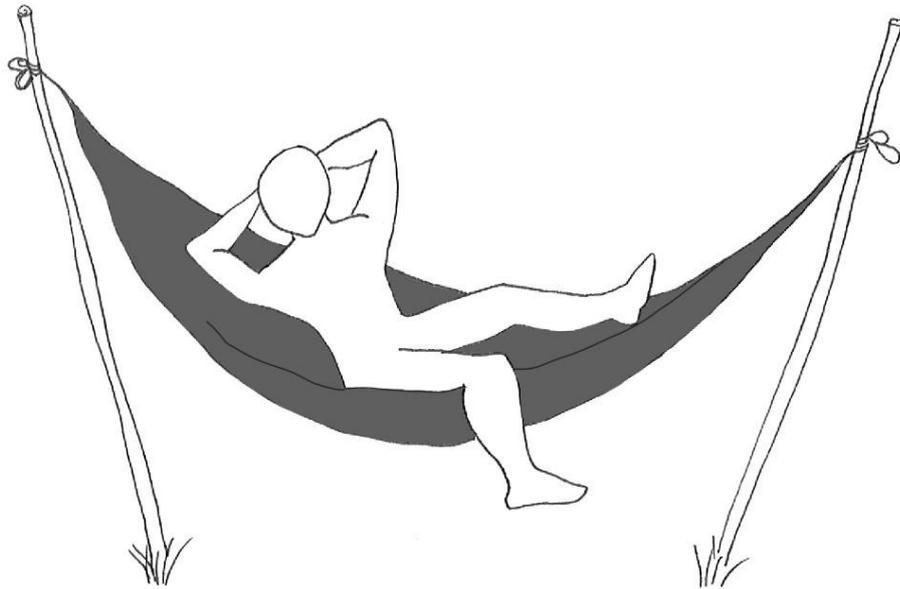


# In der Hängematte liegen - (K)EINE Betätigung!?



Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von  
Ergotherapeut\*innen mit Angeboten zur Sensorischen  
Integration bei schizophrenen Klient\*innen

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“  
Bachelorstudiengang Ergotherapie der  
Zuyd Hogeschool



## In der Hängematte liegen - (K)EINE Betätigung!?

---

Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von Ergotherapeut\*innen mit Angeboten  
zur Sensorischen Integration bei schizophrenen Klient\*innen

---

Heerlen, im November 2019

Revolta Beha 1669788

Louisa Neise 1669877

Begleitende Dozentin: Esther Wendel

*“Wer immer tut, was er schon kann, bleibt immer das, was er schon ist” (Henry Ford)*

© Copyright: Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Zuyd Hogeschool unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

## **Vorwort und Danksagungen**

Im Rahmen dieser Arbeit werden Erfahrungen von Ergotherapeut\*innen zu der Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen behandelt und hinsichtlich des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas diskutiert.

Unser Dank geht an die Personen, die einen besonderen Beitrag zum Zustandekommen der vorliegenden Arbeit geleistet haben. Wir bedanken uns für die Unterstützung und Begleitung während der letzten 11 Monate. Diese Arbeit wurde durch Eure Mitwirkung möglich gemacht.

Entscheidend waren hierbei die Teilnehmer\*innen, die uns im Rahmen der Interviews einen Einblick in ihr Arbeitsleben ermöglicht haben. Durch ihre Transparenz im Umgang mit Erfahrungen und den informativen Gesprächen, haben sich essentielle Einblicke in die Praxis aufgetan.

Für die intensive, strukturierte und konstruktive Begleitung unserer Dozentin Esther Wendel möchten wir uns herzlich bedanken. Durch den wöchentlichen Austausch auf digitalem Weg und regelmäßige Gespräche konnten wir unser Thema sowie klare Richtlinien zur Absolvierung dieser Arbeit entwickeln.

Wir möchten uns auch bei denjenigen bedanken, die uns mit Korrekturleser und Übersetzungshilfen unterstützt haben.

Zusätzlich bedanken wir uns bei Freunden, die uns durch die Nutzung Ihres Ferienhauses in Holland, eine intensive und effektive Zusammenarbeit während der Ausarbeitung der Arbeit ermöglichten.

Abschließend danken wir unseren Familien, Freunden und Partnern. Durch den emotionalen Rückhalt sowie der Unterstützung, die wir durchgehend erfahren haben, konnten wir immer wieder neue Kraft sammeln. Danke, dass ihr unsere schwankenden Launen ertragen habt.

**DANKE AN ALLE!**

## **Lesehinweise**

### Personenbezeichnungen

Von dieser Arbeit sollen sich ausdrücklich Leser\*innen aller Geschlechter gleichermaßen angesprochen fühlen. Zu Gunsten der Lesbarkeit und Gewährleistung des Datenschutzes wurde sich bemüht Personenbezeichnungen neutral zu formulieren. Weiterführend wurde das Gender\* genutzt, um geschlechtergerecht zu schreiben. Die Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit werden als „Autorinnen“ bezeichnet. Die Autorinnen nutzen den Begriff „Klient\*in“ im Sinne der zeitgenössischen Terminologie und der Klientenzentrierung der Ergotherapie. Die Teilnehmer\*innen werden in der weiblichen Form genannt, da alle Befragten dem weiblichen Geschlecht angehören. Im Verlauf werden alle Befragten mit „TN“ abgekürzt und erhalten zur Sicherung der Anonymität jeweils ein numerisches Pseudonym (TN 1 – TN 4).

### Verweise

Um Bezug zwischen den einzelnen Kapiteln herzustellen, erfolgen Verweise auf weitere oder vorangegangene Kapitel mittels eines Verweises mit der entsprechenden Kapitelnummer in runden Klammern. Auf Tabellen, Abbildungen und Anhänge wird ebenfalls in runden Klammern verwiesen. Begriffe, welche im Glossar aufgeführt sind, werden bei erstmaliger Nennung mit einem \* gekennzeichnet.

### Zitation

Die Zitation erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) in der sechsten Auflage. Wörtliche Zitate sind kursiv und mit Anführungszeichen „“ gekennzeichnet. Direkte Zitate ab 40 Wörtern wurden eingerückt. Eckige Klammern mit drei Punkten [...] sind bei wörtlichen Zitaten für Auslassungen verwendet. Eingeklammerte Buchstaben oder Wörter stehen für hinzugefügte oder angepasste Ausdrücke. Die Kennzeichnung von wörtlicher Rede innerhalb eines direkten Zitats erfolgt mit Verwendung von einfachen Anführungszeichen ‚‘.

Da sich einige englische Begriffe nicht sinngemäß ins Deutsche übersetzen lassen, wird hierbei die Originalform des Begriffs beibehalten und mit einfachen Anführungszeichen gekennzeichnet.

### Verzeichnisse

Die verwendete Literatur wird im Literaturverzeichnis alphabetisch sortiert aufgeführt.

Abbildungen und Tabellen wurden voneinander differenziert betrachtet. Grafiken und Bilder sind mit dem Hinweis Abbildung nummeriert. Tabellen sind mit dem Hinweis Tabelle unabhängig von der Nummerierung der Abbildungen nummeriert. Die Auflistung dieser befindet sich ebenfalls in einem separaten Verzeichnis.

Namen oder Bezeichnungen werden bei der ersten Nennung ausgeschrieben und dessen Abkürzung dahinter in runden Klammern genannt. Im weiteren Verlauf wird zur Erleichterung des Leseflusses nur noch die Abkürzung verwendet, eine Übersicht hierfür befindet sich im Abkürzungsverzeichnis.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
APA	American Psychological Association
Bptk	Bundes Psychotherapeutenkammer
CMCE	Canadian Model of client Centred Enablement
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	Canadian Model of Occupation Performance and Engagement
CPPF	Canadian Practice Process Framework
DIZ	Discovery Service der Zudy Hogeschool
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
ET	Ergotherapie
ICD-10	International Classification of Diseases
NSS	neurological softsigns
ÖPNV	Öffentlicher Personen Nahverkehr
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
PIO	Population Intervention Outcome
SI	Sensorische Integration
TN	Teilnehmer
WHO	World Health Organisation

## **Abstracts**

### **Kurzzusammenfassung**

Jährlich werden in Deutschland etwa 15.600 Schizophrenie-Diagnosen gestellt, wobei Schizophrenie zu den Erkrankungen mit den längsten Beeinträchtigungen in Lebensjahren zählt. Umso entscheidender ist es, dass ergotherapeutische Ansätze den aktuellen, ergotherapeutischen Leitgedanken gerecht werden und Handlungsfähigkeit sowie Selbstständigkeit schizophrener Klient\*innen effektiv fördern. Diese Bachelorarbeit untersucht, inwieweit die SI-Therapie diesem Anspruch derzeit entspricht. In vier qualitativen Experteninterviews wurden Erfahrungsberichte bezüglich der SI-Therapie zur Behandlung schizophrener Klient\*innen und des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas erhoben. Die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalysen nach Mayring ergab zusammenfassend, dass (I) die SI-Therapie primär genutzt wird, um schizophrenen Klient\*innen mittels Regulationsangeboten auf Betätigungen vorzubereiten; (II) Schulungen hinsichtlich einer professionell-reflektierten und wissenschaftlichen Begründung der SI-Behandlung eine entscheidende Rolle spielen; (III) die aktuellen Leitgedanken der Profession nicht ausreichende Berücksichtigung in der SI-Anwendung finden, oftmals aufgrund unzureichender Rahmenbedingungen in der Praxis. Abschließend wird diskutiert, wie diese Problempunkte adressiert und die SI effektiv zur Steigerung der Lebensqualität eingesetzt werden können.

### **Abstract**

Every year, about 15,600 Germans are diagnosed with schizophrenia. Schizophrenia ranks amongst the diseases with the longest impairments in quality-of-life. Hence it is paramount to ensure that current practices in occupational therapy live up to the profession's contemporary guidelines of effectively enhancing agency and independence among schizophrenic clients. This dissertation investigated in how far sensory integration therapy (SI-Therapy) meets this aim. Current SI-Therapy-practices and perceptions of professional principles were surveyed in four qualitative expert-interviews. Summarising, qualitative content analyses according to Mayring showed that (I) SI-Therapy is primarily used to prepare schizophrenic clients for occupations by providing regulation-opportunities; (II) training is vital to ensure that SI-Therapy is applied based on professional and scientifically-grounded rationales; (III) current practices do not satisfy the profession's-principles, partly because of practical constraints. To conclude, ways to address the identified challenges are discussed with a view of promoting effective practices of SI-Therapy and thereby schizophrenic patients' quality-of-life.

## **Samenvatting**

Jaarlijks worden in Duitsland ongeveer 15,600 schizofreniediagnoses gesteld, waarbij schizofrenie één van de ziekten is met de langste beperkingen in levensjaren. Des te belangrijker dat ergotherapeutische benaderingswijzen de hedendaagse ergotherapeutische richtlijnen naleven en het handelingsvermogen alsmede de zelfstandigheid van schizofrene cliënten effectief bevorderen. Deze bachelorscriptie onderzoekt in hoeverre sensorische integratietherapie (SI-Therapie) hiermee correspondeert. In vier kwalitatieve expertinterviews werden opinies verzameld over huidige SI-behandelingen en het ergotherapieparadigma. De evaluatie middels kwalitatieve inhoudsanalyses volgens Mayring toonde samenvattend dat (I) SI-Therapie primair ingezet wordt om schizofrene cliënten voor te bereiden op activiteiten door reguleringsmogelijkheden te bieden; (II) training met betrekking tot een professioneel gereflecteerde en wetenschappelijke rechtvaardiging van SI-behandeling speelt een beslissende rol; (III) de huidige leidende beroepsprincipes vinden onvoldoende overweging in de SI-toepassing, vaak vanwege ontoereikende praktische randvoorwaarden. Ten slotte wordt besproken hoe deze kwesties kunnen worden aangepakt en de SI-Therapie effectief kan worden gebruikt ter verbetering van kwaliteit van leven.

## Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Erfahrungen von Ergotherapeut\*innen aus Deutschland, bezüglich der Behandlung schizophrener Klient\*innen unter Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie (SI-Therapie). Eine zentrale Fragestellung hierbei ist, ob die SI-Therapie dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma gerecht wird.

Das Paradigma basiert auf sechs Säulen: Betätigungsorientierung, Klientenzentrierung, Evidenzbasierung, Technologie- und Populationsbasierung sowie der Kontextbasierung. Vor allem die Betätigungsorientierung nimmt einen wesentlichen Teil in der ergotherapeutischen Behandlung ein. Die Betätigung wird als Gegenstand der Ergotherapie angesehen und steht somit im Fokus der ergotherapeutischen Behandlung; gleichzeitig wird ihre praktische Umsetzung im psychiatrischen Arbeitsfeld oftmals hinterfragt. Interventionen haben häufig einen handwerklich-gestalterischen Schwerpunkt, welcher möglicherweise im Gegensatz zum aktuellen Paradigma steht. Die SI-Therapie wird als funktionaler Ansatz vermehrt von Ergotherapeut\*innen in der Behandlung schizophrener Klient\*innen angewandt. Derzeit ist unklar, inwieweit der funktionale Ansatz dem aktuellen Leitbild der Ergotherapie entspricht. In der vorliegenden Arbeit wird diese Frage adressiert und untersucht, inwiefern eine Behandlung unter Anwendung der SI-Therapie als funktionaler Ansatz dem aktuellen Paradigma entsprechen kann.

Der theoretische Hintergrund soll den Leser\*innen eine Übersicht zur relevanten Literatur und Fachdiskussion bezüglich der Untersuchungsfrage vermitteln. Zunächst werden die Grundlagen der Ergotherapie thematisiert und ein Einblick in die Ergotherapie im Arbeitsfeld der Psychiatrie gegeben. Abschließend wird die SI-Therapie vorgestellt und erläutert.

Der empirische Teil schildert zunächst die methodische Herangehensweise und Datenerhebung mittels Experteninterviews sowie deren Auswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse. Die Ergebnisse der Interviews verdeutlichen, dass Ergotherapeut\*innen in der Behandlung schizophrener Klient\*innen keine vollständige SI-Therapie durchführen, sondern ausschließlich Teilaspekte der SI-Therapie einsetzen. Die SI wird von den befragten Expert\*innen als Vorstufe zur Betätigung angesehen. Diese Angebote dienen den Klient\*innen dazu, sich zu regulieren. Durch die Regulation würde die Ausführung von bedeutungsvollen Betätigungen ermöglicht. Die Resultate bekräftigen somit den Aspekt, dass die Anwendung von Angeboten zur SI eine vorbereitende Maßnahme zur Betätigungsausführung ist. Der ‚two body practice‘ kommt hierbei zum Einsatz.

Eine schlussgefolgte Annahme ist, dass Ergotherapeut\*innen unzureichend über die aktuellen Denkweisen der Profession informiert sind und so das Handeln nach dem aktuellen, ergotherapeutischen Paradigma erschwert wird. Der stattgefundene Wandel konnte bislang nicht ausreichend in der Praxis etabliert werden. Ein Mangel an Professionalisierungsstrategien, wird von den Autorinnen geschlussfolgert. Dieser Mangel hindert die Kommunikation, um neue Erkenntnisse an alle Mitglieder des Berufsstandes zu vermitteln. Des Weiteren mangelt es an Forschungsergebnissen und Behandlungskonzepten, um eine evidenzbasierte Therapie umzusetzen.

## **Inhaltsverzeichnis**

Vorwort und Danksagungen	1
Lesehinweise	2
Abkürzungsverzeichnis	3
Abstracts	4
Zusammenfassung	6
1 Einleitung	9
2 Theoretischer Hintergrund	11
2.1 Aktuelles Paradigma	11
2.1.1 Betätigungsorientierung als Säule der Ergotherapie	12
2.1.2 Vorgehensweise in der ergotherapeutischen Praxis	13
2.1.3 Canadian Model of Performance and Engagement	14
2.1.4 Canadian Practice Process Framework (CPPF)	15
2.1.5 Canadian Model of Client-Centred Enablement	16
2.2 Ergotherapie in der Psychiatrie	16
2.3 Krankheitsbild Schizophrenie	18
2.3.1 Krankheitsbedingte Betätigungsprobleme	19
2.3.2 Ergotherapeutische Behandlung bei Schizophrenie	21
2.4 SI-Therapie	21
2.4.1 SI Störungen bei schizophrenen Klienten	22
2.4.2 Therapiekonzept der SI-Therapie bei schizophrenen Klienten	24
3 Methode	26
3.1 Entwicklung der Forschungsfrage	26
3.2 Literaturrecherche	27
3.3 Teilnehmerakquise	27
3.4 Forschungsdesign & Datenerhebung	28
3.4.1 Leitfaden	28
3.4.2 Hauptstudie	29
3.4.3 Ethische Aspekte	29
3.5 Vorgehen bei der Datenanalyse	30

3.5.1	Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	30
3.5.2	Auswertung der Inhaltsanalyse gemäß der Gütekriterien nach Mayring	32
4	Resultate	35
5	Diskussion	43
5.1	Beantwortungen der Leitfragen	43
5.1.1	Definition - SI-Therapie	43
5.1.2	Initiierung - SI-Therapie	44
5.1.3	Limitationen und Möglichkeiten der SI-Therapie	46
5.1.4	Kompetenzen zur Gestaltung der SI-Therapie	48
5.2	Die Beantwortung der zentralen Fragestellung	49
5.3	Stärken und Schwächen der Studie	52
6	Schlussfolgerung	55
	Literaturverzeichnis	57
	Glossar	67
	Abbildungsverzeichnis	69
	Tabellenverzeichnis	69
	Anlagen	70
	Anlage 1: Genutzte Datenbanken	70
	Anlage 2: Evidenzpyramide nach Tomlin & Borgetto (2011)	71
	Anlage 3: Flyer	72
	Anlage 4: Interviewleitfaden Pilotstudie	73
	Anlage 5: Evaluationsbogen Pilotstudie	74
	Anlage 6: Interview - Leitfaden (Hauptstudie)	75
	Anlage 7: Einwilligungserklärung der Teilnehmer	77
	Anlage 8: Z1-Z4 Regeln (Mayring, 2015)	78
	Anlage 9: Auszug aus einem Transkript	79
	Anlage 10: Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015)	80
	Anlage 11: Ehrenwörtliche Erklärung	81

# 1 Einleitung

Laut Gesundheitsreport (2019) nehmen psychische Erkrankungen seit Jahren stetig zu. Etwa 15.600 Schizophrenieerkrankungen werden in Deutschland pro Jahr neu diagnostiziert (Robert- Koch Institut, 2012). Die Schizophrenie wird weltweit zu den zehn Erkrankungen mit den meisten durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahren gezählt (WHO, 2001).

