaum verzichtet werden kann. Die Klientenkompetenz kann aber auch bedeuten, als Klient den Therapeuten als für die Verwirklichung der Ziele nützliches „Hilfsmittel“ für sich zu benutzen. Diese Vorstellung über die Rolle des Therapeuten erscheint aus Verfassersicht ungemein wichtig – vor allem, diese als Therapeut auch selbst zu vertreten. Um bei der Formulierung eines Therapiezieles unter genannten Gesichtspunkten eine nochmalige Verstärkung der Klientenautonomie zu erlangen, kann auch die Frage nach

dem *durch den Klienten* zu erbringenden Beitrag zur Zielverwirklichung sinnvoll sein. Ist ein positives Ziel erarbeitet, kann dieses jetzt auch unter Aufnahme des Blickkontaktes vom Therapeuten nochmals benannt werden (siehe 5.2.7).

Nach Klärung des Therapiezieles wäre die Festlegung des ersten Schrittes massgeblich durch den Klienten in Richtung dieses Zieles ein nochmals gewinnbringender Faktor, da sie für den Klienten einerseits einen zusätzlichen autonomieverstärkenden Aspekt beinhaltet, andererseits aber auch sozusagen seinen „Blick nach vorn“ schärft und ihn somit aus einer möglicherweise vorhandenen retrospektiven und pathologiebehafteten Fokussierung löst. Nach Erfahrung des Verfassers sind gerade ältere Klienten, welche aufgrund einer schwerwiegenden gesundheitlichen Störung einen Klinikaufenthalt durchleben, desöfteren mehr oder weniger gefangen im ständigen Vergleich ihrer derzeitigen Situation mit ihrer Leistungsfähigkeit vor Eintritt des Störungsereignisses, was nicht selten zu reaktiven Resignationen führt. Ein für den Klienten gewinnbringendes therapeutisches Handeln ist unter solchen Umständen jedoch nur mit erheblichen Schwierigkeiten zu bewerkstelligen.

7.7 zusammenfassende Betrachtung des Kombinationsmodells unter ergotherapeutischen Gesichtspunkten im Kontext der klinischen Geriatrie

Das in den Punkten zuvor entwickelte kombinierte Gesprächsmodell in Anlehnung an die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers und das NLP soll die Möglichkeit bieten, effizient zu einer vom Klienten ausgehenden Klärung eines ergotherapeutischen Vorgehens zu gelangen. Abbildung 4 gibt diesbezüglich nochmals einen groben zusammenfassenden Überblick.

Die beschriebene Form der Anwendung des Kombinationsmodells stellt jedoch lediglich eine Idealvariante dar, welche der jeweiligen Situation entsprechend einer Anpassung bedarf. So bedeutet der Umstand eines Erstge-

Abbildung 4: Schematische Darstellung des Kombinationsmodells



Nohner 2005

spraches beispielsweise eventuell ein anderes Vorgehen als eine notwendige spontane Nutzung dieses Kommunikationskonzeptes innerhalb eines bereits fortgeschrittenen Therapieprozesses. Zudem geht es, wie schon erwähnt, beim Einsetzen der Methode vor allem um eine gewinnbringende Ergänzung der ergotherapeutischen Tätigkeit innerhalb der klinischen Geriatrie, welche sich aufgabentechnisch zumeist mit dem sensomotorisch-funktionellen und kognitiven Tätigkeitsfeld befasst.

8. Überprüfung des Kombinationsmodells im Zuge exemplarischer Anwendungen

Im folgenden wird das entwickelte Kombinationsmodell anhand geführter Gespräche im Zuge der ergotherapeutischen Tätigkeit in der Geriatrie auf seine Anwendbarkeit hin überprüft. Alle dargestellten Gespräche wurden vom Verfasser an dessen Arbeitsstelle, dem Geriatriischen Zentrum des Evangelischen Krankenhauses Göttingen, durchgeführt.

8.1 geplantes Vorgehen

Die Erstellung einer umfassenden Studie erschien zu aufwendig bezüglich des Umfangs der vorliegenden Arbeit, da vorangehend die Konzeption des verwendeten Gesprächskonzepts auf Grundlage der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers und des NLP zunächst einmal einer ausführlichen Literaturforschung und gedanklichen Entwicklungsarbeit bedurfte. Um dennoch im gegebenen Zeitrahmen eine praxisbezogene Überprüfung erbringen zu können, wurde in diesem Fall die Analyse einiger exemplarisch geführter Therapiegespräche angewendet. Die Auswahl stellt jedoch einen ausreichend repräsentativen kontextbezogenen Querschnitt der üblichen Klientel, zumindest in Bezug auf die gewählte Einrichtung, dar.

Für die Wahrung einer dem Anspruch genügenden Objektivität wurden folgende Überprüfungsparameter gewählt:

- Zielformulierung
- Therapeutenkongruenz
- Zeitumfang des Gesprächs

Der Parameter der Zielformulierung erscheint sinnvoll, um die Wirksamkeit der NLP-Komponente des Kombinationsmodells zu ermitteln. Wie bereits dargestellt, erweist sich dieser Faktor des NLP nach den bisherigen Recherchen als mit am gewinnbringendsten für die ergotherapeutische Arbeit bezogen auf die Klinische Geriatrie. Um einerseits die ungewollte Anwendung

inadäquat manipulativer Interventionstechniken aufzudecken, aber auch die Beibehaltung der Prinzipien nach Rogers zumindest annähernd zu ermes- sen, erfolgte zudem eine subjektive Bewertung der emotionalen Assoziatio- nen des Verfassers hinsichtlich des formulierten Zieles und des Gesprächs- verlaufes nach Gesprächsbeendigung, und zwar in der Weise einer Frage- stellung nach der nachvollziehbaren Richtigkeit des Ziel- und Gesprächsin- haltes bezüglich der Belange des Klienten (nicht unbedingt der des Thera- peuten!). Insofern wurde gezielt die Anforderung nach einer Bewusstma- chung innerer Gefühle des Therapeuten im Zusammenhang mit dem ge- stellten Klientenziel bzw. den bearbeiteten Inhalten erhoben und diesbezüg- lich das Vorhandensein einer therapeutischen Kongruenz bewertet. Der zeit- liche Umfang des Gespräches spielt in der Hinsicht eine Rolle, als dass – auch darauf wurde ausführlich hingewiesen – die Zeitbemessung therapeuti- scher Massnahmen im klinischen Bereich einen durchaus wichtigen Aspekt darstellt.