Schuh und Marx (2019) schlussfolgern, dass es Auftrag der Ergotherapie sei, „vielfältige und individuell gut angepasste Therapiekonzepte zur Verfügung zu stellen“ (S. 28). Insbesondere im Rahmen der Professionalisierung erscheint es notwendig, bestehende Konzepte im Hinblick auf ihre Effektivität und Effizienz zu überprüfen. „So gilt es, das professionelle Denken und Handeln eines Berufes ständig an die Finanzierung, Struktur und Philosophie von Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung anzupassen [...]“ (Marotzki, 2008, S. 30). Merklein de Freitas (2015) beschreibt das betätigungsorientierte Arbeiten, welches das übergreifende Ziel des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten e.V. (DVE) darstellt (DVE, 2012) als wichtigsten Aspekt des zeitgenössischen, ergotherapeutischen Paradigmas.

Im Rahmen des Studiums haben sich die Autorinnen in die Aspekte des aktuellen Paradigmas vertieft. Hierbei konnte festgestellt werden, dass insbesondere die Betätigungsorientierung allseits bekannt ist, in der Praxis jedoch (noch) wenig Umsetzung findet. Die Anwendung der Theorie bleibt für viele Therapeut\*innen eine Herausforderung (Leclair et al., 2013). Leclair et al. (2013) verweisen darauf, dass der Theorie-Praxis-Transfer explizit betrachtet werden sollte. Die Aufklärung und die Zusammenarbeit zwischen Therapeut\*innen und Klient\*innen erschienen unerlässlich, um den Übertrag in den Alltag zu schaffen.

Unter Berücksichtigung des aktuellen Paradigmas und aktueller Forschungsergebnisse wird in dieser Bachelorarbeit untersucht, welche Erfahrungen Ergotherapeut\*innen in Deutschland mit der Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klienten haben. Dabei wird die folgende Fragestellung in den Fokus gestellt und mithilfe der konkreteren Leitfragen spezifiziert:

*„Welche Erfahrungen haben Ergotherapeut\*innen mit der Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klienten bezüglich des aktuellen, ergotherapeutischen Paradigmas gesammelt?“*

- Wie definieren Ergotherapeut\*innen die SI-Therapie mit schizophrenen Klient\*innen?
- Anhand welcher Kriterien wird eine SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen initiiert?
- Welche Limitationen und Möglichkeiten ergeben sich bei Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen hinsichtlich des aktuellen Paradigmas?
- Welche Kompetenzen unterstützen Ergotherapeut\*innen in der Gestaltung ihrer SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen, um die Orientierung am aktuellen Paradigma gewährleisten zu können?

Entsprechend dieser Fragestellungen wurde zunächst eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt und in Kapitel 2 (Theoretischer Hintergrund) verschriftlicht. Hierzu werden Annahmen zum aktuellen Paradigma der Ergotherapie vorgestellt. Des Weiteren wird Bezug zur Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie genommen. Anschließend wird das

Krankheitsbild der Schizophrenie, sowie die ergotherapeutische Behandlung thematisiert. Auch die SI-Therapie nach Jean Ayres (2016) wird vorgestellt und hinsichtlich ihrer primären Anwendung im pädiatrischen Arbeitsfeld (Vargas & Camilli, 1999; May-Benson & Koomar, 2010) sowie bestehenden Evaluationsstudien zur ergotherapeutischen Behandlung schizophrener Klient\*innen (Hesse, 2005; Jadidi & Mirshoja, 2016) diskutiert.

Im Anschluss an die Literaturrecherche wird ein qualitativer Interviewfragebogen (vgl. Anlage 6) entwickelt. Dieser dient dazu, die Einstellungen und Erfahrungen praktizierender Ergotherapeut\*innen zu beleuchten. Ein Schwerpunkt wird somit auf die subjektiven Bedeutungsstrukturen der Therapeut\*innen gelegt. Die Interviews werden transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Beschreibung des methodischen Vorgehens ist in Kapitel 3 Methode dargestellt.

Die theoretische Erörterung der SI-Therapie wird in den Kapiteln 3 und 4 durch Experteninterviews und deren qualitative Auswertung ergänzt. Hierbei konnte entsprechend der Leitfragen, genauso wie im theoretischen Teil, Herausforderungen der Betätigungsorientierung sensorisch- integrativer Behandlungsansätze vertieft diskutiert und dem aktuellen Paradigma der Ergotherapie gegenübergestellt werden.

In Kapitel 4 sind die Ergebnisse der Interviews objektiv wiedergegeben. Die dargestellten Ergebnisse werden in Kapitel 5 Diskussion in Bezug zum theoretischen Hintergrund ausführlich diskutiert. Das daraus resultierende Fazit wird am Ende der Arbeit in Kapitel 5 Schlussfolgerung erläutert. Dieses Kapitel dient auch dazu, Forschungslücken aufzudecken und so einen Ausblick auf mögliche weitere Forschungsentwicklungen zu geben.

## 2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird relevante Literatur zum aktuellen ergotherapeutischen Paradigma, zum Krankheitsbild der Schizophrenie und zur SI-Therapie vorgestellt. In Kapitel 2.1 Aktuelles Paradigma nehmen die Autorinnen Bezug zur Ergotherapie des 21. Jahrhunderts. Hierzu werden sowohl die berufliche Grundhaltung als auch ein dominierendes Praxis-Modell beschrieben. In Kapitel 2.2 Ergotherapie in der stationären Psychiatrie- werden aktuelle Konzepte der ergotherapeutischen Behandlung im psychiatrischen Arbeitsfeld thematisiert. Im Anschluss sind in Kapitel 2.3 die Grundlagen des schizophrenen Störungsbildes sowie aktuelle Behandlungsstrategien dargelegt. Die SI-Therapie ist in Kapitel 2.4 beschrieben und in Bezug zur Behandlung schizophrener Klienten gestellt

### 2.1 Aktuelles Paradigma

Als Paradigma werden in der Ergotherapie die Grundsätze und Werte der Behandlungs-„Philosophie“ verstanden (Habermann & Kolster, 2008). Die Ergotherapie hat seit ihrer Entstehung 1917 zwei Paradigmenwechsel durchlaufen (Christiansen & Haertl, 2014). Das aktuelle ‚contemporary paradigm‘ ist die Rückführung zur Betätigung (Kielhofner, 2009). Das dritte Paradigma beschreibt, die Wechselwirkung zwischen Person, Umwelt und Betätigung und zeigt auf, dass die Betätigungsausführung von diesen Faktoren abhängt. Durch die Säulen ‚client-centered‘-und ‚occupation-based practice‘ soll eine holistische Sichtweise auf die Klient\*innen erzielt werden (Kielhofner, 2009). Es wird somit von einer ganzheitlichen, und klientenzentrierten Perspektive ausgegangen (Cole & Tufano, 2008).

In der ergotherapeutischen Intervention wird der Fokus auf bedeutungsvolle Betätigungen der Klient\*innen gelegt. Ergotherapeut\*innen gehen davon aus, dass bedeutungsvolle Betätigungen der Schlüssel zu Wohlergehen und Lebensqualität sind. Im Vordergrund steht die Integration der Klienten in den Alltag und die Gewährleistung der Partizipation.

In diesem Paradigma spricht man auch von der Entwicklung der Ergo-Wissenschaft (Cole & Tufano, 2008). Das klinische Begründen gewinnt an großer Bedeutung. Die Reasoning\* Formen, welche das therapeutische Vorgehen begründen, werden entwickelt (Cole & Tufano, 2008). Die Grundlegenden Berufswerte, werden als Säulen dargestellt. Bislang wurden vier Säulen benannt. Die aktuelle Entwicklung zeigt eine Ergänzung um zwei weitere Säulen auf. Die nun aktuellen sechs Säulen, stellen die Kernelemente der Ergotherapie dar. Neben der Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung, Kontextbasierung, und Evidenzbasierung werden die Technologiebasierung und Populationsbasierung benannt. Auf diesen sechs Säulen der Ergotherapie bauen die ergotherapeutischen Interventionen auf (Le Granse, van Hartingsveldt, & Kinebanian, 2017).

Das evidenzbasierte Vorgehen rückt vermehrt in den Vordergrund des ergotherapeutischen Handelns. Es bezeichnet die Integration von klinischer Expertise der Therapeut\*innen mit best- verfügbarer externer Evidenz aus systematischer Forschung sowie Hintergrund, Ziele, Präferenzen und Werten der Klient\*innen. Klient\*innen werden aktiv in die Therapie mit einbezogen. Evidenzbasiertes Vorgehen sollte auf klinischer Erfahrung und Beurteilung aufbauen, diese aber nicht ersetzen. Das Zusammenspiel der drei Komponenten ist in der folgenden, von Scigenia (2018) adaptierten Abbildung dargestellt.

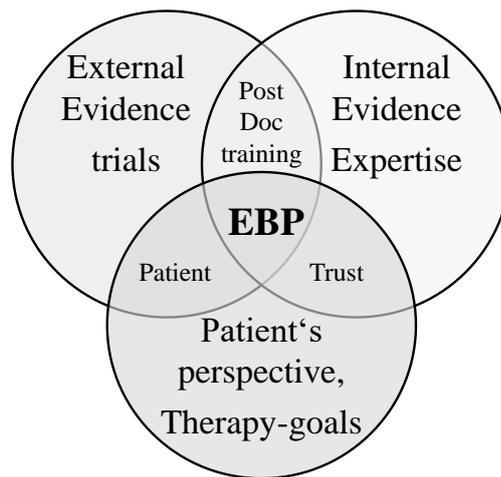


Abbildung 1: Evidence based practice (Scigenia, 2018)

Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes (2000) beschreiben Möglichkeiten, die sich durch evidenzbasierte Arbeit eröffnen. Zum einen werden Behandlungsqualität und -ergebnis für Klient\*innen verbessert. Zum andere werden Begründung und Transparenz bei Wahl der Intervention, Messinstrumente etc. gewährleistet. Ultimativ ist es Ziel, das Fachwissen der Ergotherapeut\*innen durchgehend auf dem aktuellsten Stand zu halten sowie Effektivität der Ergotherapie und relevanter Forschung zu steigern. Damit wird auch das berufspolitische Fortbestehen gesichert.

Die menschliche Betätigung stellt nicht nur eine Säule der Ergotherapie dar, sondern bildet den Kern des Ergotherapeutischen Denkens weshalb sie in Kapitel 2.1.1 Betätigungsorientierung als Säule der Ergotherapie, genauer beleuchtet wird. Zur weiteren Verdeutlichung der ergotherapeutischen Annahmen wird die Vorgehensweise in der praktischen Arbeit in Kapitel 2.1.2 Vorgehensweise in der ergotherapeutischen Praxis, beschrieben. Der Kapitelabschnitt wird mit der Darlegung eine Modellreihe aus dem kanadischen Raum abgerundet.

### 2.1.1 Betätigungsorientierung als Säule der Ergotherapie

Polatajko & Backmann et al. (2013) definieren Betätigung als Kern des Menschen und gehen davon aus, dass Menschen Betätigungen brauchen. Betätigung sitze tief im Menschen, gebe dem Individuum Struktur und sei für jeden einzelnen bedeutungsvoll. Betätigung stelle einen Komplex von Aktivitäten dar, der persönliche und soziokulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermögliche. Betätigungen könnten den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit zugeteilt werden. In der folgenden Darstellung werden die Grundannahmen bezogen auf die Betätigung dargestellt.

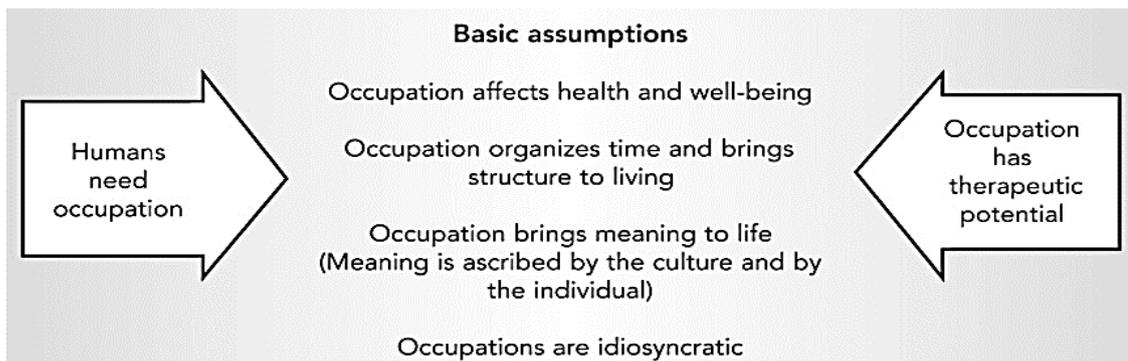


Abbildung 2: Grundannahmen zur Betätigung (Polatajko et al., 2013, S.21)

Das ‚Occupational Therapy Intervention Process Model‘ (OTIPM) (Fisher, 2014) geht von der Grundannahme aus, dass jeder Mensch einzigartig ist und den Willen hat, sich mit Aktivitäten zu befassen. Diesen Betätigungen wird eine große Bedeutung zugeschrieben und sie haben einen persönlichen Zweck für den Menschen. Auch hier wird Betätigung als Grundbedürfnis des Menschen gesehen. Der therapeutische Einsatz von Betätigung nimmt entsprechend einer essentiellen Rolle ein und stellt das vorrangige Mittel dar, um Betätigung der Klienten zu fördern. Hierbei besteht das wichtigste Ziel darin, dass Klient\*innen die Fähigkeit erlangen, die für sie bedeutungsvolle und zweckdienliche Betätigung auszuführen. ‚Occupation centred‘ beschreibt den Vorgang eine berufsspezifische Perspektive einzunehmen, in welcher die Betätigung im Zentrum steht. Die eingenommene Perspektive stellt somit auch sicher, dass das was Ergotherapeut\*innen machen, in Bezug zum Kernparadigma der Ergotherapie steht (Fisher, 2014).

### 2.1.2 Vorgehensweise in der ergotherapeutischen Praxis

Ergotherapeutische Maßnahmen sollten entsprechend auf die Bewältigung bedeutungsvoller Betätigungen des Klienten abzielen (Düchting, 2008). Et-herangehensweisen unterscheiden sich wesentlich in der Befundaufnahme, der Zielformulierung, der Behandlung an sich, sowie dem Kontextbezug (Düchting, 2008). Ergotherapeut\*innen arbeiten entweder nach dem ‚Top-Down‘ Ansatz, orientieren sich am ‚Bottom-Up‘ Ansatz oder beziehen sich auf die Mischform beider Ansätze, den ‚Two-Body-Practice‘ Ansatz.

Der ‚Top-Down‘ Ansatz ist betätigungsorientiert. Die bedeutungsvollen Betätigungen des Klient\*innen stehen im Mittelpunkt der therapeutischen Behandlung. Die Verbesserung der Teilhabe stellt ein übergeordnetes Ziel dar. Die Betätigungsprobleme sowie die Ziele werden primär erfragt und anhand dieser gestaltet sich die Therapie (Düchting, 2008). Betätigungen werden somit als Mittel der Interventionen gewählt. Diese werden von Anfang an systematisch erfasst, um Betätigung mittels Betätigung optimieren zu können und die Zielerreichung betätigungsorientiert zu messen (Aegeler & Senn, 2014).

Der ‚Bottom-Up‘ Ansatz hingegen ist funktionsorientiert. Therapeutische Schwerpunkte werden auf der Ebene von Körperfunktionen und-strukturen gesetzt. So stehen die Betätigungsprobleme und das Formulieren von relevanten Zielen zunächst im Hintergrund der Behandlung (Düchting, 2008). Dieser Ansatz weist auf ein mechanistisches Menschenbild hin (Aegeler & Senn, 2014).

Der ‚Two-Body-Practice‘ Ansatz stellt eine Mischform der beiden Ansätze dar. Dieser Ansatz verdeutlicht den Zusammenhang zwischen funktionsorientierter und betätigungsorientierter Intervention und wird auch ‚Top-To-Bottom-Up‘-Ansatz genannt. Aspekte beider oben erläuterten Ansätze werden integriert, um eine erfolgreiche und zielführende Intervention zu gewährleisten. Diese Mischform zeigt zunächst das ‚Top-Down‘ Vorgehen. Es folgt das ‚Bottom-Up‘ Vorgehen, indem Einschränkungen festgestellt werden. Durch die Überlegungen zur Ursache der Probleme gelangen Therapeut\*innen wieder zurück zum ‚Top-Down‘ Vorgehen (Fisher, 2014).

### 2.1.3 Canadian Model of Performance and Engagement

Die kanadische Modelltriplette stellt ein Konvolut ergotherapeutischer Modelle dar. Folgend werden das Inhalts- Prozessmodell erläutert sowie die ergotherapeutischen Kernkompetenzen erläutert.

Ein Modell dient dazu, Beziehungen zwischen verschiedenen Kernbegriffen visuell zu veranschaulichen. Die methodische Vorgehensweise in der Ergotherapie wird also durch Modelle unterstützt. Durch die einheitliche Fachterminologie eines Modells wird der Austausch untereinander erleichtert sowie ein fester Platz im Gesundheitswesen gewährleistet. Das Inhaltsmodell ‚Canadian Model of Performance and Engagement‘ (CMOP-E) nach Polatajko et al. (2013) wird im Folgenden genauer beschrieben. Es ist ein Modell, welches im europäischen Raum weitverbreitet ist. Zudem ist es Teil einer Modellreihe, welche eine Übersicht des ergotherapeutischen Blickes und Prozesses ermöglicht. Das CMOP-E stellt den Zusammenhang zwischen Person, Umwelt und Betätigung dar. Dieser ist in der nächsten Veranschaulichung dargestellt.

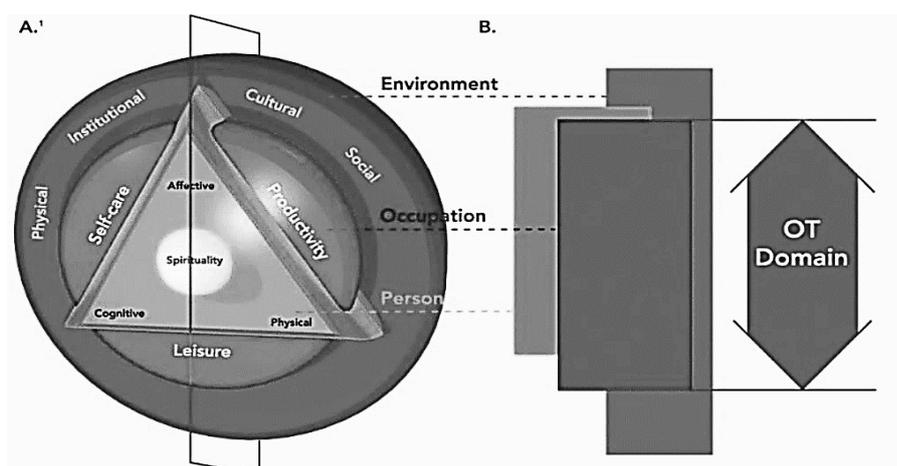


Abbildung 3: CMOP-E (Polatajko et al., 2013, S. 23)

Das ‚Canadian Model of Occupational Performance‘ (CMOP) entstand im Jahre 1997: Im Mittelpunkt steht die Betätigung und als Ziel wird die Betätigungsausführung der Klient\*innen angestrebt (Polatajko et al., 2013). Das Inhaltsmodell CMOP-E, führt als Weiterentwicklung des CMOP den Begriff des ‚Engagement\*‘ zu einer Präzisierung des Gegenstandsbereichs der Ergotherapie ein. Es wird verdeutlicht, dass Betätigung im Zentrum des Interesses der Ergotherapie steht (Polatajko et al., 2013). In diesem Modell geht es nicht

mehr ausschließlich um beobachtbare, aktive Betätigung sondern insbesondere der Aspekt der Teilhabe im Sinne des Engagements wird zusätzlich berücksichtigt.

Die Verwendung des CMOP-E ermöglicht es, den vollen Umfang der ‚Occupation-Based Practice‘ zu erkennen. Dies veranschaulicht, dass die Interaktion zwischen der Person, Betätigung und Umwelt von Bedeutung ist. Das kanadische Inhaltsmodell CMOP-E geht von der Betätigung unter Berücksichtigung der Person und der Umwelt aus. Die Autor\*innen beschreiben verschiedene ‚Approaches‘, die Therapeut\*innen dabei unterstützen sollen betätigungsorientiert zu arbeiten. Hierbei legen sie sowohl betätigungsorientierte, als auch funktionsorientierte Ansätze, wie unter anderem die SI dar.

### 2.1.4 Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Das ‚Canadian Practice Process Framework‘(CPPF) ist das Prozessmodell zum CMOP-E. Es spiegelt den Prozess einer evidenzbasierte sowie klientenzentrierte Ergotherapie im Sinne des ‚Enablement‘ wider. Das CPPF besteht aus acht ‚Action Points‘ welche im Verlauf genauer beschrieben werden. Die Abfolge der Aktionen innerhalb einer Behandlung, ist dynamisch (Craik, Davis, & Polatajko, 2013).

Das Praxismodell berücksichtigt vier Kontexte. Der erste, gesellschaftliche Kontext, beschreibt kulturelle Hintergründe. Er stellt die institutionellen und physischen Rahmenbedingungen dar und zeigt wichtige Elemente der sozialen Umwelt auf. Der therapeutische Kontext, oder auch praktische Kontext beschreibt den Raum, indem Therapeut\*in und Klient\*in ihre Beziehung aufbauen. Hier werden die personellen Einstellungen wie Werte, Wissen und Wünsche einbezogen. Umwelteinflüsse, wie die häusliche Umgebung werden ebenfalls einbezogen. Der dritte Kontext, der sogenannte Bezugskontext, bestimmt das Vorgehen der Therapeut\*in. Innerhalb dieses Kontextes findet die therapeutische Intervention statt. Er bietet zum Teil auch Begründungen und Begrenzungen für Modelle und Methoden in der Praxis. Ein weiterer Bestandteil des Modells ist das CPPF mit den acht ‚Action points‘ die das ergotherapeutische Vorgehen Schritt für Schritt beschreiben. Diese sind im folgenden Bild abgebildet.

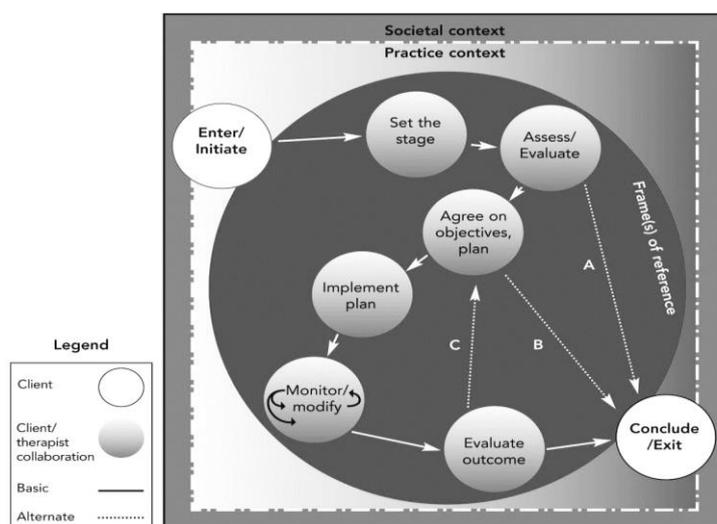


Abbildung 4: Canadian Practice Process Framework (Craik et al., 2013, S. 233)

## 2.1.5 Canadian Model of Client-Centred Enablement

Die Kernkompetenzen von Ergotherapeut\*innen welche im ‚Canadian Model of Client-Centred Enablement\*‘, kurz CMCE (Townsend et al., 2013) dargestellt sind, begleiten das methodische Handeln im ergotherapeutischen Prozess. Die Kernkompetenz ‚Enabling‘ wird durch die ‚Enablement Skills\*‘ näher beschrieben. Je nach Arbeitssituation, Art und Zielen der Klient\*innen und nach Phase im ergotherapeutischen Prozess müssen bestimmte Fertigkeiten eingesetzt werden, um effektives ‚Enablement\*‘ zu erreichen (George, 2014).

‚Enablement\*‘ bedeutet, im Hinblick auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Klient\*innen und Therapeut\*innen, individuelle Veränderung durch Betätigung oder das Einbinden in Betätigung zu bewirken. Townsend et al. sehen die ‚Enablement Skills\*‘ als Basis für eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Praxis. Die ergotherapeutischen Kompetenzen werden im CMCE dementsprechend als ein Spektrum von Schlüsselfertigkeiten dargestellt. Diese sind im Folgenden tabellarisch dargestellt und kurz beschrieben.

*Tabelle 1: Enablement skills (Townsend et al., 2013, S.113)*

<b>Enablement skill</b>	<b>Beschreibung</b>
Anpassen (adapt)	Die Durchführung einer Betätigung wird in Bezug auf ihre Anforderungen und die entsprechenden Umweltbedingungen angepasst
Fürsprechen (advocate)	Ergotherapeuten setzen sich gegenüber ... für ihre Klienten ein.
Coachen (coach)	Anleiten des Klienten / erweiterten Klienten
Zusammenarbeiten (collaborate)	Zusammenarbeit mit Klienten
Beraten (consult)	Austausch und Absprachen treffen mit dem Klienten
Koordinieren (coordinate)	Koordinieren gemeinschaftlicher Schritte
Entwerfen/Konstruieren (design, build)	Anfertigung von Hilfsmitteln, Umgebungsgestaltung, Konzeption und Erbringung therapeutischer Dienstleistungen
Informieren (educate)	Anwendung von edukativen Verfahren
Beteiligen (engage)	Klienten ins konkrete Tun bringen
Spezialisieren (specialize)	Situationsbezogene Anwendung spezifischer therapeutischer Verfahren/ Techniken

## 2.2 Ergotherapie in der Psychiatrie

In diesem Kapitel wird Bezug zur ergotherapeutischen Arbeit im psychiatrischen Fachbereich genommen. Hierzu werden zentrale ergotherapeutische Behandlungsmethoden, wie sie

gegenwärtig im psychiatrischen Arbeitsfeld praktiziert werden, vorgestellt. Es wird deutlich, dass die Förderung bedeutungsvoller Betätigungen, im Kontrast zum aktuellen ergotherapeutischen Paradigma, nicht im Fokus liegt.

*„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind [...] hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE, 2007).*

Demnach behandeln und begleiten Ergotherapeut\*innen Menschen mit verschiedenen Einschränkungen im Alltag, die zu einer nicht zufriedenstellenden Lebensführung beitragen. Ziel ist es, die Menschen zu befähigen ihren Alltag selbstständig zu bewältigen und somit bedeutungsvolle Betätigungen zufriedenstellend auszuführen.

Bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen kann ein sozialer Rückzug und somit ein Mangel an Rollen und bedeutungsvollen Betätigungen festgestellt werden (DVE, 2015). Dies führt dazu, dass die Psychiatrie heute “...eine[n] der größten medizinisch-therapeutischen Fachbereiche, in dem die Ergotherapie sehr wirksam ihre speziellen Kompetenzen und Verfahren einbringen [kann]” darstellt (DVE, 2015). Eine Psychiatrie ist ein Fachkrankenhaus für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen. Im Durchschnitt verbleiben sie 70 Tage stationär im Krankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie wobei auch tagesklinische sowie ambulante Behandlungen angeboten werden (Statistisches Bundesamt, 2017).

Das klinische, ergotherapeutische Angebot umfasst einen beschäftigungstherapeutischen Schwerpunkt mit dem vor allem akut Erkrankte behandelt werden. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Arbeitstherapie. Sie setzt meist im stationären Setting ein und wird nach der Entlassung aus der Klinik in Form von beruflichen Eingliederungsmaßnahmen fortgeführt (Kubny-Lücke, 2009). Hauptsächlich werden in der Ergotherapie kreativ- gestalterische-, sowie lebenspraktische und kognitiv fördernde Tätigkeiten angeboten.

Mögliche, funktionelle Ziele einer stationären, ergotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie sind die Förderung von psychischen Grundfunktionen (Antrieb, Motivation), kognitiven Grundfunktionen (Konzentration, Merkfähigkeit) und emotionalen Fähigkeiten (Schwingungsfähigkeit, Gefühlsausdruck). Der Mensch wird in der Ergotherapie als handelndes und autonomes Wesen gesehen, welches ein Recht auf Selbstbestimmung und -verwirklichung hat. Götsch (2001) beschreibt diese Annahmen in einem Wertesystem, welches neben weiteren wissenschaftlichen Bezugssystemen die Grundannahmen der Ergotherapie und das Berufsverständnis widerspiegeln:

- Die Fähigkeit Handeln zu können und dieses Handeln steuern zu können ist für den Menschen von grundlegender Bedeutung
- Fehlen dem Menschen Möglichkeiten des Tätigseins, verhindert dies die Selbstentfaltung des Menschen
- Handlungen des Menschen sind Ausdruck seiner Selbstbestimmung und Selbstständigkeit
- Krankheit und Behinderung sind durch Tätigkeit positiv beeinflussbar

Dieses Verständnis im Zusammenhang mit den sechs Säulen der Ergotherapie (vgl. Kapitel 2.1.1) legt nahe, dass Therapieziele gemeinsam mit den Klient\*innen festgelegt werden sollten. Zudem sollten Therapieziele für die Klient\*innen persönliche Relevanz haben. Sie sollten sich an der individuellen Lebenssituation der Klient\*innen orientieren und stets betätigungsorientiert und konkret sein (Kubny- Lücke, 2009). Unterschiedliche Ziele und Aufgaben lassen sich mit einem erprobten, überlegten und übertragbaren Weg des Vorgehens erreichen. Diese Verfahrensweise wird als Behandlungsmethode bezeichnet (Beyermann, 2015). In der psychiatrischen Ergotherapie werden vier Behandlungsmethoden unterschieden (Wilms, 2009):

Die kompetenzzentrierte Methode zielt darauf ab, verloren gegangene oder nicht vorhandene Fähig- und Fertigkeiten zu erlernen. Die interaktionelle Methode wird eingesetzt um das Erleben eines einzelnen in der Gruppe zu fördern, sowie dieses zu reflektieren. Mittels der ausdruckszentrierten Methode kann der Klient mit Hilfe des kreativen Ausdrucks, innere Bilder plastisch zum Ausdruck bringen kann (Flotho, 2009). Bei der wahrnehmungszentrierten Methode werden Sinnes- und Körperwahrnehmung in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit gestellt. Diese Behandlungsmethoden werden in der ergotherapeutischen Literatur weiterhin verwendet, weshalb sie in dieser Arbeit aufgeführt werden. Nach den Annahmen des aktuellen Paradigmas (vgl. Kapitel 2.1) bleibt jedoch zu diskutieren ob sie kongruent zu der ergotherapeutischen Annahme, dass Klient\*innen und ihre bedeutungsvollen Betätigungen im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Intervention steht, eingesetzt werden können.

### **2.3 Krankheitsbild Schizophrenie**

In diesem Kapitel wird das Krankheitsbild der Schizophrenie thematisiert. Hierzu werden zunächst medizinisch- diagnostische Aspekte aufgegriffen. Nachfolgend werden mögliche Betätigungsprobleme dargestellt, welche einen ergotherapeutischen Prozess initiieren könnten. Abschließend werden ergotherapeutische Behandlungsansätze vorgestellt.

Um die Diagnose Schizophrenie anhand allgemein anerkannter Kriterien stellen zu können, wird mithilfe der ICD-10 Kriterien diagnostiziert (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 2019). Demnach ist die Schizophrenie durch anhaltende kognitive Defizite, positive und negative Symptome, die typischerweise in der Jugend beginnen, substantielle Erblichkeit und strukturelle, funktionelle und neurochemische Veränderungen im Gehirn, einschließlich dopaminerger Dysregulation, gekennzeichnet (Keshavan, Nasrallah, & Tandon, 2011).

Das Krankheitsbild der Schizophrenie ist bislang nicht ausschließlich anhand biologischer Messwerte erkennbar (Häfner, 2017). Als Entstehungsmodell hat sich das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell durchgesetzt (Hesse & Prünke, 2004). Dies geht davon aus, dass sowohl genetische als auch psychosoziale Faktoren zur Krankheitsentstehung beitragen. Diese bedingen eine erhöhte, sogenannte Vulnerabilität. Trifft Stress auf die Vulnerabilität, kann eine psychotische Episode ausgelöst werden.

Diese Symptome werden in Negativ- und Positiv-Symptome unterteilt. Hierbei beschreiben Negativ-Symptome den Mangel einer Fähigkeit relativ zu einer gesunden Person. Die dem

gegenübergestellten, sogenannten Positiv-Symptome beschreiben eine Übersteigerung des gesunden Erlebens (Lewis & Lieberman, 2000).

Die Leitsymptome nach ICD-10 für Schizophrenie sind dementsprechend:

1. Gedankenlautwerden, - eingebug, - entzug, -ausbreitung.
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn).
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität\*.
6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen in den Gedankenfluss.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus oder Stupor.
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt.