Eine spezielle Auswahl von Situationen oder Klienten zur Anwendung des Kombinationsmodells wurde nicht vorgenommen, um unnötige Einschrän- kungen für eine Effizienzbewertung auszuklammern. Das Modell sollte auf seine Anwendbarkeit im Gesamtrahmen der Klinischen Geriatrie hin beurteilt werden. Allerdings wird im Folgenden zwischen der Durchführung eines er- gotherapeutischen Erstgespräches und der (spontanen) Gesprächsanwen- dung im Zuge eines laufenden Therapieprozesses unterschieden, da sich hieraus interessante Bewertungsaspekte ergeben könnten. Es stellt sich durchaus die Frage, ob das entwickelte Modell auch den Anforderungen an eine unvorhergesehene Anwendungsnotwendigkeit standhält. Schliesslich ist das Auftreten von akuten Problemen nicht wirklich planbar, diese können je- doch nach Erfahrungen des Verfassers einen erheblichen Einfluss auf das weitere therapeutische Vorgehen nehmen. Zieht man – wie im vorliegenden Fall – jedoch zur Erhebung therapeutischer Ziele ein bestimmtes konzeptio- nelles Vorgehen zu Rate, sollte dieses auch anwendbar sein, um etwaig akut notwendige Zielabänderungen ebenfalls deklarieren zu können.

8.2 Vorstellung von vier Therapiesgesprächen

Die Dokumentation der Versuchsgespräche mittels Tonträger oder Videoaufnahmen erschien nicht angebracht, da dieses Vorgehen subjektiv beim Klienten ein gewisses Gefühl des „Beobachtet-Werdens“ hervorgerufen hätte, zumal eine vorhergehende Einverständniserklärung notwendig gewesen wäre. Um keine Befangenheiten bei den Klienten auszulösen, wurden die Gespräche direkt nach ihrer Beendigung inhaltlich schriftlich vom Verfasser festgehalten, wobei natürlich keine wortgetreue Aufzeichnung möglich war. Um diesem Umstand in den folgenden Darstellungen gerecht zu werden, werden die Gespräche zwar in Aussageform wiedergegeben, auf die Anwendung von Anführungsstrichen wird jedoch verzichtet, um zusätzlich zum hier Erwähnten deutlich zu machen, dass die Aufzeichnungen nicht dem tatsächlichen Wortlaut, dennoch aber den inhaltlichen Aussagen entsprechen.

Die Darstellung erfolgt in einer tabellarischen Form, in welcher zu den rechtsseitigen inhaltlichen Aussageniederschriften von Klient (= K.) und Therapeut (= T.) linksseitige analytische Aussagen bezüglich des jeweilig im Kombinationsmodell verwendeten Einzelkonzeptes (Klientenzentrierte Gesprächsführung / NLP) getroffen werden und Anmerkungen des Verfassers eingefügt sind.

Im Zuge aller durchgeführter Versuchsgespräche wurde die Einhaltung einer spiegelnden Sitzhaltung und einer Positionierung neben dem Klienten konsequent beachtet. Somit werden diese Faktoren in den folgenden Darlegungen nicht nochmals gesondert erwähnt.

8.2.1 Gespräch mit Frau A.

Frau A. ist eine 78-jährige Klientin, welche sich eine linksseitige Schenkelhalsfraktur zugezogen hat. Diese wurde totalendoprothetisch versorgt. Nach dem Akutaufenthalt in der operierenden Klinik erfolgte ihre Verlegung in das Geriatriische Zentrum zur Rehabilitation. Die Niederschrift ist die Aufzeich-

nung des ergotherapeutischen Erstgesprächs, welches im Patientenzimmer ohne Anwesenheit dritter erfolgte.

Gesprächsinhalt	Konzeptionelle Anlehnung / Bemerkungen
<p>T. stellt sich vor (Name, Profession), K. verlangt keine besonderen Erklärungen</p> <p>T.: <i>Wie geht es Ihnen?</i></p> <p>K.: <i>Ich habe Schmerzen.</i>(fährt mit der Hand über die linke Hüfte und den Oberschenkel)</p> <p>T.: <i>Ihr Bein tut weh.</i></p> <p>K.: <i>Ja, aber es wird schon besser, ich kann schon gut auftreten</i> (steht auf, nimmt zwei am Tisch lehrende Unterarmgehstützen, geht leicht hinkend bis zur Zimmertür und zurück zum Stuhl und setzt sich), <i>aber noch nicht gut genug.</i></p> <p>T.: <i>Sie meinen, es könnte besser gehen.</i></p> <p>K.: <i>Ich will ja wieder nach Hause!</i> (wirkt leicht erregt)</p> <p>T.: <i>Es macht Ihnen Sorgen, dass das Laufen noch nicht so klappt, wie Sie es für zu Hause benötigen.</i></p> <p>K.: <i>Meine Tochter kümmert sich zwar auch um mich, aber ich muss Treppe steigen</i></p>	<p>Empathie / Pacing</p> <p>eigene Initiative</p> <p>Empathie / Pacing</p> <p>Empathie / Pacing</p>

<p><i>können.</i></p> <p>T.: <i>Wie viele Stufen müssen Sie denn bewältigen?</i></p> <p>K.: <i>Meine Wohnung liegt in der 2. Etage.</i></p> <p>T.: <i>Und Sie haben Sorge, dass Sie das nicht schaffen.</i></p> <p>K.: Ja, auch.</p> <p>T.: <i>Macht Ihnen noch etwas anderes Sorgen?</i></p> <p>K.: <i>Ich schaffe es noch nicht, meine Beine zu waschen und mich unten herum anzuziehen.</i></p> <p>T.: <i>Sie sorgen sich um Ihre Unabhängigkeit in diesen grundlegenden Alltagssituationen.</i></p> <p>K.: <i>Genau!</i> (wirkt leicht erregt)</p> <p>T.: <i>Und diese Unabhängigkeit bedeutet für Sie, sich selber waschen und Ankleiden zu können und 2 Etagen Treppe steigen zu können.</i></p>	<p>1. Spezifizierung (Was bedeutet für K. ausreichend laufen zu können) / schon Richtung Bedeutungsebene</p> <p>weiter Richtung Bedeutungsebene</p> <p>Empathie / Pacing</p> <p>legt andere Probleme nahe</p> <p>„Nachfrage“ (s.o.)</p> <p>Empathie / Pacing</p> <p>Bedeutungsebene, sachliche Problemdarstellung</p>
--	---

K.: <i>Das habe ich doch schon gesagt!</i> (wirkt etwas ärgerlich)	evtl. übertriebenes Spiegeln?
T.: (Augenkontakt) <i>Also wäre das Ihr Ziel für diesen Aufenthalt.</i>	Nicht nochmalig positive Zielformulierung, da in der Problemdeklaration schon ausreichend positiv formuliert / zudem erscheint die Klientin bereits leicht „genervt“
K.: Ja, genau!	Zielbestätigung

Es erfolgt ein ergotherapeutischer Befund der Sensomotorik. Da die Belastbarkeit der Hüfte noch unklar erscheint, wird zwischen Therapeut und Klientin eine diesbezügliche Rückfrage an den Stationsarzt vereinbart, um nach dessen Einverständnis zum nächsten Therapietermin schon mal das Treppesteigen erproben zu können (1. Schritt). Wenn unter Zusammenarbeit mit der Physiotherapeutin in dieser Richtung die Therapie gesichert ist, soll mit einem Wasch- und Ankleidetraining begonnen werden.