Die Morbidität\* liegt aktuell bei 1 % bezogen auf die erwachsene Bevölkerung in Deutschland (Bundes Psychotherapeutenkammer (BPtK), 2019). Aktuell sind in Deutschland ca. 800.000 Menschen an Schizophrenie erkrankt und jährlich erkranken 8000 Menschen neu (BPtK, 2019). Die Selbstgefährdung liegt mit einem Suizidrisiko von 10 %-15 % sehr hoch (Häfner, 2017). Morgan et al. (2014) stellten 2014 fest, dass die häufigsten Ursachen vorzeitigen Todes bei Schizophrenen aus einer ungesunden Lebensführung und Suchterkrankungen resultiert.

Gaebel geht von einer „multifaktoriellen Genese“ aus (Gaebel, 2002, S.86): „Dies bedeutet, dass hinsichtlich dispositioneller, auslösender, unterhaltender und chronifizierender Bedingungen neurobiologische, psychologische und soziale Teilfaktoren berücksichtigt werden müssen“.

### **2.3.1 Krankheitsbedingte Betätigungsprobleme**

Betätigungsperformanzprobleme, beschreiben „Betätigungen, die eine Person tun möchte, tun muss oder die von ihr erwartet werden, die sie aber nicht tun kann, nicht tut oder mit deren Ausführung sie nicht zufrieden ist“ (Law et al., 015). Schizophrene Klient\*innen zeigen in allen Betätigungsbereichen deutliche Einschränkungen auf.

Zur Vereinfachung werden die Probleme nach Betätigungsbereich unterteilt und nachstehend in tabellarischer Form dargestellt. Die Betätigungsprobleme sind Beispiele aus der eigenen Berufspraxis der Autorinnen und sollen dem Leser ein Verständnis für die Auswirkung der Symptome auf Partizipationsebene vermitteln.

Tabelle 2: Symptome auf Partizipationsebene

Symptom	Betätigungsbereich		
	Selbstversorgung	Produktivität	Freizeit
Orientierungsstörungen	Inner- und außer Haus können Wege nicht selbstständig bewältigt werden	Arbeitsweg kann nicht mehr bewältigt werden	Serielle Abläufe während eines Spieles können nicht eingehalten werden
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	Termine und Fristen werden nicht mehr eingehalten	Einkäufe können nicht mehr durchgeführt werden	Gesprächen mit Freunden/Familie kann nicht gefolgt und wichtige Informationen können nicht behalten werden
Befürchtungen und Zwänge	Aktivitäten können nicht mehr zielgerichtet und nicht in angemessener Zeit durchgeführt werden	Elektronische Geräte können nicht mehr genutzt werden	Aktivitäten außer Haus werden vermieden (besonders bei Menschenversammlungen)
Antriebs- und psychomotorische Störungen	Vernachlässigung der körperlichen Versorgung	Stifthaltung ist eingeschränkt	Ausübung von Freizeitaktivitäten (kreativ/sportlich) nicht möglich
Somatische Symptome	Einschränkung der Mobilität durch vermindertes Gehvermögen	Aktivitäten mit körperlichen Anforderungen werden vermieden oder abgebrochen	Rückzug, es werden keine Betätigungen ausgeführt
Denkstörungen	Durch Gedankensprünge werden Handlungen vorzeitig abgebrochen	Arbeitsauftrag wird nicht zu Ende gebracht	Sprunghafte Kommunikation
Störungen der Affektivität	Unzureichende Nahrungsaufnahme	Vernachlässigung des Haushaltes	Interessenverlust
Wahn	Die Nahrungsaufnahme wird verweigert, weil befürchtet wird, vergiftet zu werden.	Vermeidung des ÖPNV	Abneigung gegenüber sozialen Bezugspersonen durch Wahnsysteme

### **2.3.2 Ergotherapeutische Behandlung bei Schizophrenie**

Die therapeutische Vorgehensweise ist durch die von Rogers beschriebene therapeutische Grundhaltung geprägt. Er beschreibt Kongruenz, bedingungslose Akzeptanz und Empathie als Kernelemente, die durch den Therapeuten in die Beziehung mit Klient\*innen eingebracht werden sollten. Hesse (2005) betont die Wichtigkeit, den Klient\*innen anerkennend gegenüber zu treten und sie in ihren Bedürfnissen ernst zu nehmen. Im Vordergrund stehen Klarheit, Vereinfachung und Eindeutigkeit (Hirse Korn, 2009). Im Späteren Verlauf kann durch gezielte kognitive Übungen, sowie durch Förderung der Bewältigungsstrategien im lebenspraktischen Bereich, das Informationsverarbeitungssystem gestärkt werden (Hesse & Prünke, 2004). Zentral für die Behandlung schizophrener Klienten ist während des gesamten Behandlungsverlaufs, Information einfach und klar zu gestalten, um Klient\*innen in dem Prozess der Informationsverarbeitung nicht zu überfordern. Hierzu gehört idealerweise auch eine reizarme räumliche Gestaltung.

Von den im Kapitel 2.2 vorgestellten Behandlungsmethoden, kommen in der Arbeit mit schizophrenen Klient\*innen drei Methoden überwiegend zum Tragen. Hirse Korn (2009) beschreibt die kompetenzzentrierte Methode als die an der häufigsten eingesetzten Methode. Daneben werden sowohl die Ausdruckszentrierte sowie Interaktionelle Methoden eingesetzt, um die Reflexion des eigenen Erlebens und sozio-emotionale Fähigkeiten zu fördern. Ein weiterer, entscheidender Bestandteil in der Therapie mit schizophrenen Klient\*innen ist das kognitive Training.

In der deutschen Fachliteratur ist auch bereits Bezug zur Betätigungsorientierung genommen worden, etwa von Heike Lagemann (2009). Die Autorin beschreibt, dass das Betätigungsverhalten zuerst befundet werden sollte und im Anschluss die notwendigen Informationen auf Körperfunktions- und -strukturebene erhoben werden sollten (vgl. Kapitel 2.3.1). Allerdings hat die Einbindung der Betätigungsorientierung nur wenig Einzug in die ergotherapeutische Praxis erhalten. Im folgenden Abschnitt wird diskutiert ob die SI-Therapie eine Möglichkeit bietet, diesen Schritt zu gehen

### **2.4 SI-Therapie**

Das Konzept der SI wurde in den 1960er und 70er Jahren von Jean Ayres im pädiatrischen Bereich entwickelt, um Lernstörungen bei Kindern bei normaler Intelligenz zu erklären (Bundy, Lane, & Murray, 2007). Im Jahre 1969 wurde das SI Konzept erstmals in Europa auf dem Weltkongress der Ergotherapeuten in Zürich vorgestellt. Price, eine Kollegin von Ayres, begann 1970 das Konzept der SI im Rahmen von Kursen in Deutschland zu verbreiten. Seitdem Ausbildungskurse in Deutschland angeboten wurden, hat die SI an Bekanntheit gewonnen und wird heute von vielen Ergotherapeut\*innen vor allem im pädiatrischen Bereich praktiziert. Die Theorie der SI begründet sich auf drei Sichtweisen:

1. Sie stützt sich auf Erkenntnisse der Neurophysiologie/ Neuropsychologie.
2. Sie arbeitet ganzheitlich und betrachtet dementsprechend das Individuum in seinem gesamten Bezugssystem\* und orientiert sich dabei an die humanistische Psychologie.
3. Sie betont den individuellen Anspruch auf die eigene Entwicklung und die Entscheidung über den eigenen Weg. Sie wird mit einem klientenzentrierten Vorgehen verknüpft (Schaeffgen, 2007).

Die SI-Therapie ist eine Theorie und ein theoretischer Bezugsrahmen der Ergotherapie, der den Ausgangspunkt für das klinische Reasoning\* darstellt. Dabei bietet der theoretische Rahmen der SI-Therapie auch Erklärungen für das menschliche Verhalten sowie Funktionsabweichungen (Smith, Roley, Blanche, & Schaaf, 2004). Hieran anknüpfend, werden Maßnahmen abgeleitet, mittels derer verhaltensbedingte Schwierigkeiten vorhergesagt und diagnostiziert werden können, um dann durch verhaltensbasierte Interventionen behandelt zu werden (Bundy et al., 2007). Eine zentrale Rolle in der Bearbeitung relevanter Verhaltensweisen, nimmt die Verarbeitung von aufgenommenen Sinnesinformationen ein. Hierbei kommen vor allem den taktilen, propriozeptiven und vestibulären Systemen\* eine große Bedeutung zu: „Unter SI wird die Zusammenstellung von sensorischen Informationen für den Gebrauch verstanden“ (Nacke, 2005, S.5). Das Gehirn nimmt Auskünfte über die Sinne auf, erkennt diese, deutet sie und gliedert sie ein, um darauf mit einer anpassenden Handlung reagieren zu können (Nacke, 2005).

Als Ziel der SI-Therapie ergibt sich daraus die Optimierung der neurologischen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse, zur Verbesserung der Praxie\* und damit der Fähigkeit zur sinnvollen Betätigung, Kommunikation und psychosozialer Integration (Schaefgen, 2007).

Eine wissenschaftliche Fundierung der SI-Therapie würde voraussetzen, dass praktizierende Therapeuten im Rahmen von Schulungsprogrammen, die sich auf SI und Verhaltensanalysen konzentrieren, um multidisziplinäres Arbeiten zu erleichtern und das fachliche Verständnis über die SI-Therapie zu verbessern (Samayan, Dhanavendan, & Nachiketa, 2015). Der richtige Umgang mit den Störungsbildern und eine effektive Behandlung, basierend auf dem Fachwissen ist unerlässlich.

Der Einsatz der SI-Therapie wird nicht von allen Therapeut\*innen befürwortet und in der Literatur sind durchaus kritische Aspekte zu entnehmen. Die Studie von Tzang et al. (2019) berichtet von einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychiatrischer Störungen bei Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), die SI-Therapie erhielten, im Vergleich zu denjenigen, die dies nicht taten. . Gleichzeitig schlussfolgern die Autoren, dass sie aus ihren Ergebnissen keinen Zusammenhang zwischen SI und psychiatrischen Störungen schließen können (Tzang et al., 2019).

Eine weitere empirische Studie attestiert der Verhaltensintervention eine höhere Wirksamkeit als der SI-Therapie (Devlin, Healy, Leader & Hughes, 2011). Eine Studie von Sniezyk & Zane (2015) konnte weiterhin keinen kausalen Zusammenhang zwischen den sensorischen Verfahren der SI-Therapie und Verbesserungen der anvisierten abhängigen Variablen bei Kindern mit Autismus feststellen.

Im nachfolgenden Kapitel wird Bezug zu SI Störungen bei schizophrenen Klient\*innen genommen. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts werden sensomotorische Auffälligkeiten bei schizophrenen Klient\*innen beschreiben.

#### **2.4.1 SI Störungen bei schizophrenen Klienten**

Spezifische sensorische Defizite im Hinblick auf schizophrene Patienten wurden bereits im Jahr 1911 von Eugen Bleuler (1911) unter dem Begriff ‚dementia praecox‘ zusammengefasst

und fallen bis heute unter die Diagnose der Schizophrenie. Bleuler betonte bereits ausgiebig motorische und sensorische Defizite bei Betroffenen. Mit der Entwicklung neuroleptischer Psychopharmaka, wurden die sensomotorischen Symptombereiche den Nebenwirkungen der Pharmakotherapie zugeordnet und folglich nur gering beachtet. Explizite Berücksichtigung fand der Symptombereich jedoch wieder in der Einteilung nach Liddle & Barnes (1990) in drei Syndrome: Realitätsverlust-Syndrom, Desorganisationssyndrom und psychomotorisches-Verarmungssyndrom. Auch heute gelten die sogenannten Neurological Softsigns\* (NSS) als ein etablierter Bestandteil der Symptomexpression von Schizophrenie-Spektrumstörungen (Chan, Xu, Heinrichs, Yu, & Gong, 2010). Diskrete sensorische und motorische Auffälligkeiten, werden in der Literatur auch unter die NSS gefasst (Hesse & Prünke, 2004).

Verschiedenen Langzeit- und Hochrisiko-Studien (durchgeführt an Kindern mit einem schizophrenen Elternteil) haben soziale, motorische und kognitive Defizite bereits in der frühen Kindheit festgestellt und als mögliche Vorboten der schizophrenen Erkrankung definiert (Jones, 1997). Unterstützt wird dies durch Befunde bildgebender Verfahren, die entsprechende strukturelle Abnormitäten des zentralen Nervensystems bei schizophrenen Klient\*innen nahelegen (Möller, 2015), deren Ursprung bereits in der frühen Hirnentwicklung vermutet wird und welche entsprechend als „Korrelate kognitiver und anderer Störungen Schizophrener interpretiert [werden]“ (Möller et al. 2009, S. 142). Diese Veränderungen sind bereits vor Ausbruch der Erkrankung zu erkennen und werden entsprechend als Vulnerabilitätsfaktor eingestuft. „Wie retrospektive Untersuchungen und prospektive Hochrisiko-Studien zeigen, ist bereits in frühester Kindheit das motorische und sozial-kommunikative Verhalten späterer Schizophrener auffällig gestört, was offensichtlich zur Entwicklung einer gestörten prämorbidem Persönlichkeit mit unter anderem abnormem Interaktionsstil beiträgt“ (Gaebel, 2002, S.87).

Möller, Laux, & Deister (2009) nennen im Zusammenhang mit weiteren entwicklungsbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren\* die motorische Entwicklung (Möller et al. 2009, S. 143, Tab. 4.6.). „Die später an Schizophrenie Erkrankten wurden vorrangig als passive, unkonzentrierte Kleinkinder beschrieben, die sich in der Schulzeit zu unangepassten Kindern mit störenden Verhaltensweisen entwickelten“ (Möller et al., 2009, S. 145). Aden unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen zum Kenntnisstand verschiedener Berufsgruppen in Bezug auf die Sensomotorik bei Menschen mit Schizophrenie (Aden, 2012).

Diese Studien zeigen, dass sensorische Symptome bei schizophrenen Klient\*innen zentral sind. Eine Behandlung gemäß der SI-Therapie liegt somit nah. Das Therapie Konzept zur Behandlung schizophrener Klient\*innen wird im folgenden Kapitel beschrieben.

Möller, Laux, & Deister (2009) nennen im Zusammenhang mit weiteren entwicklungsbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren\* die motorische Entwicklung (Möller et al. 2009, S. 143, Tab. 4.6.). „Die später an Schizophrenie Erkrankten wurden vorrangig als passive, unkonzentrierte Kleinkinder beschrieben, die sich in der Schulzeit zu unangepassten Kindern mit störenden Verhaltensweisen entwickelten“ (Möller et al., 2009, S. 145). Aden unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen zum Kenntnisstand verschiedener Berufsgruppen in Bezug auf die Sensomotorik bei Menschen mit Schizophrenie (Aden, 2012).

## 2.4.2 Therapiekonzept der SI-Therapie bei schizophrenen Klienten

Wie im Abschnitt 2.4.1 deutlich geworden ist, sind sensorische Störungen ein zentrales Merkmal schizophrener Erkrankungen. Damit liegt nahe, dass auf der SI-Therapie aufbauende, wahrnehmungszentrierte Ansätze eine essentielle Ergänzung üblicher ergotherapeutischer Behandlungsansätze bieten können. Beispielsweise könnte die Kontaktaufnahme auf Ebene basaler Sinneseindrücke\* den Zugang zu schizophrenen Klienten erleichtern. Eine Verbesserung der Verarbeitung von basalen Sinneseindrücken könnte zugleich dazu führen, dass sich die Klient\*innen besser ordnen und auf weiterführende Angebote einlassen können (Hesse, 2005).

Entsprechend wurden zwischen 1977 und 1991 Evaluationsstudien zur Behandlung schizophrener Klienten mit Angeboten zur SI durchgeführt (Hesse, 2005). Konkrete Angebote, die sich hieraus entwickelt haben, werden in Abbildung 5 zusammengefasst. Sie beinhalten beispielsweise eine Stimulierung auf der Schaukel oder im Bällebecken, die destabilisierend auf das psychotische Denken wirken soll. Bei anderen Angeboten soll durch eine gezielte Stimulation der basalen Sinnessysteme der Gleichgewichtssinn gestärkt, die taktile Wahrnehmung gefördert und die Entwicklung eines angemessenen Körperschemas unterstützt werden.

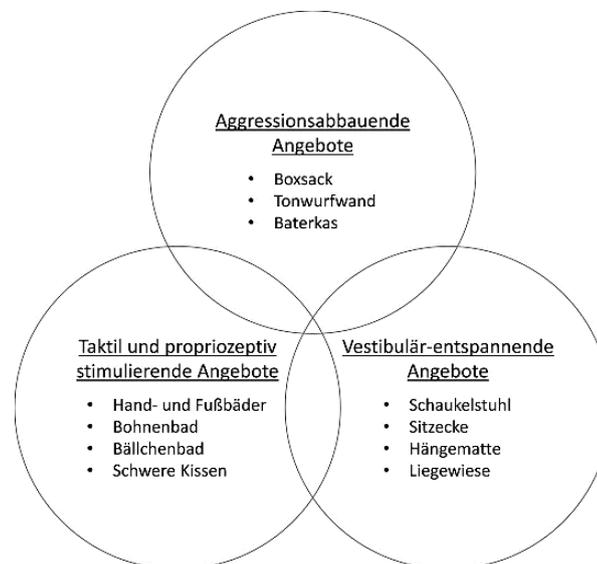


Abbildung 5: Angebote der SI-Therapie (Hesse & Prünke, 2004, S.46)

Die SI-Therapie könnte weiterhin hilfreich sein, um über Schwindel bei kurzer, schneller Kopfdrehung entgegenzuwirken – über diesen klagen schizophrene Patienten gehäuft. Gemäß der SI könnten hier Ansätze zur linearen vestibulären Stimulation\* hilfreich sein, bei denen Aktivitäten in verschiedenen Körperpositionen durchgeführt werden – etwa in Bauchlage, im Sitzen, oder Stehen. Dies ist beispielhaft dafür, wie sich aus der SI-Therapie Möglichkeiten ergeben, gestörten biomechanischen Regulationsmechanismen bei Betroffenen entgegenzuwirken (Hesse, 2005).

Hesse & Prünke (2004) benennen als zentrales Therapieziel der SI-Angebote „Das Ich stärken“ (Hesse & Prünke, 2004, S.141). Daneben benennen sie Ziele auf verschiedenen

Ebenen: Wahrnehmung, Gefühle, Kognitionen, Motivation und Verhalten. Die Autoren verstehen darunter „..., dass die Patienten auf der Grundlage einer geordneten Wahrnehmung und eines geordneten Denkens sich selbst spüren [...] sich selbst Ziele setzen, diese mit Wille und Ausdauer verfolgen und in konkreten Handlungsschritten angehen können sollen“ (Hesse & Prünke, 2004, S. 142).

Es werden ergänzend fünf Therapieprinzipien genannt: Ganzheitlicher Ansatz, Subjektzentrierung, Assistenz, Wachstumsorientierung, dialogische Beziehung. Somit können in dem vorliegenden Konzept Aspekte des aktuellen, ergotherapeutischen Paradigmas wiedergefunden werden. Von den sechs Säulen (vgl. Kapitel 2.1) kann insbesondere die Klientenzentrierung mit der Subjektzentrierung gleichgesetzt werden, welche beschreibt, dass die Person mit ihren Zielen, Wünschen und Bedürfnissen im Mittelpunkt der Therapie steht (Hesse & Prünke, 2004). Auch der Begriff der Assistenz, bei der die Person selbst die Therapie aktiv bestimmt und die Therapeut\*innen eine begleitende und unterstützende Funktion einnehmen, lässt sich im Bereich des aktuellen Paradigmas unter anderem im CMCE und dem Begriff des ‚Enablement‘ wiederfinden.

### 3 Methode

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die angewendeten Methoden gegeben. Hierzu wird zunächst die Entwicklung der Fragestellung dargestellt (vgl. Kapitel 3.1). Im weiteren Verlauf wird Bezug auf die Literaturrecherche sowie Teilnehmerakquise genommen (vgl. Kapitel 3.2). In Kapitel 3.4 wird die Erhebung der Daten, sowie das Forschungsdesign ausführlich vorgestellt. Dies beinhaltet die Darstellung der ethischen Aspekte, die der Studierendurchführung zugrunde liegen. Die Datenanalyse nach Mayring (2015) wird abschließend aufgeführt. Hier wird Bezug zu den Gütekriterien qualitativer Forschung genommen.

#### 3.1 Entwicklung der Forschungsfrage

Die Motivation zur Erarbeitung des Themas entstand aus Erfahrungen der praktischen Ausbildung sowie erster eigener Praxiserfahrungen der Autorinnen. Die Diskrepanz zwischen erlerntem, aktuellem Wissen und der tatsächlichen Arbeit mit Klient\*innen erschien sehr groß. Insbesondere im Arbeitsfeld Psychiatrie zeichnete sich ab, dass praktizierte Behandlungsansätze sich tendenziell eher an subjektiven Erfahrungen, als an wissenschaftlicher Evidenz orientieren. Ein konkretes Spannungsfeld wurde hinsichtlich der SI deutlich: Obwohl der Ansatz der SI im pädiatrischen Arbeitsfeld bereits erprobt und erforscht worden ist und als einziger, wissenschaftliche- abgeleiteter Therapieansatz gilt (Söchting, 2018), ist der Ansatz unter Ergotherapeut\*innen, auch im pädiatrischen Arbeitsfeld, in Bezug zum aktuellen Paradigma diskutiert.

In verschiedenen Gesprächen stellte sich den Autorinnen zunehmend die Frage: SI und Psychiatrie, passt das heute noch zusammen? Um die Frage zu erörtern und erste Ideen für darauf aufbauende Forschung zu sammeln, wurde die folgende Forschungsfrage gemäß der Population-Intervention-Outcome-Vorgehensweise (PIO; Ritschl, Weigl & Stamm, 2016) entwickelt:

*„Welche Erfahrungen haben Ergotherapeuten mit der Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie bei schizophrenen Klienten bezüglich des aktuellen, ergotherapeutischen Paradigmas gesammelt?“*

Zur Strukturierung wurden neben der zentralen Fragestellung vier Leitfragen entwickelt:

1. Wie definieren Ergotherapeuten die SI-Therapie mit schizophrenen Klienten im stationären Setting?
2. Anhand welcher Kriterien wird eine SI-Therapie bei schizophrenen Klienten im stationären Setting initiiert?
3. Welche Limitationen und Möglichkeiten ergeben sich bei Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klienten im stationären Setting hinsichtlich des aktuellen Paradigmas?
4. Welche Kompetenzen unterstützen Ergotherapeuten in der Gestaltung ihrer SI-Therapie bei schizophrenen Klienten im stationären Setting, um die Orientierung am aktuellen Paradigma gewährleisten zu können?

### **3.2 Literaturrecherche**

Das Vorgehen qualitativ hochwertiger Studien sieht eine Auseinandersetzung mit relevanter Hintergrundliteratur vor (Law et al., 1998). Die Literatur schließt sowohl Fachbücher, also auch wissenschaftliche Artikel und Studien ein. Es wurden verschiedene Datenbanken, wie GoogleScholar oder die hochschuleigene Datenbank (DiZ) verwendet. Die Ausweitung von nationaler auf internationale Literatur erschien notwendig, da die nationalen Literatur-Ressourcen schnell ausgeschöpft waren. Bei der Recherche wurden folgende Schlüsselwörter zur Suche verwendet: Schizophrenie; Psychose, Ergotherapie in der Psychiatrie, Betätigungsorientierung, Klientenzentrierung, SI-Therapie, SI-Therapie UND Psychiatrie. Ein Teil der Recherche ist in Anlage 1 dargestellt.

Um die Suchergebnisse entsprechend der Fragestellungen einzugrenzen, wurden Studien, in denen pädiatrische oder Autismus-Behandlungen evaluiert wurden, zunächst ausgeschlossen. Aufgrund mangelnder Literatur und der hohen Evidenzlevel der pädiatrischen Studien wurden diese zu einem späteren Zeitpunkt, unter Berücksichtigung der eingeschränkten Übertragbarkeit mit in die Ausarbeitung aufgenommen. Es fiel auf, dass es zwar relevante Bücher und Artikel in deutscher Sprache gibt; empirische Studien sowie weiterführende Forschungsliteratur sind jedoch englischsprachig verfasst. Darüber hinaus konnte keine deutschsprachige Forschungsliteratur zur SI-Therapie in Bezug zum aktuellen, ergotherapeutischen Paradigma gefunden werden. Dies bestätigte die Notwendigkeit einer qualitativen Erhebung im Rahmen der vorliegenden Arbeit.

Die für die vorliegende Studie verwendeten Veröffentlichungen wurden mithilfe der Evidenzpyramide\* von Tomlin & Borgetto (2011) bewertet (vgl. Anlage 2). Insgesamt wurden insbesondere zum Einsatz der SI im Bereich der Pädiatrie viele systematische Literaturübersichten (sogenannte Reviews) identifiziert, die gemäß Tomlin & Borgetto (2011) ein hohes Evidenzlevel aufwiesen. Während Teilbereiche der erarbeiteten Literatur bereits im Kapitel 2 Theoretischer Hintergrund vorgestellt wurden, fließen diese auch in die Abschnitte Diskussion und Schlussfolgerung ein.

### **3.3 Teilnehmerakquise**

Um Einblick in den therapeutischen Entscheidungsprozess vor dem Hintergrund des aktuellen Berufsbildes zu erlangen, wurden die behandelnden Therapeut\*innen als Expert\*innen befragt. Gemäß dieser Perspektive werden Menschen als Experten angesehen, wenn sie über ein spezielles Wissen zu einem konkreten Sachverhalt verfügen. Als Expert\*innen sehen die Autoren Personen an, die folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- staatliche Anerkennung als Ergotherapeut\*in
- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im psychiatrischen Fachbereich mit schizophrenen Klienten unter Anwendung der SI-Therapie

Die via E-Mail rekrutierten Teilnehmer\*innen (vgl. Anlage 3 für den Rekrutierungsflyer) sollten neben ergotherapeutischem Fachwissen auch Stellungnahme zu aktuellen Rahmenbedingungen nehmen können. Da zu jedem Probanden umfangreiches Material erhoben wurde, beschränkte sich die qualitative Erhebung – wie üblich (Döring & Bortz, 2016) – auf eine kleine Stichprobe. Diese ergab sich auch daraus, dass nur eine sehr

begrenzte Anzahl von Ergotherapeut\*innen im psychiatrischen Arbeitsfeld nach dem Ansatz der SI behandelt.

Insgesamt wurden 13 Institutionen und Einzelpersonen von den Autorinnen angeschrieben. Es meldeten sich acht mögliche Teilnehmer\*innen zurück. Aufgrund von Terminengpässen, mangelnder Berufserfahrung und dem Schwerpunkt der Forschungsfrage auf das Krankheitsbild der Schizophrenie, konnten letztlich vier Interviews durchgeführt werden. Es wurde keine Datensättigung erreicht, da im zeitlichen Rahmen dieser Arbeit keine weiteren Teilnehmer befragt werden konnten.

### **3.4 Forschungsdesign & Datenerhebung**

Im Rahmen der Untersuchung wurden vier Ergotherapeut\*innen mit Tätigkeit in der Psychiatrie zu ihren Erfahrungen mit der Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klienten bezüglich des aktuellen, ergotherapeutischen Paradigmas befragt. Da hierbei insbesondere auf die subjektiven Bedeutungsstrukturen einzelner Therapeut\*innen eingegangen wurde, ist das Forschungsdesign der Phänomenologie zuzuordnen. Die Phänomenologie ist eine qualitative Forschungsmethode, die sich mit gelebter Erfahrung auseinandersetzt. Sie gilt als kontextueller und ganzheitlicher Zugang, um ein Verständnis für Personen und ihre Lebensherausforderungen zu entwickeln (Wertz, 2016).

#### **3.4.1 Leitfaden**

Ein erster Interviewleitfaden (vgl. Anlage 4) wurde entwickelt. In diesem wurden nach Abfrage personenbezogener Daten, die Erfahrungen der Therapeut\*innen erhoben. Zur Evaluation und Optimierung des Leitfadens hinsichtlich Praktikabilität und Optimierung wurde eine Pilotstudie unter Studienbedingungen durchgeführt. Die Ergebnisse der Pilotstudie wurden nicht in Analyse einbezogen und dienten lediglich der Evaluierung des Interviewleitfadens.

Zur Beurteilung von Interviewfragen und Durchführung wurde ein entsprechender Evaluationsbogen entwickelt (vgl. Anlage 5). Dieser indizierte, dass eine Kategorisierung der Leitfragen hilfreich sein würde, um seitens Befragten mehr Struktur und Klarheit zu schaffen. Dementsprechend wurden alle Interviewfragen des endgültigen Leitfadens den Kategorien *Klärung der Begrifflichkeiten*, *Arbeitsweise*, *Rahmenbedingungen* und *Kompetenzen* zugeordnet. Diese Kategorien wurden den Interviewpartner\*innen jeweils vor den entsprechenden Fragen genannt, um sie hinsichtlich des Frageziels zu orientieren.

Die überarbeiteten Leitfragen am Anfang des Interviews wurden außerdem darauf ausgerichtet, das Verständnis der Teilnehmer\*innen bezüglich der Begrifflichkeiten des aktuellen Paradigmas (Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung) in der Ergotherapie grundsätzlich, das heißt unabhängig von der SI, zu klären. Konkret wurden die Interviewpartner\*innen gebeten, bewusst unabhängig zur SI die Frage „Was verstehen Sie *unabhängig* von der SI-Therapie unter Klientenzentrierung?“ zu beantworten.

Ebenfalls wurden einzelne Fragen hinsichtlich der Verständlichkeit und des Bezugs zum Krankheitsbild der Schizophrenie ergänzt: „Bei welchen Klienten wird die SI-Therapie angewendet?“ wurde nach Überarbeitung zu „Bei welchen schizophrenen Klienten und bei

welcher Symptomatik wenden Sie die SI-Therapie an?“. Der überarbeitete Fragebogen, welcher im Studienverlauf genutzt wurde, ist ebenfalls im Anhang zu finden (vgl. Anlage 6).

### **3.4.2 Hauptstudie**

Der Kontakt zu den Teilnehmer\*innen wurde über E-Mail fortgeführt. Da in der Hauptstudie alle Teilnehmer\*innen weiblich waren, wird für sie nun die weibliche Schreibweise verwendet. Jede potentielle Teilnehmerin erhielt Informationen zu Datenumgang und Zweck der Befragung und unterschrieb eine Einwilligungserklärung (vgl. Anlage 7). Eine Woche vor der Durchführung der Interviews wurden den Teilnehmerinnen der Leitfragebogen zugesendet, um sich auf das Interview vorzubereiten.

Die Durchführung der Interviews erfolgte per Telefon oder Skype. Die Interviews dauerten zwischen 45 und 65 Minuten. Während der Interviews wurden die Leitfragen nicht vorgelesen, sondern entsprechend der Empfehlungen von Döring & Borth (2016) der Situation angepasst. Die flexible Gestaltung ermöglichte es, gezielte Nachfragen zu stellen und zu gewährleisten, dass die Fragen korrekt verstanden wurden. Dies gewährte den Teilnehmerinnen auch mehr Möglichkeiten, das Interview mitzusteuern (Döring & Borth, 2016).

Zudem wurden Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorgenommen: Es waren immer beide Autorinnen anwesend, um subjektive Einflüsse zu minimieren. Dies ist angelehnt an Investigator-Triangulation nach Denzin (2017) (Flick, von Kardorff & Steinke, 2010). Im Rahmen des Interviews wurden die Daten in Form von Audiodateien gespeichert und anschließend wörtlich transkribiert. Zur Transkription legten die Autorinnen Regeln in Anlehnung an das einfache Transkriptionssystem von Dresing & Pehl (2015) fest (vgl. Anlage 10). Nach Fertigstellung der Transkriptionen wurden diese kontrollgelesen. Zur Nachvollziehbarkeit wurde ein Interviewausschnitt dieser Arbeit beigelegt (vgl. Anlage 9).

### **3.4.3 Ethische Aspekte**

In der Forschungsethik steht der verantwortungsvolle Umgang mit Daten von Studienteilnehmern im Vordergrund (Döring & Bortz, 2016). Die Freiwilligkeit und informierte Einwilligung sowie der Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung und die Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten, stellen dabei drei zentrale Prinzipien der Forschungsethik dar (Sales & Folkman, 2000). Alle Teilnehmer konnten entsprechend der Studienteilnahme freiwillig zustimmen, oder diese ohne weitere Konsequenzen verweigern.

Hierzu wurden sie umfassend zur Durchführung, dem Ziel und dem Umgang mit persönlichen Daten informiert. Durch eine schriftliche Einverständniserklärung konnte die Informationsweitergabe gewährleistet werden. Diese umfasste auch die Einwilligung über die Audioaufzeichnung des Interviews, um den Schutz der Privatsphäre zu sichern. Sowohl bei der Datenerhebung als auch bei der Auswertung der Ergebnisse wurden die Daten der Studienteilnehmer anonymisiert, indem jeder Teilnehmer ein numerisches Pseudonym (TN 1 – TN 4) erhielt.

### 3.5 Vorgehen bei der Datenanalyse

In der zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse geht es nicht um das einfache Referieren von Texten, sondern um die Analyse des Materials anhand der theoretisch ausgearbeiteten Fragestellung (in diesem Fall in Kapitel 3.1 vorgestellt). Einzelne Analyseschritte werden dabei von theoretischen Überlegungen geleitet, woraus sich eine schlussfolgernde Methode ergibt. Durch Aussagen über das zu analysierende Material, werden Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation gezogen. Die transkribierten Interviews wurden nach der qualitativen Interviewanalyse (Mayring, 2015) unter Nutzung der MAXQDA- Software von den beiden Autorinnen ausgewertet.

Das Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse wird nachfolgend erläutert. Hierzu wird zunächst die Durchführung beschrieben, sowie durch ein Schaubild zum Ablauf erläutert (Kapitel 3.5.1). Weitergehend werden Gütekriterien dargelegt, welche auf die qualitative Inhaltsanalyse anwendbar sind. Beispiele aus den durchgeführten Interviews werden hierbei genutzt um die Umsetzung der Gütekriterien zu veranschaulichen.