Parameterüberprüfung:

- Zielformulierung: erreicht
- Therapeutenkongruenz: beibehalten
- Zeit (Gespräch): ca. 10 Minuten

Bemerkung: Trotz der Erreichung aller Parameter (auch dem der Therapeutenkongruenz) erscheint ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis im Sinne der Klientenzentrierten Gesprächsführung und des NLP nur bedingt vorhanden.

8.2.2 Gespräch mit Frau W.

Frau W., eine 92-jährige Klientin, wurde nach einem Sturzgeschehen mit einer Schenkelhalsfraktur operativ versorgt (Dynamische Hüftschraube). Die Aufnahme in die Geriatrie erfolgte im Rahmen einer Rehabilitationsmassnahme. Die Niederschrift bezieht sich auf das ergotherapeutische Erstgespräch, welches aus Kapazitätsmangelgründen erst am dritten Aufenthaltstag stattfand. Befundungen der anderen interdisziplinären Mitarbeiter (Pflege, Arzt, Physiotherapie) zufolge sei Frau W. bezüglich des erwogenen Rehabilitationszieles (Gehen mit Hilfsmittel) eher unmotiviert und beklage Schmerzen in nicht unbedingt nachvollziehbarer Ausprägung.

Zum ergotherapeutischen Erstgespräch, welches unter Abwesenheit dritter im Patientenzimmer durchgeführt wurde, wird Frau W. in einem Rollstuhl sitzend und frühstückend am Tisch vorgefunden. Nach der Vorstellung durch den Therapeuten und der Klärung des Aufgabenbereiches verneint Frau W. sehr freundlich eine etwaige Störung ihres Frühstückes und bittet um die Weiterführung der Therapieeinheit unter dem Wunsch, wenn möglich weiter essen zu dürfen.

Gesprächsinhalt	Konzeptionelle Anlehnung / Bemerkungen
<p>T.: <i>Wie geht es Ihnen?</i></p> <p>K.: <i>Gut</i> (frühstückt weiter, wirkt zufrieden) Die Klientin berichtet über Ihre Zufriedenheit bezüglich des Essens und des allgemeinen Umganges, macht allerdings leichte Einschränkungen hinsichtlich eines teilweise von ihr empfundenen von seiten der Mitarbeiter ausgehenden Erwartungsdrucks.</p> <p>T.: <i>Sie wirken auf mich sehr zufrieden.</i></p>	
	Empathie / Pacing

<p>K.: <i>Ich habe mein Leben gelebt, und das war sehr erfüllt. Eigentlich möchte ich jetzt sterben.</i> (wirkt weiterhin zufrieden, ruhig und ohne Leidensdruck)</p>	<p>Die Äusserung des Sterbewunsches deutet subjektiv auf ein schon bestehendes Vertrauen zum Therapeuten hin.</p>
<p>T.: <i>Es gab in Ihrem erfüllten Leben schöne und weniger schöne Zeiten?</i></p> <p>Die Klientin berichtet ausführlich von Stationen in ihrem Leben. Sie beschreibt positive Erlebnisse vieler Reisen, aber auch negative Erlebnisse, vor allem hinsichtlich des Todes zweier Kinder (Rhesus-Faktor-Erkrankung).</p>	<p>Richtung Bedeutungsebene</p>
<p>T.: <i>Was ist Ihnen heute noch wichtig?</i></p>	<p>Bedeutungsebene</p>
<p>K.: <i>Der Kontakt zu meinen Neffen und zum Rest der Familie</i> (wirkt positiv gestimmt)</p> <p>Die Klientin berichtet weiterhin von guten bestehenden Kontakten zu allen Mitgliedern ihrer Familie, welche sich auch heute noch oft - unter anderem ratsuchend – bei ihr einfänden.</p>	
<p>T.: <i>Wäre Laufen für Sie wichtig?</i></p>	<p>Weiterhin Bedeutungsebene mit Abgleich der Bedeutung des bisher im Behandlerteam deklarierten Therapiezieles</p>

K.: <i>Nein, überhaupt nicht!</i> (wirkt sehr bestimmt und überzeugt)	
T.: <i>Also wäre die Möglichkeit, weiter wie bisher Kontakt zu Ihrer Familie zu haben, ein mögliches Ziel?</i>	Zielformulierung
K.: <i>Ja, unbedingt!</i>	Zielbestätigung

Im Zuge einer anschließenden Klärung der Wohnverhältnisse und des sozialen Kontextes (Pflegedienst, Haushaltshilfe, etc.) der Klientin wird die Versorgung mit einem Rollstuhl als durchaus möglich herausgestellt. Das Therapieziel wird interdisziplinär auf Grund der gegebenen Klientenaussagen novelliert und die Rollstuhlversorgung sowie ein Rollstuhltraining mit dem Ziel einer weitestgehenden Lokomotionsautonomie geplant.

Parameterüberprüfung:

- Zielformulierung: erreicht
- Therapeutenkongruenz: beibehalten
- Zeit (Gespräch): ca. 30 Minuten

Bemerkung: Die Klientin bedankt sich zum Ende des ergotherapeutischen Erstkontaktes sehr ausführlich für das geführte Gespräch.

8.2.3 Gespräch mit Frau S.

Frau S., eine 83-jährige Klientin, befindet sich seit ca. einer Woche in ergotherapeutischer Behandlung. Sie ist in den vergangenen Monaten häufiger gestürzt und zog sich bei ihrem letzten Sturz eine schmerzhafte Beckenprellung zu. Die daraufhin eingetretene Immobilität war der Anlass für die Durchführung der laufenden Rehabilitation. Zu Beginn wurde mit der Patientin das Ziel einer Gangsicherheit am Rollator erarbeitet. Bisher zeigte die Klientin jedoch eher wenig Therapiemotivation.