#### 3.5.1 Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Die einzelnen Techniken, die bei der Datenanalyse laut Mayring (2015) wichtig sind, werden im Folgenden kurz genannt. Das Einbetten des Materials in den Kommunikationszusammenhang stelle hierbei den ersten Schritt dar. Das systematische, regelgeleitete Vorgehen soll durchgehend beachtet werden. Das Bilden von Kategorien stehe im Zentrum der Analyse. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse sei aus alltäglichen Zusammenfassungen abgeleitet. Hier zeige sich, dass der Gegenstand (Kommunikation) im Vordergrund steht.

Die Autorinnen haben das Material aus den Interviews genau beschrieben. Nachfolgend wurden die Analyseeinheiten für die Auswertung der Interviews von den Autorinnen bestimmt:

- Die *Kodiereinheit* beschreibt den kleinsten, auszuwertenden Materialbestandteil, der Teil einer Kategorie werden kann. In der vorliegenden Untersuchung wurde dieser als Einheiten, die aus maximal zwei Wörtern bestehen, bestimmt.
- Die *Kontexteinheit* beschreibt den größten Textbestandteil, der einer Kategorie zugeordnet wird. In der vorliegenden Studie wurde die Kontexteinheit als vollständige Absätze eines Interviews definiert.
- Die *Auswertungseinheit* legt die Reihenfolge der Auszuwertenden Textteile fest. Aufgrund der induktiven Kategorienbildung gilt in der vorliegenden Untersuchung das gesamte Material eines Interviews als Auswertungseinheit. Hierzu besteht Notwendigkeit, da das endgültige Kategoriensystem auf alle Interviews bezogen ist.

Der in Abbildung 6 dargestellte Ablauf wird nachstehend beschrieben. Es wurde sich an den Z1-Z4 Regeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S.72) orientiert (vgl. Anlage 8).

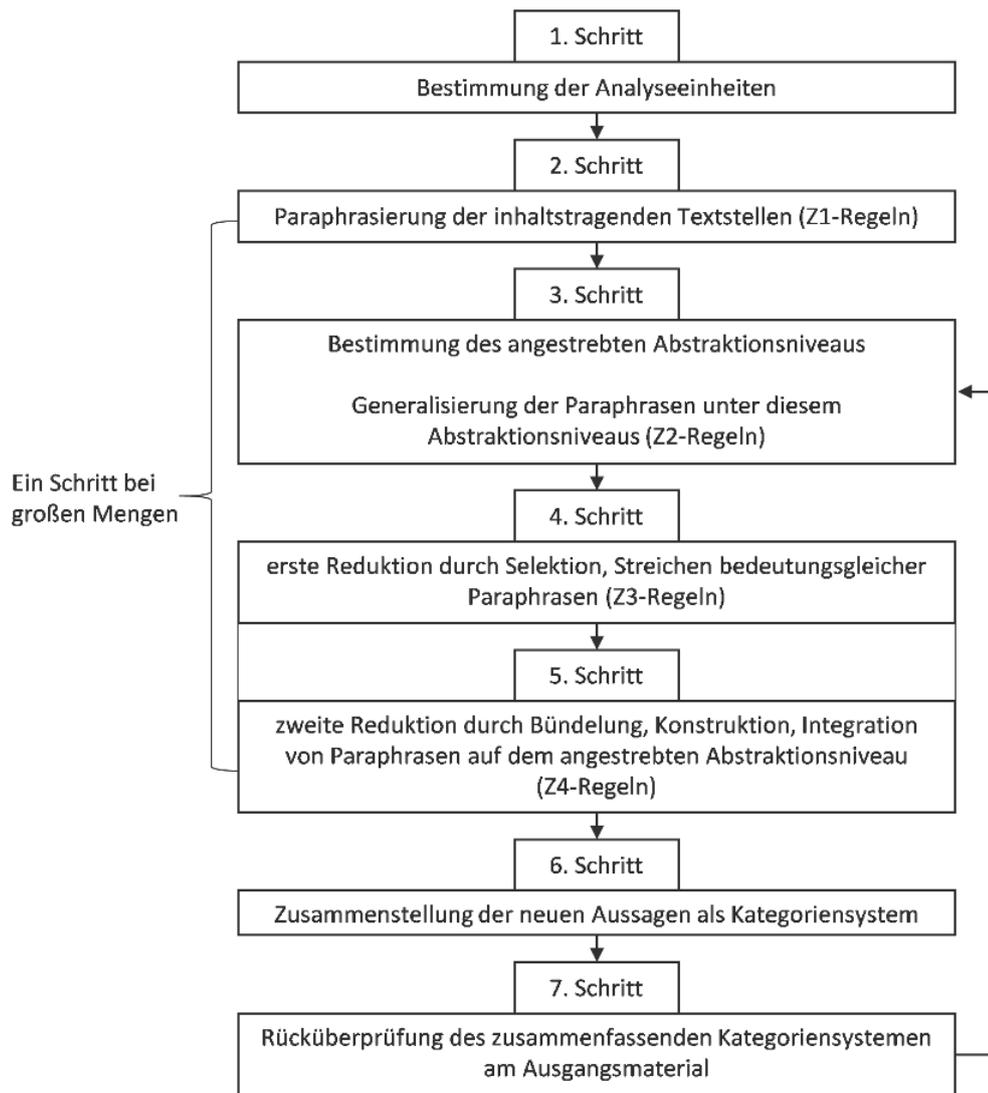


Abbildung 6: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S.70)

Mit der Paraphrasierung wird begonnen, indem einzelne Kodiereinheiten in eine kurze, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umschrieben werden. Nicht inhaltstragende Abschnitte wurden reduziert. Die Formulierung der Paraphrasen soll Gemäß der Vorgaben auf einer einheitlichen Sprachebene stattfinden und in einer grammatikalischen Kurzform formuliert werden. Anschließend soll das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt werden.

In dieser Studie wurde das Abstraktionsniveau auf Drei-Wort-Sätze festgelegt. Unter Berücksichtigung dieser wurden die Paraphrasen generalisiert. Im ersten Reduzierungsschritt sollen bedeutungsgleiche Paraphrasen einer Auswertungseinheit gestrichen und Paraphrasen, die nicht wesentlich inhaltstragend sind, reduziert werden. In folgender Tabelle ist der Prozess von Schritt 2-4 beispielhaft dargestellt.

Tabelle 3: Prozess von Schritt 2-4

TN	Seite	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	1. Reduktion
TN 1	1	16-18	Verarbeitung, Erkennung und Interpretation von basalen Sinnesreizen, aus der Umwelt oder Körperwahrnehmung	Verarbeitung von allen Sinnesreizen	Verarbeitung aller Sinnesreize
TN 2	6	21-22	SI = Organisation der sensorischen Reize für das Handeln	SI=Organisation von Reizen für Handeln	SI=Reizverarbeitung für Handeln
TN 2	6	22-24	(an-)Ordnen und Verarbeitung der Sinnesinformationen bezogen auf Basissinne	Ordnen und Verarbeiten von Reizen	

Im zweiten Reduzierungsschritt sollen mehrere Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben werden. Abschließend muss überprüft werden, ob die neuen Aussagen, welche als Kategoriensystem zusammengestellt sind, das Ausgangsmaterial noch repräsentieren. Mit der Rücküberprüfung schließt der erste Durchgang der Zusammenfassung ab.

Für den Fall, dass eine weitere Zusammenfassung nötig ist, soll das Abstraktionsniveau auf einer höheren Ebene festgelegt und die nachlaufenden Interpretationsschritte neu durchlaufen werden. Es entsteht ein neues, allgemeineres Kategoriensystem, welches erneut rücküberprüft werden muss. Dieser Kreislauf wird entsprechend der Vorgaben so lange durchlaufen bis die angestrebte Reduktion dem Material entspricht.

### 3.5.2 Auswertung der Inhaltsanalyse gemäß der Gütekriterien nach Mayring

Die klassischen Gütekriterien nach Mayring (2015) umfassen die Reliabilität, die Objektivität sowie die Validität. Diese werden nachfolgend erläutert.

*Reliabilität* (Zuverlässigkeit) bedeutet, dass die Messungen stabil und genau sind. Hierzu sollten die Messbedingungen konstant bleiben (Mayring, 2015). Die Reliabilität wird in drei Unterpunkte unterschieden, die in der nachfolgenden Tabelle dargestellt werden:

Tabelle 4: Reliabilität (Mayring, 2015)

Re-Test Reliabilität	Forschung wird ein zweites Mal vorgenommen. Es wird überprüft, ob denselben Ergebnissen folgen.
Parallel-Test (Äquivalent-Form) Reliabilität	Forschungsfrage an derselben Stichprobe (mit einem anderen Instrument) untersucht. Übereinstimmung wird dabei überprüft.
Konsistenz (Split-half) Reliabilität	Teilen des Materials in zwei gleiche Teile. Überprüfung, ob beide Untersuchungsteile zu ähnlichen Ergebnissen führen

*Validität* (Gültigkeit) prüft, “ob das gemessen wird, was gemessen werden sollte” (Mayring, 2015, S.124). Die Unterteilung erfolgt in vier Kategorien welche nachfolgend dargestellt werden:

Tabelle 5: Validität- Gütekriterien nach Mayring (2015)

Außenkriterium	Als Vergleichsmaßstab werden Untersuchungsergebnisse, die in einem engen Zusammenhang mit der eigenen Fragestellung und dem Untersuchungsgegenstand stehen, herangezogen.
Vorhersagevalidität	Prognosen werden aufgrund der Ergebnisse gestellt. Das Eintreffen wird dabei untersucht.
Extremgruppe	Teile der Stichprobe, bei denen extreme Ergebnisse erwartet werden, werden überprüft. Es wird untersucht, ob die Ergebnisse in die erwartete Richtung weisen.
Konstruktvalidität	Anhand von Theorien werden die Ergebnisse auf ihre Plausibilität überprüft.

*Objektivität* stellt „die Unabhängigkeit der Ergebnisse von der untersuchenden Person“ sicher (Mayring, 2015, S. 124).

Durch die Kritik an den klassischen Gütekriterien Reliabilität, Objektivität und Validität, werden für die qualitative Forschung weitere spezifische Gütekriterien diskutiert. Darunter zählen die *Verfahrensdokumentation*, *argumentative Interpretationsabsicherung*, *Nähe zum*

*Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung und Triangulation* (Mayring, 2015).

Die *Verfahrensdokumentation* besagt, dass die angewandte Vorgehensweise detailliert beschrieben werden muss, um eine Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten (Mayring, 2002). Um *regelgeleitet* vorzugehen, muss eine systematische Vorgehensweise eingehalten werden (Mayring, 2002). Die Autorinnen haben sich durchgehend an den Kriterien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2012) orientiert.

*Argumentative Interpretationsabsicherung* bezieht sich auf die Begründung von Interpretationen mittels schlüssiger Argumente. Hierbei gilt es auch mögliche Brüche zu erklären und alternative Deutungen zu beachten (Mayring, 2002). Im Kapitel 5 (Diskussion) werden die Interpretationen der Ergebnisse dementsprechend kritisch reflektiert. Die *Nähe zum Gegenstand* kann gewährleistet werden indem die befragten Personen in Ihrem Lebensumfeld befragt werden. Das Verhältnis zwischen Forscher\*innen und Interviewteilnehmer\*innen soll auf einer gegenseitigen Offenheit basieren. Hierzu können nach Mayring (2002) die Forscher\*innen zum Beispiel ihre Absichten offenlegen. Innerhalb der Interviews wurden die Absichten wie folgt erläutert: „Unsere zentrale Fragestellung, ich sage die nochmal, damit Sie im Kopf haben worauf wollen wir hinaus, weil wir wollen Ihnen da nichts verschlüsseln oder so“ (IV2, Z. 7-8).

Die *kommunikative Validierung* zielt auf die Überprüfung der Gültigkeit der Ergebnisse ab. Durch eine Rücküberprüfung der Ergebnisse seitens der Teilnehmer\*innen kann diese erreicht werden (Mayring, 2002). Eine kommunikative Validierung konnte aus zeitlichen Gründen nicht stattfinden.

„*Triangulation* meint immer, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen“ (Mayring, 2002, S. 147). Eine Triangulation sieht zudem vor, dass Datenquellen verglichen werden. Das Vorgehen in der vorliegenden Studie wurde von den Autorinnen untereinander immer wieder diskutiert und im Rahmen des Beratungsprozesses durch die Begleiterin evaluiert. Hierbei ging es nicht nur darum Übereinstimmungen zu treffen, sondern Stärken und Schwächen der Lösungswege festzustellen. Die Überprüfung der spezifischen Instrumente durch Pilotstudien stellt einen wesentlichen Aspekt dar, da in qualitativen Inhaltsanalysen auf standardisierte Instrumente wegen des Gegenstandsbezugs verzichtet wird. Die Analyse ist zudem theoriegeleitet und quantitative Analyseschritte werden mit einbezogen. Eine Integration qualitativer und quantitativer Verfahrensweisen wird angestrebt, wobei die Gütekriterien berücksichtigt werden (Mayring, 2015).

## 4 Resultate

Die Ergebnisse der Interviews werden in diesem Kapitel präsentiert und mit wörtlichen Zitaten untermauert. Inhaltlich spiegelt das Kapitel ausschließlich die Aussagen der Teilnehmerinnen wider. Hierzu werden zunächst allgemeine Angaben zu den Teilnehmerinnen gemacht. Im Anschluss werden die Hauptkategorien präsentiert. Anhand dieser werden die Interviewergebnisse chronologisch dargestellt. Die vier Teilnehmerinnen werden zunächst in tabellarischer Form aufgeführt.

*Tabelle 6: Angaben zu den Teilnehmerinnen*

Name	Alter	Geschlecht	Ausbildungszeitraum	Abschluss	Position	SI- Fortbildung
TN1	40	Weiblich	2004-2007	Staatlich anerkannte ET	Angestellte	SI Einführung Hesse  Seit 5 Jahren SI mit schizophrenen Klienten
TN2	43	Weiblich	2002-2005	Staatlich anerkannte ET	Angestellte	SI Einführung Hesse, große SI Fortbildung, Weiterbildung zur sozialpsychiatrischen Betreuung  Seit 5 Jahren SI mit schizophrenen Klienten
TN3	43	Weiblich	1996-1999	Bachelor in OT (NL)	Leitung eigener Praxis	SI Einführung Hesse, große SI Fortbildung
TN4	56	Weiblich	1983-1986	Staatlich anerkannte ET	Leitung eigener Praxis	SI Einführung Hesse,  seit 15 Jahren SI mit schizophrenen Klienten

Durch die Analyse der Interviews ließen sich sieben Hauptkategorien bilden. Diese werden im Folgenden aufgeführt:

1. SI
2. Aktuelles Paradigma der Ergotherapie
3. Indikation für die SI-Therapie
4. Arbeitsweise
5. Integration der SI-Therapie in das aktuelle Paradigma der Ergotherapie
6. Rahmenbedingungen
7. Kompetenzen

Die Darstellung der Resultate erfolgt anhand der entwickelten Hauptkategorien und untergeordneten Subkategorien. Die Kategoriebildung wird nachstehend in Form einer Mindmap dargestellt.

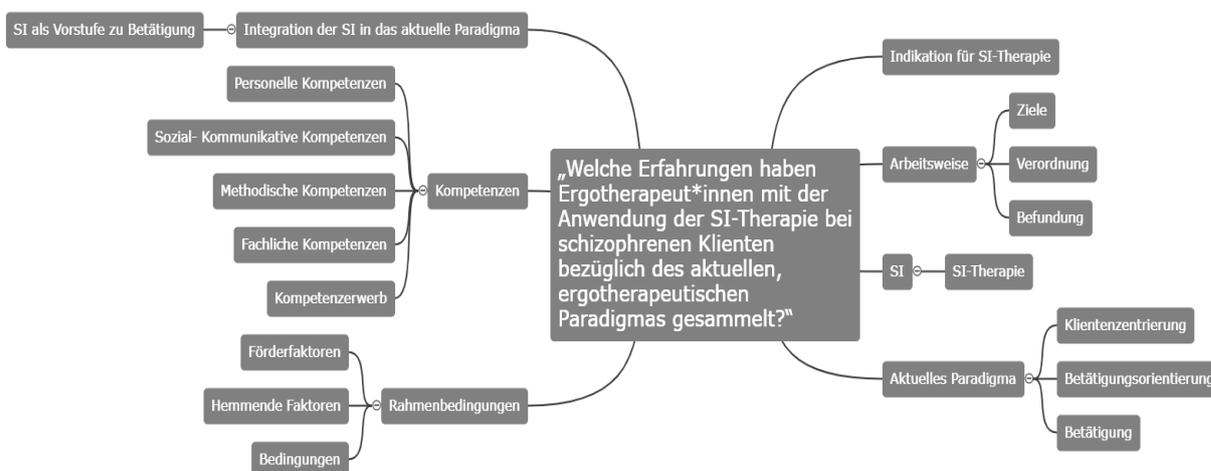


Abbildung 7: Kategoriebildung

Das jeweilige numerische Pseudonym (TN 1 – TN 4) wird in Klammern hinter das direkte Zitat der Teilnehmerinnen gesetzt.

Die erste Hauptkategorie stellt die SI dar. Alle vier Teilnehmerinnen machten allgemeine Aussagen zur Thematik. Zusätzlich wurde auf die SI-Therapie eingegangen.

### 1. Sensorische Integration

Als SI beschrieben die Teilnehmerinnen einen Prozess der Verarbeitung von Sinnesinformationen und Interpretation der Reizverarbeitung bezogen auf die drei Basissinne:

*„Also SI ist für mich grundsätzlich ein ganz normaler, neuronaler Prozess, bei dem das Gehirn die Sinneseindrücke, die auf uns aus der Umwelt wirken einfach ordnet. Die Sinneseindrücke, oder die Sinnesreize werden dann vom Gehirn entsprechend verknüpft und interpretiert...“ (TN4, Z. 58-62).*

TN4 und TN2 beschrieben ergänzend die SI-Therapie als das Setzen von gezielten Angeboten zur Förderung des Verarbeitungsprozesses und Regulation und Integration der Basissinne um Betätigung, Interaktion und Entwicklung zu ermöglichen.

*„Unter SI-Therapie verstehe ich dann, dass wir dem Klienten bestimmte Angebote machen, die genau diesen Verarbeitungsprozess unterstützen“ (TN4, Z. 63-64).*

*„Es geht für mich eben um das ordnen und zusammenfügen der Sinnesinformationen und eine sinnhafte Verarbeitung dieser. Da ist für mich die SI Therapie und in der Praxis bezogen auf die drei Basissinne\* das taktile, tiefensensible und vestibuläre“ (TN2, Z. 22-24).*

## 2. Aktuelles Paradigma

Es wurde in den Interviews insbesondere auf die Klientenzentrierung sowie Betätigungsorientierung eingegangen.

Für die Teilnehmerinnen stehe bei der Klientenzentrierung die Person mit ihren Bedürfnissen und Wünschen im Zentrum. Klient\*innen werden als Expert\*innen für sich gesehen. Entscheidungen würden im Therapieprozess gemeinsam getroffen und die therapeutischen Maßnahmen seien individuell auf Klient\*innen abgestimmt.

*“Für mich ist Klientenzentrierung, den Klienten selbst als Experten zu sehen” (TN3, Z. 50). “Da steht für mich halt die Person im Mittelpunkt und zwar mit den jeweiligen Zielen, Wünschen und Bedürfnissen” (TN2, Z. 25-26).*

TN2 ging explizit auf die Definition der Betätigung ein und sagt, dass Betätigungen ein Grundbedürfnis seien und das Wohlbefinden eines Menschen steigern. Betätigungen seien zudem bedeutungsvolle Aktivitäten.

*„..., dass Betätigung ein Grundbedürfnis ist und das eine gelungene Betätigung eben auch partizipationsfördernd ist ja und davon ausgehend ich denke, dass alle meine oder unsere also, dass alle Menschen das tatsächlich auch wollen” (TN2, Z. 49-52).*

Die Durchführung realitätsbezogener Aktivitäten, die das Wohlbefinden steigern und die Analyse der beeinflussenden Faktoren, wurden von den Teilnehmerinnen als Betätigungsorientierung beschrieben. Diese oben beschriebene Tatsache, ermögliche laut TN1 eine Partizipation und Selbstbestimmung durch die Auseinandersetzung mit aktuellen Problemen.

*“Für mich fängt da die Betätigungsorientierung an, wenn jemand mit Herzblut und Faszination und mit, dass er sich identifiziert mit der Tätigkeit, die er gerade ausführt” (TN3, Z. 88-89).*

*„[...] dass die Therapie darauf abgestimmt wird, was für den jeweiligen Klienten passt” (TN4, Z. 76).*

## 3. Indikation für die SI-Therapie

Des Weiteren wurde die Hauptkategorie Indikation für die SI-Therapie thematisiert. Die Teilnehmerinnen behandeln in der Regel alle Klient\*innen mit der Diagnose Schizophrenie (F20) nach der SI-Therapie. Dies begründen die Teilnehmerinnen, indem sie berichten, dass eine Informationsverarbeitungsstörung mit einer Wahrnehmungsstörung einhergehe. Konkret nannten sie Auffälligkeiten im Bereich der drei Basissinne. Es seien Modulationsstörungen als auch Diskriminationsstörungen ein Indiz dafür.

*“Also vor allen Dingen steht da eben diese Informationsverarbeitungsstörung im Vordergrund. Und da ist es so, dass ein großer Bereich bei vielen schizophrenen*

*Klienten einfach das Defizit in der Wahrnehmungsverarbeitung ist und auch schon in dieser Wahrnehmungsverarbeitung dieser Basalen Sinne- Das die mit einem schizophrenen Schub letztlich sich auf ein Niveau zurückfallen, was auch so in Richtung SI Störung geht” (TN3, Z. 91-94).*

Kontraindikationen wurden ebenfalls thematisiert. Die Tatsache, dass bei Klient\*innen kein Körperkontakt möglich sei, könne ein Ausschluss für die Behandlung nach der SI-Therapie sein. Ebenso wie Gewaltverhalten und das Stören innerhalb der Gruppe.

*„Es gibt Ausschlusskriterien. Eins davon ist, wenn man jemand so massiv die Gruppe stört, dass er die anderen nicht mehr profitieren können, dann wäre das für den Moment ein Auskriterium. Und sicherlich das Androhen von Gewalt. Oder das Ausüben von Gewalt. Das ist ein Auskriterium“ (TN2, Z. 301-303).*

*„[...] wir behandeln eher nicht mit SI, wenn überhaupt kein Körperkontakt möglich ist. Dann sind wir sehr vorsichtig zuerst und versuchen anders zu stabilisieren“ (TN4, Z. 139-140).*

#### **4. Arbeitsweise**

Bezogen auf den Bereich der Arbeitsweise entwickelten sich vier Unterpunkte. Darunter zählt das Formulieren von Zielen im Therapieprozess. Die Zielformulierung erfolge erfahrungsgemäß im Prozess über mehrere Therapieeinheiten. SI-Angebote würden zu Beginn der Behandlung an die Klient\*innen herangeführt. Dies ermögliche im Prozess die Zielformulierung durch bereits erarbeitete Realitätsnähe der Klient\*innen.

Ziele ergeben sich vermehrt im Gespräch, indem unter anderen die Symptome der Klienten explizit erfragt würden. Durch gezielte Beobachtungen seitens der Therapeut\*innen, werde eine konkret auf die Ziele ausgerichtete Kommunikation ermöglicht. Assessments und Selbsteinschätzungsbögen würden zum Einsatz kommen, sobald die Klienten kognitiv und emotional dazu in der Lage seien und eine gewisse Reflexionsfähigkeit haben.

*„Es wird eigentlich probiert es in Erstgesprächen zu vereinbaren. Bögen funktionieren oft mit akut Patienten nicht gut, aufgrund der Eigenständigkeit“ (TN1, Z. 59-60).*

*„Aber einfach durch das Ausprobieren, durch das Merken, das tut mir gut warum tut mir das eigentlich gut hier in der Hängematte zu liegen zu schaukeln, über diese Reflexion kommt man dann auch oft zu gemeinsamen Zielen. Also eher im Prozess tatsächlich“ (TN1, Z. 66-69).*

*„Ja, also wir arbeiten mit dem COPM. Ja, dann hat man ja schon die Alltagsziele“ (TN4, Z. 90).*

Die Thematik über die Verordnungen nahm ebenfalls einen Teil der Interviews ein. Laut Teilnehmerinnen seien die Ärzte die verordnende Instanz. Im akuten Setting komme es vor, dass auch Psychologen und die Pflege eine Therapie mit SI- Inhalten verordnen. Im Einzelfall

fördern die Klienten selbst eine Therapie ein oder es finde ein gemeinsamer Austausch und Beschluss zwischen Ergotherapeut\*innen und Klient\*innen statt.

*„Also offiziell strukturiert soll es so sein, dass es die Ärzte und Psychologen der Stationen anordnen. Ehm die machen dann die legen dann quasi einen klinischen Auftrag an. Inoffiziell ist es sicherlich manchmal so, dass auch die Pflege, also pflegerische Kollegen sagen hier der muss mal was zu tun haben“ (TN2, Z. 111-114).*

Einen großen und essentiellen Raum würden die zielgerichteten Beobachtungen bei der Befundung einnehmen. Durch Verhaltensbeobachtungen sei es möglich, wichtige Aspekte zu erheben, die ergänzend zu SI-Fragebögen und -Testungen zur Wahrnehmung verwendet würden.

*„Also ich denke was unbedingt erforderlich ist, ist eine gute Beobachtungsgabe, weil wir immer noch einfach unabhängig von bestehenden Assessments. Also das ist eine Hauptbefunderhebungskompetenz. Einfach genau zu beobachten, wie jemand sich bewegt und wie jemand sich verhält“ (TN3, Z. 169-172).*

*„Also es geht bei mir also ich arbeite immer mit diesem Wahrnehmungsfragebogen. Den füllen die Patienten selber aus, wenn die das können oder mit so einer Sichtbefundung“ (TN2, Z. 100-105).*

*„Das heißt wir machen das so, dass wir im Erstgespräch bei der Befundaufnahme einen allgemeinen Fragebogen haben, wo die dann erst ihre Symptome schildern ... und so mit dem vorherigen Abfragen der Symptome haben wir gemerkt geht das sehr viel schneller“ (TN4, Z. 156-159).*

## **5. Integration der SI-Therapie in das aktuelle Paradigma**

Die SI wurde von den Teilnehmerinnen als Vorstufe von Betätigung angesehen und stellt eine Voraussetzung für Betätigung dar.

*„...das einfach die Sensorische Integration eine Voraussetzung ist, damit schizophrene Klienten eigentlich erst in Aktivität und Betätigung kommen. Dementsprechend ist es für diesen Ansatz wirklich eine vorbereitende Maßnahme“ (TN3, Z. 181-183).*

*„Aber grundsätzlich würde ich eher sagen das ist so die Vorbereitung...“ (TN1, Z. 52)*

Zusätzlich wurden Angebote der SI-Therapie als Regulation während einer Betätigung beschrieben.

*„...die Teile der SI-Therapie die werden genutzt um innerhalb einer Betätigung sich zu regulieren“ (TN4, Z. 211-212).*

*„Und ich habe das so oft erlebt, dass Menschen nach einer guten Regulation [...] wirklich in der Lage waren sich zu betätigen“ (TN2, Z.146-147).*

## 6. Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen wurden in fördernde, als auch hemmende Faktoren eingeteilt. Innerhalb der Interviews konnten sich Unterkategorien bilden, die im Anschluss aufgeführt werden. Als fördernder Faktor wurde der Therapieraum genannt. Dieser solle groß, hell und Reiz arm gestaltet sein.

*„Ein guter, übersichtlicher, hell und freundlich gestalteter Raum“ (TN2, Z. 202-203).*

Es solle möglichst viel Auswahl an Material gegeben sein, welches hochwertig ist, dauerhaft verfügbar ist sowie flexibel nutzbar.

*„Ich glaube man braucht ausreichend Materialien damit man für die Patienten auch was passendes findet“ (TN4, Z. 345-346).*

Bei allen Teilnehmerinnen nahm die Gruppentherapie einen großen und wichtigen Raum innerhalb der Interviews ein. Die Gruppe wurde als fördernd wahrgenommen. Der Austausch untereinander verbinde die Klient\*innen und schaffe somit gegenseitiges Verständnis und ein Gefühl von Zugehörigkeit. Die Gruppenmitglieder könnten zudem als Vorbildfunktion dienen und die Motivation vieler Klient\*innen steigern.

*„Also im akuten Setting finde ich Gruppe sehr, sehr sinnvoll, weil die einfach voneinander profitieren indem sie einfach sich anschauen können oder einfach erstmal den Motivationsfaktor haben um da die Hemmschwelle zu überwinden, um sich mit SI-Angeboten und einer Regulation auf die Art und Weise dann auseinanderzusetzen“ (TN3, Z. 210-213).*

*„[...] die Patienten haben ganz andere Möglichkeiten sind eh ja, sich anzunehmen und Ratschläge oder Tipps anzunehmen [...] sich austauschen die lernen voneinander und sind oft noch offener als dem Therapeuten gegenüber“ (TN4, Z. 261-264).*

Kleine Gruppen wurden außerdem als Förderfaktor wahrgenommen.

*„Kleine Gruppen wären sinnvoll also eigentlich Gruppen bis 5 Leute höchstens“ (TN1, Z. 111).*

Die Teilnehmerinnen waren sich einig, dass die selbstständige Auswahl der Angebote sowie eigenständigen Pausen sich positiv auf die Klient\*innen auswirken und ein gewisser Grad an Selbstbestimmung erreicht würde.

*„Wir arbeiten mit selbst eingeteilten Pausen. Mit ein bisschen Selbstbestimmung“ (TN2, Z. 200).*

Als essentieller Punkt wurde die Befundungsphase genannt. Sobald genügend Zeit für eine ausführliche Befundung gegeben sei, würde die Therapie zielgerichtet und effektiv gestaltet. Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit, die sich durch Offenheit, Aufklärung und viel Austausch kennzeichnet, sei fördernd für die Gestaltung der Therapie. Zusätzlich empfanden

die Teilnehmerinnen die Möglichkeit für Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der freie Nutzen von anderen ergotherapeutischen Angeboten als fördernd und bereichernd. Reflexions- und Eingangsgespräche für den Übertrag in den Alltag würden durchgeführt und haben sich ebenfalls bewährt. Genügend Zeit für die Vor- und Nachbereitung der Therapieeinheit wirke sich positiv auf die gesamte Zusammenarbeit aus.

Hemmende Faktoren werden zusätzlich genannt. Einen großen Aspekt nahmen die Kolleg\*innen ein. Keine Kolleg\*innen zum Austausch zu haben sowie Skepsis der Kolleg\*innen gegenüber der SI-Therapie seien hemmend für den erfolgreichen Therapieverlauf.

*„Hemmend finde ich eher, dass ich alleine bin. Also, das empfinde ich wirklich tatsächlich als große Einschränkung im Moment.  
„[...] So hemmend finde ich wirklich dieses Nicht- verstehen. Also ich finde es gar nicht immer so einfach meinen Kolleginnen und Kollegen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen bewusst zu machen, dass das sinnhaft ist, was wir da gerade tun“ (TN2, Z. 254-260).*

Der oftmals kindliche Charakter der Angebote wurde als hemmend beschrieben.

*„Was Hemmendes oft ist eher dieser absolut kindlicher Charakter der meisten Angebote [...] Das ist was wo man erstmal viele Hemmungen abbauen muss (TN1, Z. 94-103).*

Störfaktoren durch Umgebungslärm, seien ebenfalls hemmend für die Therapie, da sich die Klient\*innen schnell ablenken lassen. Kurze Therapiezeiten (30 min) zählen ebenfalls zu den hemmenden Faktoren.

## **7. Kompetenzen**

Die Teilnehmerinnen wurden nach personellen Kompetenzen, sozial-kommunikativen, fachlichen und methodischen Kompetenzen befragt.

Im Bereich der personellen Kompetenzen beschrieben die Teilnehmerinnen eine gute Beobachtungsgabe als essentiell. Durchhaltevermögen, ein Grundvertrauen und ein Gefühl für Nähe und Distanz wurden als wichtig empfunden. Eine Orientierung im Raum für sich als Therapeut\*in schaffen sowie den Klient\*innen vermitteln, sei bedeutsam. Als Therapeut\*in sei die Reflexionsfähigkeit ein wichtiger Aspekt sowie die eigene Offenheit für Neues.

*„Also in meiner Rolle zumindest, die ich spiele in der Sensorischen Integrationstheorie viel Durchhaltevermögen war gefragt auf meiner Seite [...] Und ich glaube dieses Gefühl fürs Gegenüber und muss ich viel Raum lassen oder muss ich eher Nähe zur Orientierung anbieten oder das entwickelt sich dann eben auch aus der Erfahrung heraus“ (TN2, Z. 335-337).*

*„[...] das man da eine gute Beobachtungsgabe hat“ (TN3, Z. 340).*

*„[...] aber auch Forschergeist mithaben, das heißt mit dem Patienten zusammen Dinge ausprobieren auch Dinge, die nicht immer sofort klappen müssen. Das es praktisch so eine Zusammenarbeit ist“ (TN4, Z. 335-339).*

Bezogen auf die fachlichen Kompetenzen wurde der systemische Blick auf den Klienten sowie das Handeln nach den ergotherapeutischen Grundannahmen beschrieben. Das Grundwissen über die SI und die SI-Angebote und zusätzlich das Wissen über die Erkrankungen, untermauern die fachlichen Kompetenzen.

Der neutrale Gesprächsstil, strukturiertes Vorgehen und der Theorie- Praxis Transfer wurden als methodische Kompetenzen beschrieben.

*„[...] und das andererseits mit dem Wissen über SI und die Theorie verknüpft um dann eben auch Interventionen gestalten zu können. Weil sonst wenn das nicht verknüpft ist, dann kann man keine Intervention sinnvoll um die SI zu verbessern sinnvoll gestalten. Weil daran ist es eigentlich geknüpft. Egal ob man das jetzt im klinischen oder ambulanten Setting macht. Man verknüpft eben dieses Wissen über die Theorie mit dem was der Klient zeigt und sagt, wie er sich fühlt“ (TN3, Z. 353-361).*

Die sozial-kommunikativen Kompetenzen spiegeln sich laut Teilnehmerinnen in der psychoseorientierten Gesprächsführung wider. Eine verständliche Aufklärung durch Beispiele sowie das gemeinsame Vorgehen im Therapieprozess \*sien von großer Bedeutung\* (sich ebenfalls den sozialkommunikativen Kompetenzen zuordnen). Eine klientenzentrierte Haltung, die mit Gelassenheit und Ruhe für Sicherheit einhergeht, konnte den getroffenen Aussagen der Teilnehmerinnen ebenfalls entnommen werden.