Gesprächsinhalt	Konzeptionelle Anlehnung / Bemerkungen
<p>Die Klientin liegt zum nachmittäglichen Therapietermin im Bett und sieht aus dem Fenster (Einzelzimmer)</p> <p>T.: <i>Hallo, Frau S., wie geht es Ihnen heute?</i></p> <p>K.: (nimmt keinen Blickkontakt auf und winkt ab) <i>Heute kann ich nicht.</i></p> <p>T.: <i>Sie meinen, Sie können heute nicht üben.</i></p> <p>K.: <i>Das wird mir jetzt zu viel. (wirkt matt)</i></p> <p>T.: <i>Sie fühlen sich überfordert, wenn wir jetzt Therapie machen?</i></p> <p>K.: <i>Ich hatte heute schon Gruppe, ich will mich lieber ausruhen. (die erwähnte Gruppe fand vor 3 Stunden statt)</i></p> <p>T.: <i>Sie denken also, wenn wir jetzt noch arbeiten, würde Ihnen das eher nichts bringen.</i></p> <p>K.: (immer noch keinen Blickkontakt aufnehmend) <i>Vielleicht, aber ich habe jetzt keine Lust, vielleicht wann anders.</i></p>	<p>Empathie / Pacing</p> <p>Empathie / Pacing</p> <p>Empathie / Pacing</p>

<p>T.: <i>Wann denken Sie, können wir wieder üben?</i></p>	<p>Richtung Bedeutungsebene</p>
<p>K.: <i>Morgen vielleicht.</i></p>	
<p>T.: <i>Wir hätten aber erst am Freitag den nächsten Termin (in 3 Tagen), morgen käme die Physiotherapeutin zu Ihnen.</i></p>	<p>Notwendige Darstellung der Nicht-Erreichbarkeit eines etwaigen Zieles</p>
<p>K.: <i>Ist in Ordnung.</i></p>	
<p>T.: <i>Also laufen Sie morgen wieder mit der Physiotherapeutin und wir sehen uns am Freitag.</i></p>	<p>Zielformulierung</p>
<p>K.: (erstmalig Blickkontakt) <i>Sie sind mir nicht böse?</i></p>	<p>K. stellt formuliertes Ziel subjektiv in Frage / Hier auch kritisch zu betrachtende Therapiemotivation (will eher dem subjektiv empfundenen Therapeutenwunsch gerecht werden, als ihren eigenen Belangen?)</p>
<p>T.: <i>Ich finde es eher gut, wenn Sie beurteilen, wann die Therapie Ihnen nichts bringt, und wann Sie Nutzen daraus ziehen können.</i></p>	<p>Wertschätzung und Anbieten einer anderen Blickrichtung hinsichtlich einer selbstkritischen Eigenbewertung eines Verhaltens durch die Klientin / auch Anlehnung an NLP (Reframing)</p>

<p>K.: <i>Ich will nicht sagen, dass es nichts bringt. Vielleicht wäre es doch gut, jetzt noch ein wenig zu tun.</i></p>	<p>Klientin ändert Ziel</p>
<p>T.: <i>Also sollten wir jetzt vielleicht doch – evtl. nicht so viel – gemeinsam etwas laufen?</i></p>	<p>Zielfrage auf der Bedeutungsebene</p>
<p>K.: <i>Ja – aber wirklich nicht so viel.</i></p>	
<p>T.: <i>Was bedeutet für Sie „nicht so viel“?</i></p>	<p>Bedeutungsebene</p>
<p>K.: <i>Vielleicht einmal bis zum Schwesternzimmer und zurück?</i></p>	<p>Zielformulierung Klientin</p>
<p>T.: <i>Das wäre für mich o.k.</i></p>	
<p>Die Klientin steht auf und die abgesprochene Therapiemaßnahme erfolgt.</p>	
<p>K.: (nach Therapie) <i>Mit Ihnen kann man wenigstens reden!</i></p>	<p>Reden wichtiger für K. als sensorische Therapie? Was ist Gesamtziel?</p>

Parameterüberprüfung:

- Zielformulierung: erreicht
- Therapeutenkongruenz: fraglich
- Zeit (Gespräch): ca. 8 Minuten

Bemerkung: Nach dem Gespräch bestand beim Verfasser reflexiv ein teilweise inkongruentes Gefühl und es stellte sich die Frage, ob die Klientin

nicht doch zur Therapie zum Teil „überredet“ wurde. Das Gesamtziel für die Rehabilitation könnte hier eventuell auf Grund etwaiger andersartiger Belange der Klientin einer neuen Überdenkung unterzogen werden.

8.2.4 Gespräch mit Herrn B.

Herr B. wurde nach einer sehr langen Krankenhausvorgeschichte im Zuge einer frührehabilitativen Massnahme in die ergotherapeutische Behandlung aufgenommen. Der verhältnismässig junge Klient (62 Jahre) erlitt infolge eines operativen Eingriffes eine Virusinfektion, welche zu einer Intensivbehandlung und im weiteren Verlauf zu multiplen Hautschäden und Amputationen (Vorfuss, Oberschenkel, Finger) führte. Unter der Frührehabilitation sollte eine weitestgehende Mobilisation des Klienten erfolgen, da dieser bereits bei indizierter Lagerung auf einer Wechseldruckmatratze und langer Liegezeit einen deutlichen Rückgang seiner Muskulatur und eine allgemeine Abnahme der Gelenkbeweglichkeit aufwies. In laufe der Zeit verfiel Herr B. zunehmend in eine depressive Haltung. Das niedergeschriebene Gespräch fand im Zuge einer Ergotherapieeinheit bei schon länger laufendem Behandlungsprozess statt. Der Klient belegt ein Einzelzimmer.

Gesprächsinhalt	Konzeptionelle Anlehnung / Bemerkungen
<p>T.: <i>Guten Tag, Herr B., wie fühlen Sie sich heute?</i></p> <p>K.: (leise, mit Blickkontakt) <i>Beschissen.</i></p> <p>T.: <i>Sie wirken auf mich, als würden Sie sich in letzter Zeit zunehmend beschissener fühlen.</i></p> <p>K. winkt ab, wendet den Blick ab und sieht</p>	<p>Empathie / Pacing (hier auch Spiegeln der Wortwahl)</p>

<p>aus dem Fenster</p> <p>T.: <i>Die Situation bedrückt Sie zunehmend?</i></p> <p>K. sagt weiterhin nichts und starrt aus dem Fenster</p> <p>T.: <i>Reden ist heute nicht so Ihr Fall, glaube ich. Wollen wir lieber anfangen, was zu tun?</i></p> <p>K. nickt</p>	<p>Versuch weiterhin Empathie / Pacing bezüglich der nonverbalen Aussageinhalte des Klienten</p> <p>Kooperationsstil des „Gar-nichts-Machens“? (siehe 5.2.4)</p> <p>Empathie / Pacing und Angebot des Gesprächsabbruchs</p>
--	---

Es erfolgt eine senso-motorische Therapie unter weitestgehendem Verzicht auf verbale Kommunikation. Nach Therapieende wirkt der Klient etwas offener und bedankt sich.

Parameterüberprüfung:

- Zielformulierung: nicht erreicht
- Therapeutenkongruenz: beibehalten
- Zeit (Gespräch): ca. 5 Minuten

Bemerkung: Ein Ziel für die Behandlungseinheit wurde lediglich vom Therapeuten formuliert und entspricht somit nicht den Vorgaben des Kombinationsmodells in Anlehnung an das NLP. Dennoch erfolgte die Behandlung nach ausdrücklicher Zustimmung des Klienten, und somit erscheint das Vorgehen durchaus adäquat.

8.3 Auswertung der Versuchsgespräche

Innerhalb des für die exemplarische Überprüfung des Kombinationsmodelles gesetzten Zeitraumes von drei Wochen wurden insgesamt 15 Gespräche niederschriftlich erfasst (8 Erstgespräche und 7 Gespräche im Zuge laufender Therapien). Während dieser Erprobungsphase wurde jedoch allgemein auf die Anwendung des kombinierten Konzeptes während der alltäglichen Tätigkeit durch den Verfasser geachtet. Viele zum Teil auch in verkürzter Variante und spontan erbrachte Versuchsanwendungen konnten jedoch nicht in wünschenswerter Form datenartig erfasst werden, da hinsichtlich der oft zeitlich sehr begrenzten Möglichkeiten keine zeitnahe Niederschrift erfolgen konnte. Eine spätere retrospektive Bearbeitung diesbezüglich erschien auf Grund eines hohen inhaltlichen Erinnerungsverlustes nicht mehr ausreichend möglich und wurde deshalb unterlassen. Für die folgende Auswertung werden somit lediglich die dokumentierten Gespräche einbezogen⁹. Die vorgenommene subjektive Bewertung stützt sich auf die Auswertung der unter 8.1 genannten Parameter, sowie auf im Erhebungszeitraum zusätzlich wahrgenommene Aspekte.

8.3.1 Bewertung der Zielformulierungen

Bei zwei der geführten 15 Gespräche konnte keine positive Zielformulierung erarbeitet werden. In einem weiteren Fall war diese zumindest fraglich, da die aktuelle Problematik der betreffenden Klientin durch das erarbeitete Ziel aus Sicht des Therapeuten unter Umständen nicht lösbar erschien. In allen anderen Fällen konnte ein positives Ziel bezogen auf die Gesamtdauer des jeweiligen Klientenaufenthaltes bzw. auf die aktuelle Therapieeinheit formuliert werden. Somit erwies sich das Kombinationsmodell quantitativ betrachtet hinsichtlich der Erreichung einer positiven Zielformulierung in 80 % der Ver-

⁹ Die handschriftlichen Aufzeichnungen aller erfassten Gespräche befinden sich zur jederzeitigen Einsicht beim Verfasser.

suchsgespräche als erfolgreich. Jedoch muss die Tatsache Beachtung finden, dass nahezu alle Zielformulierungen durch den Therapeuten erbracht und durch die Klienten lediglich bestätigt wurden. Dennoch waren diese das Ergebnis der stattgefundenen Kommunikation zwischen Therapeut und Klient. Sie wurden gut überprüfbar für den Aufenthalts- bzw. Therapiezeitrahmen deklariert und konnten bezüglich der dem Klienten zum Formulierungszeitpunkt gegebenen Möglichkeiten durch dessen Eigenkompetenz (unter „Nutzung“ des Therapeuten) als erreichbar eingestuft werden.

8.3.2 Bewertung der Therapeutenkongruenz

Wie unter 8.1 dargelegt, soll die Beurteilung der therapeutischen Kongruenz vor allem in der Erfüllung einer Kontrollfunktion zur Vermeidung nicht sachdienlicher Interventionsanwendungen während der Gesprächsführung und der Zielformulierung erfolgen. Bei zwei der geführten Gespräche wird die Kongruenzbeibehaltung unter dieser Sichtweise als zumindest fraglich beurteilt, wobei eines dieser Gespräche auch in seiner Zielformulierung fraglich erscheint (siehe 8.3.1). Bei allen anderen Versuchsgesprächen (ca. 86%) kann die Einhaltung der Kongruenz durch den Therapeuten als durchaus gegeben beurteilt werden, wobei in zwei Fällen dieser Umstand trotz – oder gerade wegen – einer nicht erreichten Zielformulierung hervorzuheben ist. In diesen Fällen erwies sich der Gesprächsabbruch als sehr konformgehend mit dem inneren „Richtigkeitsgefühl“ des Therapeuten, so dass die der Therapeutenkongruenz zugeordnete Kontrollfunktion zumindest innerhalb des quantitativ sehr begrenzten exemplarischen Erprobungsablaufes als umsetzbar gelten kann. Sie erscheint als ein adäquat einsetzbares Hilfsmittel zur Beurteilung der Sinnhaftigkeit einer Fortführung oder eines Abbruchs des laufenden Gespräches nach den Regeln des Kombinationsmodells als geeignet.

8.3.3. Bewertung des Zeitrahmens

Legt man die Zeitumfänge der erfassten Gespräche zu Grunde, dauerte ein mittels der Regeln des Kombinationsmodells geführtes Gespräch im Mittelwert ca. 14 Minuten, wobei das längste ca. 30 Minuten und das kürzeste ca. 5 Minuten beanspruchte. Ausgehend von der im klinischen Kontext üblichen Dauer von 30 Minuten für eine Therapieeinheit, in welcher der ergotherapeutische Schwerpunkt im Bereich sensomotorisch-funktioneller bzw. kognitiver Therapiemassnahmen liegt, gelangt man zu dem Ergebnis, dass das Kombinationsmodell mit dem durchschnittlichen Verbrauch einer halben Behandlungseinheit auf den ersten Blick eine hohe Inanspruchnahme zeitlicher Ressourcen verursacht. Andererseits kann man davon ausgehen, dass ein durch den Klienten definiertes erreichbares Ziel (sowohl bezogen auf die Gesamtdauer des klinischen Aufenthaltes als auch auf die jeweilige Therapieeinheit) auch in Hinblick auf die effiziente Ausnutzung der zeitlichen und personellen Kapazitäten einen gewinnbringenden Faktor darstellt. Letztendlich können dadurch aus Sicht des Verfassers unter Umständen erhebliche Effizienzverluste, welche durch geringere Klientenmotivation oder Verfolgung eines für den Klienten unangepassten Zieles verursacht würden, umgangen werden. Allerdings wurde eine derartige Fragestellung innerhalb dieser Arbeit nicht untersucht. Somit kann eine solche Überlegung zunächst lediglich als hypothetische Vermutung gelten.

8.3.4 zusätzliche Bewertung im Zuge der praktischen Überprüfung des Kombinationsmodells

Ein nicht in die Überprüfungsparameter aufgenommener und zugegebenermassen auch nur bedingt messbarer Faktor, welcher sich aber im Zuge der Versuchsgespräche subjektiv als ausserordentlich gewinnbringend darstellte, ist der Umstand der Vertrauensschaffung durch die gewählte Form der Gesprächsführung. Sicherlich gäbe es Möglichkeiten, das Vorhandensein einer vertrauensvollen Beziehung, vielleicht in skaliertem Form, darzustellen. Dennoch erscheint dies im vorliegenden Fall nur schwierig umsetzbar, zumal die

erhobenen Gespräche ausschliesslich von nur einem Therapeuten geführt wurden. Eine gewisse Aussagekraft mittels einer empirischen Methode wäre bei der geringen Anzahl der Versuchsgespräche nach Meinung des Verfassers nur gewährleistet, wenn auch andere Anwender ihre Erfahrungen hierzu beitragen könnten. Dennoch ergab sich im Überprüfungszeitraum deutlich der Eindruck, dass die Nutzung des Kombinationsmodells sehr gut auch zur Herstellung einer Vertrauenssituation zwischen Therapeut und Klient eignet. Diese Feststellung beruht einerseits auf sehr intensive Erfahrungen des Verfassers, andererseits auf der Tatsache, dass immerhin in sechs der genannten 15 Fälle der Klient bei Gesprächsende spontan und sehr deutlich seiner Dankbarkeit über das geführte Gespräch Ausdruck verlieh. Somit scheint das Kombinationsmodell nicht zuletzt auch ein gutes Instrument zur Schaffung einer hilfreichen Beziehungssituation für Therapeut und Klient zu sein.

9. persönliches Fazit

Die Anfertigung dieser Arbeit hat bei mir eine erhebliche Anzahl an Eindrücken in sowohl positiver als auch kritisch zu betrachtender Weise hinterlassen. Einer dieser Eindrücke steht jedoch in meinen Gedanken absolut im Vordergrund, nämlich der der Schaffung einer vertrauensvollen und hilfreichen Beziehung zum Klienten. Wie im vorangegangenen Punkt bereits angedeutet, lässt sich dieser Faktor meines Erachtens nach nur sehr schwierig innerhalb einer schriftlichen Arbeit darstellen, und beim Lesen des bisher zu Papier gebrachten viel mir das besonders deutlich auf. Gerade die vergleichsweise nüchterne Darstellung der Gespräche wird dem besonderen emotionalen Charakter der durch die Anwendung des Kombinationsmodells entstandenen Atmosphäre zwischen Therapeut und Klient nicht gerecht. Im Nachhinein betrachtet wäre diesbezüglich eventuell doch eine Gesprächsaufzeichnung mittels Tonträger oder gar Video angebracht gewesen. Zugegebenermassen sei erwähnt, dass ich auch schon vor der Auseinandersetzung mit dem Thema dieser Diplomarbeit sicherlich einen grossen Wert auf eine adäquate Form der kommunikativen Auseinandersetzung mit meinen Klienten gelegt habe. Dennoch geschah dies wohl eher auf einer unbewussten Ebene und

rückwirkend betrachtet auch nicht mit der unter Anwendung des erstellten Gesprächsmodells wahrgenommenen Effizienz. Somit kann ich sagen, dass mich eine derartig angewandte Gesprächsführung wohl am meisten in der Findung einer vertrauensvollen Basis mit den mir anvertrauten Klienten für die möglichst gewinnbringendste Ausübung meiner therapeutischen Arbeit beeindruckt hat.

Damit zusammenhängend erscheint mir die Form der Zielfindung ebenfalls von grosser Bedeutung. Nie zuvor ist mir bewusst gewesen, wie wichtig mir es für meine Art des therapeutischen Umgangs mit anderen Menschen ist, dass diese ihre ganz persönlichen Belange und Erwartungen an mich offen formulieren, und ich frage mich, wie oft ich mich bisher eher von meinen subjektiven Vorstellungen hinsichtlich einer Zielformulierung für den Klienten habe leiten lassen. Es mag Situationen geben, in denen dieses Vorgehen wohl auch angebracht erscheint, beispielsweise bei komatösen Menschen, welche ihren Wünschen bestenfalls in für mich nicht wahrnehmbarer Weise Ausdruck verleihen können, oder bei Klienten, deren Verhalten und Handlungsmotivation eher von einem selbst- oder fremdgefährdenden Charakter geprägt ist. In solchen Fällen ist meiner Meinung nach ein paternalistischeres Vorgehen angezeigt – aber eben auch nur in solchen Fällen. Diese Notwendigkeit ergibt sich, so glaube ich, jedoch wesentlich seltener, als es mir bisher vielleicht klar war. Der weitaus grösste Anteil der Menschen, die ich im Zuge meiner bisherigen ergotherapeutischen Tätigkeit kennen gelernt habe, kann seine Belange sehr wohl deutlich machen, vielleicht braucht es hierfür manchmal nur etwas Motivation oder gar lediglich ein Signal, dass dieses nicht nur geduldet, sondern sogar erwünscht ist. Meiner Ansicht zur Wichtigkeit des Autonomieerhaltes besonders bei älteren Klienten habe ich in den zuvor dargelegten Ausführungen hinreichend Ausdruck verliehen, und diese Klientenautonomie korreliert meines Erachtens nach ausserordentlich mit der Benennung von Behandlungszielen durch den Klienten.

In der Entwicklungsphase zum Kombinationsmodell erschien mir zunächst der Aspekt der Vorbereitung auf ein Gespräch als recht wichtig. Während der Anwendung wurde mir jedoch bewusst, dass eine solche nicht unbedingt von

Nöten ist. Vielmehr erachte ich es als weitaus sinnvoller, sich für die allgemeine Vorgehensweise der täglichen therapeutischen Arbeit gerade die Basisvariablen nach Rogers internalisiert zu eigen zu machen. Ich bin der Überzeugung, dass, desto mehr mir dies gelingt, jedwedes therapeutisches Handeln fruchtbarer und hilfreicher für den Klienten und mich selber verläuft. Allerdings denke ich, dass dieses „ständige Vorbereitetsein“ in Abhängigkeit zu meiner eigenen Persönlichkeit nicht durchgehend vorhanden sein kann, schliesslich sind wir in dieser Hinsicht alle keine Maschinen. Dennoch haben wir auch alle die Möglichkeit, unser Handeln zu reflektieren und uns unsere Unzulänglichkeiten bewusst zu machen. Hierin liegt meiner Vorstellung nach die Seele der therapeutischen Kongruenz – nicht darin, fehlerfrei zu sein, sondern darin Klarheit darüber zu haben, dass ich es nicht bin, ohne dies mir jedoch zum Vorwurf zu machen. Eine derartige Vorstellung sorgt meiner Meinung nach dafür, dass auch Therapeuten Menschen sind und dies bleiben dürfen und sollen. Das bringt uns letztendlich auf eine Ebene mit unseren Klienten. Somit halte ich es nicht (mehr) für ausschlaggebend, sozusagen „allzeit bereit“ zu sein, sondern eher allzeit ich selbst zu sein, sonst kann ich dies auch nicht von meinen Klienten erwarten. In Hinblick auf die geführten Versuchsgespräche jedenfalls habe ich bemerkt, dass diese in den allermeisten Fällen auch ohne besondere Vorbereitung gewinnbringend verlaufen sind, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass es mir auch spontan gelungen ist, kongruent zu bleiben und (vielleicht auch auf Grund der innerhalb der Erstellung dieser Arbeit im besonderen Mass vorhandenen Sensibilität) mit innerlicher Wertschätzung und Empathie auf den Klienten einzugehen. Inwiefern es mir möglich sein wird, eine solche Grundeinstellung auch in Zukunft umzusetzen, kann ich heute zwar nicht sagen, ich kann sie mir aber zumindest vornehmen.

Einen Nachteil allerdings bietet die Anwendung des Kombinationsmodells für die Erstellung eines im klinischen Bereich üblichen ergotherapeutischen Befundes. Gelang es mir zuvor in den allermeisten Fällen, einen auch für andere Mitarbeiter verwendbaren Status meines Klienten schon nach dem ersten Termin zu dokumentieren, musste ich häufig während der Erprobung des Kombinationsmodells einen Zweiten Termin zumindest zum Teil für eine Be-

fundung verwenden. Letztendlich halte ich es zwar nach wie vor für unbedingt sinnvoll, zunächst eine hilfreiche Beziehung zu meinen Klienten zu finden, dennoch kann ich nicht umhin, diese anfangs auf Kosten einer gewissen intra- und interdisziplinären zeitnahen Transparenz zu suchen. Ob nun die vorhandene Version des Befundbogens dem vordergründigen beschriebenen Beziehungsaufbau nur mit Einschränkungen gerecht wird oder umgekehrt, darüber mag man an dieser Stelle streiten können, Tatsache bleibt allerdings, dass trotz aller NLP-begründeten Effizienz das Kombinationsmodell einer schnellen ergotherapeutischen Befunderhebung zuweilen abträglich ist. Dem entgegenstehend denke ich allerdings, dass die beschriebene Form der Gesprächsführung sehr schnell den Fokus auf das für den Klienten vordergründige und meiner Meinung nach deshalb auch vorrangig zu beachtende Hauptproblem lenkt, was mir persönlich bei der Betrachtung fremderstellter Ergotherapiebefunde nicht immer gelingt. Somit könnte sich hier auch ein kompensierender Faktor bezüglich des zunächst in Erscheinung tretenden „Zeitverlustes“ ergeben. Ich persönlich habe innerhalb der Erprobungsphase jedenfalls bemerkt, dass ich gerne auf einen „Schnellbefund“ zugunsten einer nach meiner Vorstellung gewinnbringenderen Therapeut-Klient-Beziehung verzichte, zumal ich im Gesamtzusammenhang dieses Vorgehen, wie bereits erläutert, als effizienter erachte.

Ein weiteres Problem in der Anwendung des Kombinationsmodells könnte sich bei einem Therapeutenwechsel ergeben, was im klinischen Umfeld durchaus des öfteren notwendig wird (z.B. Urlaubs- oder Krankheitsvertretung). Die Art der bestehenden Beziehung zwischen mir und dem Klienten könnte unter Umständen eine für den Klienten nicht so intensive Variante bei der Übernahme durch einen Kollegen annehmen. Ich glaube zwar fest daran, dass jeder Therapeut in der für ihn besten Weise seine Tätigkeit ausübt, dennoch hadere ich mit dem Gedanken, dass der Klient eventuell eine eher übliche „sachlichere“ Vorgehensweise des Therapeuten nach zuvor anders erfahrener Umgangsform nicht als so gewinnbringend empfinden könnte, und deshalb seine Mitarbeit mit dem Therapeuten eine geringere Motivation erfährt. Dies würde dann dem von mir bei nahezu allen meinen bisherigen Mitarbeitern angetroffenen grossen Engagement nicht gerecht werden. Aller-

dings ist eine solche Befürchtung meinerseits derzeit nicht auf tatsächliche Erfahrungen zurückzuführen und entspricht eher einem vagen Bedenken.

An solcherlei Gedanken anknüpfend stellt sich für mich auch die Frage, inwiefern das entwickelte und erprobte Kommunikationskonzept auch ein für andere (Ergo-) Therapeuten anwendbares Instrument darstellt. Die in dieser Arbeit eingebrachten Ideen und gemachten Erfahrungen sind ausnahmslos die meinigen. Inwiefern andere Personen meines Berufsstandes diese als brauchbar empfinden, kann hier nicht geklärt werden. Eine weitergehende Untersuchung wäre diesbezüglich sicherlich hilfreich.

Dennoch kann ich letztlich aus meiner Überzeugung heraus behaupten, dass aller angemerkt Kritik zum Trotz durch die Entwicklung und Erprobung des Kombinationsmodells die eingangs erhobene Hypothese der sinnvollen Umsetzbarkeit einer Verknüpfung der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers und des NLP für den ergotherapeutischen Bereich im klinisch-geriatrischen Umfeld als bestätigt gelten kann. Ich persönlich empfinde dieses Konzept, indem die Methode nach Rogers den Rahmen einer inneren Einstellung und die Ideen des NLP das Werkzeug zu ihrer Umsetzung ergeben, als ungemein bereichernd für meine tägliche Arbeit. Seit dessen Versuchsanwendung im Zuge der Erstellung dieser Diplomarbeit habe ich in vielerlei Hinsicht meinen professionellen Umgang mit meinen Klienten deutlich verändert. Der eigentlich sinnvolle Aspekt in einer Kombination der beiden gewählten Konzepte liegt für mich vor allem in dem Umstand begründet, dass sie sich bezüglich des hier betrachteten Anwendungsrahmens meines Erachtens nach hervorragend ergänzen. Die Klientenzentrierte Gesprächsführung verhilft mir zu einer offenen und vertrauensschaffenden inneren Grundhaltung. Zwar halte ich sie bezogen auf meine Tätigkeit für nicht zielorientiert genug, dieses Manko wird aber durch das Einbringen der Ideen aus dem NLP sehr gut kompensiert. Um die interventiven Techniken dieses Konzeptes gut kontrollierbar zu halten und mich selber in der Klientenwahrnehmung nicht als eine Art von „Therapiemechaniker“ sondern als gleichsam menschliches Wesen erscheinen zu lassen, stellt sich für mich wiederum die Methode nach Rogers als äusserst hilfreiches Instrument dar.

Im Verlauf der Erstellung dieser Arbeit und unter dem Aspekt des damit verbundenen hohen Zeitaufwandes, welcher in nicht unerheblicher Weise auch Auswirkungen auf mein Familienleben hatte, fragte mich meine neunjährige Tochter einmal, warum es bei dieser Arbeit eigentlich ginge, und warum ich ihr so viel Zeit widme. Als ich ihr erklärte, dass ich mich damit befasse, wie man miteinander redet, reagierte sie überaus erstaunt. Sie konnte sich überhaupt nicht erklären, was denn am Miteinander-Reden so kompliziert sein könne, dass man darüber so viele Seiten schreibt. Ich versuchte ihr zu erläutern, dass es da verschiedene Methoden gäbe, und ich für mich erproben wollte, welche mir am besten liegt. Daraufhin fragte sie mich, warum ich denn nicht einfach nur mit den alten Menschen reden würde, sie zumindest würde das so machen. Ich muss gestehen, dass ich über diese Frage länger nachdenken musste. Ich glaube, in einem Punkt hat sie da sehr recht. Betrachtet man den allgemeinen „Umgangston“ im hektischen Klinikalltag zwischen den Helfenden (Pflegerkräfte, Ärzte, Therapeuten, etc.) und deren Klienten, so kann man sicherlich davon ausgehen, dass ein Aspekt des Funktionierens der hier beschriebenen Gesprächsmethode der eines wirklichen Miteinander-Redens ist. Ich glaube, wenn ich als älterer Mensch Patient in einer Klinik wäre, in der im allgemeinen nur wenig Zeit für Gespräche mit den mich betreuenden Personen erübrigt werden kann, und dennoch wird mir der Eindruck vermittelt, dass man mir wenigstens zuhört und mich ernst nimmt, wäre dies ein sehr entspannender Umstand für mich. Andererseits gelange ich jedoch auch zu der Überzeugung, dass mir in meiner therapeutischen Arbeit ein kommunikatives Werkzeug, welches mir als eine Art „roter Faden“ zur Verfügung steht, dabei enorm nützlich sein kann.

Zum Ende erscheint mir noch ein Punkt wichtig zu erwähnen. Nein – ich glaube nicht mit der Entwicklung des Kombinationsmodells irgend ein „Ei des Columbus“ geschaffen zu haben. Im Gegenteil denke ich, dass viele Menschen, welche sogar nicht nur im therapeutischen Sektor tätig sind, eine solche Art der Kommunikation unbewusst oder zum Teil wohl auch bewusst anwenden. Nur habe ich nirgendwo eine für den betrachteten Kontext klar verfasste Meinung dazu entdecken können. Das hier dargestellte Kombinati-

onsmodell könnte vielleicht als Grundlage weiterführender Untersuchungen zu dieser Thematik von Nutzen sein. Seine Überprüfung innerhalb einer größeren Testgruppe oder durch Versuchsgespräche anderer Therapeuten wären nur einige Möglichkeiten, hier eine Weiterentwicklung zu betreiben. Ich persönlich komme lediglich zum Schluss, dass (abgesehen von der erfolgten Hypothesenbestätigung) die Entwicklung und Anwendung dieses Kommunikationskonzeptes meine eigene Sichtweise auf die Ausübung meines Berufes zum Teil massgeblich bereichert und erheblich verändert hat, und ich werde mich in Zukunft sicherlich weiterhin mit dieser Thematik auseinandersetzen.

Quellenverzeichnis

Veröffentlichte Literatur

- BANDLER, Richard / GRINDER, John, Metasprache und Psychotherapie, 11. Auflage, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn, 2005
- BANDLER, Richard, Veränderung des subjektiven Erlebens, 6. Auflage, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn, 2001
- BISCHOFF, Gabriele, Ergotherapeutische Arbeitsbereiche in der Geriatrie, Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein, 2000
- BÖHM, Erwin, Verwirrt nicht die Verwirrten, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1999
- D.V.N.L.P. (Hrsg.), DENKANSTÖSSE, RATGEBER ZUR EFFIZIENTEN KOMMUNIKATION, o. Verlag, Quickborn, 2003
- GEISLER, Linus S., Wie kommunizieren Sie mit Ihrem Patienten?, in: Frauenarzt, 44. Jahrgang, Juni 2003, S. 685ff, o.O., o.J.
- PÖRKSEN, Bernhardt, Wirklichkeit entsteht im Dialog, Interview mit Heinz v. Foerster, in: die tageszeitung, taz-Verlag, Berlin, 10.07.2002
- PSCHYREMBEL, Willibald (Hrsg.), Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Walter de Gruyter Verlag, Berlin / New York, 1994
- RETTER, Hein, Studienbuch Pädagogische Kommunikation, 2. Auflage, Julius Klinkhardt Verlag, Bonn, 2002
- ROGERS, Carl R. et. al., Therapeut und Klient, 18. Auflage, Fischer Verlag, Frankfurt a.M., 2004, (b)
- ROGERS, Carl R., Entwicklung der Persönlichkeit, 15. Auflage, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2004, (a)
- SCHWARZ, Aljoscha A. / SCHWEPPE, Ronald P., Praxisbuch NLP, 6. Auflage, Südwest Verlag, München, 2003
- THEISEN, Manuel R., Wissenschaftliches Arbeiten, 11. Auflage, Verlag Vahlen, München, 2002
- v. FOERSTER, Heinz, / v. GLASERFELD, Ernst, Wie wir uns erfinden, 2. Auflage, Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg, 2004
- WEBER, Wilfried, Wege zum helfenden Gespräch, 12. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München, 2000

nicht veröffentlichte Literatur (zur Einsicht beim Verfasser verfügbar)

- BRILL, Harald, Script NLP-Basisseminar 9. – 11.3. 2001, NLP-Ausbildungsinstitut Kassel
- KÖLSCH-BUNZEN, Nina, Pädagogik / Methodik und Didaktik, Studienheft PMD I, 1. Auflage 03/05, o.O., 2005

Internet-Quellen (siehe Anhang)

- PRAXIS-INFO.CH, Gesprächspsychotherapie, Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung, Klientenzentrierte Psychotherapie, <http://praxis-info.ch/gespraechpsycho.htm>, 24.05.2005
- WIKIPEDIA, freie Enzyklopädie, Intervention, <http://de.wikipedia.org/wiki/intervention>, 10.09.2005

Interviews des Verfassers

- BRASSE, Katrin, Sozialarbeiterin, 21.06.2005
- BRILL, Harald, NLP-Lehrtrainer, 09.07.2005
- OPITZ, Mathias, Klinikseelsorger, 07.07.2005
- THEIS, Thomas, Ergotherapeut und NLP-Practitioner, 07.07.2005 (b)
- THEIS, Thomas, Ergotherapeut und NLP-Practitioner, 12.06.2005 (a)

Die tontechnischen Aufzeichnungen der Interviews sind beim Verfasser verfügbar. Das Interview mit Herrn Theis vom 12.06.2005 wurde nicht aufgezeichnet, eine inhaltliche Abschrift liegt beim Verfasser vor.