*„Eben nicht sofort mit der Realität konfrontieren. Und man eher Psychose- orientiert Gespräche führt [...] um ein Grundvertrauen [...] zu entwickeln“ (TN2, Z. 356-358).  
„Ja also auf jeden Fall selbst ruhig sein. Ruhig und gelassen sein können, weil die Patienten Sicherheit brauchen“ (TN4, Z. 335).*

Alle Teilnehmerinnen würden viel mit eigener Erfahrung arbeiten.

*„Ich arbeite tatsächlich ganz viel mit Eigenerfahrung. Das ich Erfahrung von mir nutze um eben einen Alltagstransport auch möglich zu machen“ (TN1, Z.130-131).*

Die aufgeführten Kompetenzen haben die Teilnehmerinnen auf verschiedenen Wegen erworben. Durch Weiterbildungen und Fachliteratur konnten viele fachliche Kompetenzen erworben werden. Erfahrungen, Beobachtung, Eigenerfahrung mit SI, Austausch mit Kollegen halfen den Teilnehmerinnen personelle, methodische als auch sozial- kommunikative Kompetenzen zu erweitern. Kongresse, Tagungen und Arbeitskreise dienen ebenfalls dem Kompetenzerwerb in allen vier Bereichen.

## 5 Diskussion

Im Folgenden werden die Resultate der Studie vor dem theoretischen Hintergrund sowie der recherchierten Literatur diskutiert. Ziel ist es, die vier Leitfragen (Kapitel 5.1) und die Forschungsfrage (Kapitel 5.2) anhand der gewonnenen Informationen zu beantworten. Anschließend findet eine Bewertung der Studie hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen statt (Kapitel 5.3).

### 5.1 Beantwortungen der Leitfragen

Im Folgenden werden die vier Leitfragen zunächst aufgeführt und im Anschluss beantwortet.

#### 5.1.1 Definition - SI-Therapie

*Wie definieren Ergotherapeuten die SI-Therapie mit schizophrenen Klient\*innen?*

SI beschreibt “den neurologischen Prozess, der Sinneseindrücke aus dem eigenen Körper und aus der Umwelt organisiert und es uns ermöglicht, den Körper effektiv in der Umwelt einzusetzen“ (Ayres 1972, S. 11). Bei der Befragung der Praktiker stellte sich zusammenfassend eine sehr ähnliche Definition dar. Die Teilnehmerinnen beschreiben die SI als einen Verarbeitungsprozess von Sinnesinformationen und als Interpretation der Reizverarbeitung. In der Literatur (vgl. Kapitel 2.4.2) werden Störungen der SI bei Menschen mit Schizophrenie beschrieben. King berichtet 1974 bereits von auffälligen Haltungs- und Bewegungsmustern und einer möglichen Behandlung mit vestibulären und taktilen Stimulationsangeboten. Dies lässt darauf schließen, dass eine Behandlung nach dem SI-Ansatz indiziert ist. Die in der vorliegenden Studie befragten Praktiker sehen die SI-Therapie als das Setzen von gezielten Angeboten zur Förderung des Verarbeitungsprozesses und Regulation und Integration der Basissinne, um Betätigung, Interaktion und Entwicklung zu ermöglichen. King bezeichne die Behandlung mit Angeboten zur SI dabei nicht als SI-Therapie. Vielmehr werde zu dieser Zeit neben dem Einsatz von Angeboten zur SI über den Einsatz weiterer Therapiemaßnahmen wie ein ADL Training berichtet (Posthuma, 1983).

Die Beobachtung, dass Partizipation an Betätigungen das Potential hat, Menschen zu verändern, hat den ergotherapeutischen Beruf ins Leben gerufen (Kielhofner, 2009). Der Kern des ergotherapeutischen Berufsfeldes ist somit die Teilhabe an Betätigung. Townsend & Polatajko (2013) definieren Ergotherapie als „...the art and science of enabling engagement in every day living, through occupation...“ (Townsend & Polatajko, 2013, S. 27). Das daraus resultierende Ziel einer ergotherapeutischen Behandlung sei es, Betätigungen und Partizipation der Klient\*innen in ihrem Alltag zu ermöglichen (Townsend & Polatajko, 2013). Daher erscheint es von großer Bedeutung das Ziel der Partizipation als zentrales Therapieziel anzuerkennen und Maßnahmen einzuleiten, die nicht ausschließlich der Förderung von Körperfunktionen oder affektiven Fähigkeiten dienen. Dadurch, dass Klient\*innen eine Funktion trainieren, findet keine Veränderung im Alltag statt. Ergotherapeuten sollten sich auf die Betätigungen und nicht auf die Funktionen der Klient\*innen fokussieren (Hucke & Zillhardt, 2014).

Ziel der SI-Therapie ist nach Hesse (2005) die Stärkung des Ich-Selbst-Systems. Durch die Verbesserung der Informationsverarbeitung, sollen Klient\*innen lernen Bedürfnisse und Gefühle wahrzunehmen umso ein besseres Selbstkonzept zu entwickeln. Die befragten Teilnehmerinnen hingegen benannten in ihrer Arbeit als Ziel, dass die Klient\*innen sich in der Realität spüren, Bedürfnisse wahrnehmen und Regulieren können. Die Hälfte der Befragten ging weiterführend darauf ein, dass im Anschluss an die Regulation bedeutungsvolle Betätigungen ausgeführt werden könnten.

Eine Teilnehmerin aus einer ambulanten Praxis gab ein Beispiel zur häuslichen Anwendung von Angeboten zur SI: „Den Haushalt kurz unterbrechen um sich dann wieder zu regulieren um dann weiter zu machen“ (TN4, Z. 224-225). Eine andere Teilnehmerin beschrieb „Ne wenn ich ruhig sitzen kann, kann ich mich auch konzentrieren...“ (TN1, Z. 52-53). Alle Teilnehmerinnen beschrieben die SI im Zusammenhang zur Betätigung als eine Art Vorstufe, die Erfüllt sein müsse, um sich sinnvoll zu betätigen. Die Teilnehmerinnen gingen laut Interviews in der Umsetzung so vor, dass die Angebote zur SI mit Aktivitäten der kompetenzzentrierten Methode kombiniert würden. „..., *da bieten wir einen Switch an ehm zwischen Sensorischer Integrationstherapie und kompetenzzentriertem Arbeiten*“ (TN2, Z. 128-129).

Für die Autorinnen entstand der Eindruck, dass die Teilnehmer\*innen die SI-Therapie sehr nah angelehnt an die Definition von Ayres (vgl. Kapitel 2.4) beschrieben. Der Großteil des Grundlagenwissens scheint dem Arbeitsfeld Pädiatrie entnommen. Hierbei stellt sich die Frage ob einer kritischen Hinterfragung des Übertrags stattfindet. Die Autorinnen sehen es als wichtig an, insbesondere die Übertragbarkeit der SI-Therapie auf die Behandlung Erwachsener zu hinterfragen, da diese Grundlegend auf den Erkenntnissen zur (früh-) kindlichen Entwicklung aufbaut.

Nach der intensiven Auseinandersetzung schätzen die Autorinnen die SI-Therapie mit schizophrenen Klient\*innen nicht als Behandlungskonzept ein. Hierzu fehlen genaue Erkenntnisse, sowie Leitfäden zur Therapiegestaltung und den Rahmenbedingungen. Eine Behandlungsmethode ist durch einen erprobten, überlegten und übertragbaren Weg des Vorgehens gekennzeichnet (Beyermann, 2015). Demnach ist die SI-Therapie nicht als Behandlungsmethode zu bezeichnen. Dennoch wird aus den praktischen Erfahrungen, sowie internationalen Studien deutlich, dass die Klient\*innen von den Angeboten zur SI profitieren. Vorstellbar wäre für die Autorinnen der Einsatz von SI-Angeboten als eine Maßnahme innerhalb der Therapieeinheit. Dabei sollte diese als vorbereitendes Regulationsangebot genutzt werden. Das Ziel jeder einzelnen Einheit sollte jedoch nicht in der Regulation selbst liegen, sondern in der Ausführung der dadurch ermöglichten Betätigung.

### **5.1.2 Initiierung - SI-Therapie**

*Anhand welcher Kriterien wird eine SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen initiiert?*

Die Teilnehmerinnen beschrieben, dass in der Regel alle Klient\*innen mit der Diagnose Schizophrenie (F20) mit der SI-Therapie behandelt werden. Somit gebe es zunächst kein explizites Kriterium für eine Indikation. Jeder Klient\*in mit einer Psychose werde nach der SI-Therapie behandelt. Ziel der Anwendung der SI-Therapie sei unter anderem die

Verbesserung der Körperwahrnehmung. Durch eine verbesserte Selbstwahrnehmung steigt das Selbstbewusstsein (Hesse, 2005). Demnach wird die Anwendung von den Teilnehmerinnen in jedem Fall als positiv erachtet.

Die Informationsverarbeitungsstörung sei laut Teilnehmerinnen ein Hauptkriterium bei schizophrenen Klient\*innen. Sie gehe mit einer Wahrnehmungsstörung einher und ähnele stark einer SI Störung. Bei Klient\*innen mit Auffälligkeiten im Bereich der drei Basissinne werde zudem eine SI-Therapie initiiert. Sowohl Modulationsstörungen als auch Diskriminationsstörungen wurden von den Teilnehmerinnen beschrieben.

*„Also vor allen Dingen steht da eben diese Informationsverarbeitungsstörung im Vordergrund. Und da ist es so, dass ein großer Bereich bei vielen schizophrenen Klienten einfach das Defizit in der Wahrnehmungsverarbeitung ist und auch schon in dieser Wahrnehmungsverarbeitung dieser Basalen Sinne- Das die mit einem schizophrenen Schub letztlich sich auf ein Niveau zurückfallen, was auch so in Richtung SI Störung geht“ (TN3, Z. 91-94).*

Klient\*innen, bei denen ein übermäßiger Bewegungsdrang zu beobachten sei und die ein gestörtes Körperschema haben, zählten darunter. Eine Hyperaktivität im vestibulären Sinn und somit ein häufig einhergehender Schwindel seien außerdem Indizien. Klient\*innen, die eine psychomotorische Verlangsamung aufwiesen oder wenn Auffälligkeiten in der Modulation von taktilen Reizen zu beobachten seien, würden laut Angaben der Teilnehmerinnen anhand der SI Therapie behandelt.

Das Ablehnen von Körperkontakt sei andererseits ein Ausschluss für die Behandlung nach der SI-Therapie. Das Stören innerhalb der Gruppe, sodass andere nicht mehr von der Therapie profitieren können und keine erfolgreiche Gruppentherapie stattfinden kann, stelle ebenfalls ein Ausschlusskriterium dar. Im Gruppensetting solle eine angenehme Atmosphäre herrschen. Bei aggressivem Verhalten anderen Mitklient\*innen gegenüber oder gegenüber den Therapeut\*innen, würden Klient\*innen auch von der Therapie ausgeschlossen, so die Teilnehmerinnen.

Die Entscheidung über die Anwendung der SI-Therapie werde in den meisten Fällen von den Ärzten sowie Psychologen verordnet. Diese Tatsache entspricht nicht der klientenzentrierten Ergotherapie. Im Prozessmodell, das CPPF entscheiden Therapeut\*innen sowie Klient\*innen gemeinsam über die Intervention. Dieser gemeinsame Prozess fällt in der Praxis weg und die Entscheidungen werden von außen vorgegeben. Klient\*innen haben nicht die Möglichkeit sich aktiv am therapeutischen Prozess zu beteiligen und im Sinne des ‚empowerments‘ das eigene Bewusstsein des aktuellen Zustandes zu reflektieren und eigene Entscheidungen zu treffen. Es findet dementsprechend kein Gespräch statt, ob eine Therapie in Anlehnung an die SI-Therapie überhaupt sinnvoll ist. Der Pfeil im CPPF zum ‚exit‘ fehlt im ergotherapeutischen Prozess. Die SI-Therapie wird somit fremdbestimmt verordnet und entspricht nicht dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma. Die Behandlung weist sich als nicht generativ auf. Die Therapeut\*innen fokussieren sich primär auf die Angebote zur Regulation der Klient\*innen, der Fokus liegt somit stark einseitig in diesem Gebiet. Die ganzheitliche Betrachtung der Klient\*innen rückt vermehrt in den Hintergrund. Es ergibt sich eine Abhängigkeit gegenüber des Therapeuten. Klient\*innen vertrauen den Therapeut\*innen absolut und

hinterfragen die Behandlung nicht. Aus diesen Gründen wird in der Therapie ein minimal enablement erreicht (Townsend & Polatajko, 2013).

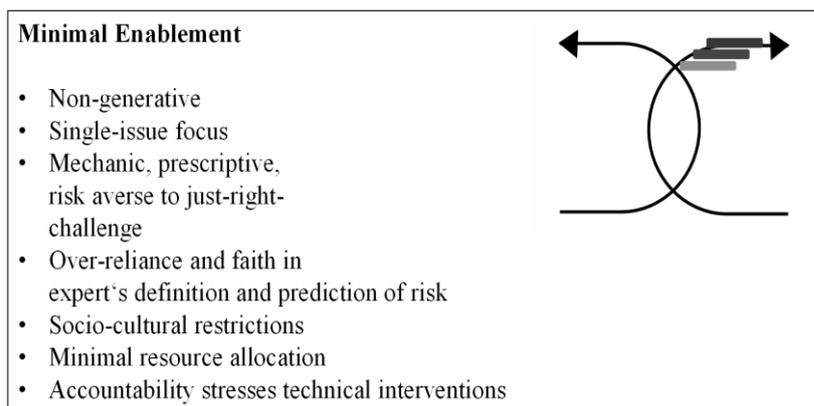


Abbildung 8: Minimal enablement (Townsend & Polatajko, 2013, S. 129)

Die aktive Partizipation der Klient\*innen im ergotherapeutischen Prozess ist unzureichend gegeben. Die Patientenpartizipation wird durch mehrere Faktoren beeinflusst. Darunter zählen zum einen der zu geringe Zeitfaktor für die Aufklärung der Klient\*innen, die Art der Erkrankung mit der einhergehenden Symptomatik, die Fachrichtung Psychiatrie sowie das unzureichende Training im Patientenempowerment\* seitens der Therapeut\*innen.

Somit kann der Praxis entnommen werden, dass alle Klient\*innen mit einer Psychose mit Angeboten zur SI behandelt werden können. Es wird seitens der Experten davon ausgegangen, dass alle Klient\*innen mit einer Schizophrenie von diesen Angeboten profitieren. Die Entscheidung wird von dem interdisziplinären Team des Krankenhauses getroffen und lässt den Klient\*innen sowie den Therapeut\*innen keinen Entscheidungsspielraum. Wahrnehmungsstörungen stehen im ergotherapeutischen Prozess im Mittelpunkt und werden während der Therapie berücksichtigt. Ziel in den Gruppentherapien sei es, dass Klient\*innen eine Verbesserung der Körperwahrnehmung spüren.

### 5.1.3 Limitationen und Möglichkeiten der SI-Therapie

*Welche Limitationen und Möglichkeiten ergeben sich bei Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen hinsichtlich des aktuellen Paradigmas?*

In der ergotherapeutischen Intervention wird der Fokus auf bedeutungsvolle Betätigungen der Klient\*innen gelegt. Es wird davon ausgegangen, dass bedeutungsvolle Betätigungen der Schlüssel zum Wohlergehen und Lebensqualität sind. Im Vordergrund steht das Integrieren der Klient\*innen in den Alltag und die Gewährleistung der Partizipation (Cole & Tufano, 2008). Durch ein stationäres Setting kann die Betätigungsorientierung nicht gewährleistet werden. Hier würden Ziele würden laut Teilnehmerinnen nicht betätigungsorientiert formuliert und in manchen Fällen gar nicht. Der Fokus der SI-Therapie liege darin, dass Klient\*innen lernen sich zu regulieren und durch die Regulation Betätigung ermöglicht werde. Der Ansatz der SI-Therapie wurde in den Interviews somit als Vorbereitung auf die Betätigung beschrieben. Therapeut\*innen handeln nach dem ‚Two- Body Practice‘ Ansatz.

Gruppentherapien wurden sowohl als Grenze als auch als Förderfaktor gesehen. Ein Hindernis stelle die Tatsache dar, dass da zu wenig Zeit für ein individuelles Gespräch zwischen Therapeut\*innen und Klient\*innen vorhanden sei, um die Zielvereinbarung sowie die Befundung anzugehen. Das Prozessmodell CPPF kann augenscheinlich aus zeitlichen Gründen nicht vollständig durchlaufen werden und somit ist der ergotherapeutische unvollständig und nicht dynamisch. Auf der anderen Seite wurde die Gruppentherapie von den Teilnehmerinnen als eine Chance angesehen. Klient\*innen profitieren voneinander, tauschen sich gegenseitig aus und unterstützen sich im gemeinsamen Prozess. Eine Kombination aus beiden Therapieformen wäre laut Teilnehmerinnen optimal.

Voderholzer (2017) spricht sich ebenfalls für eine Kombination beider Verfahren aus. Er geht davon aus „... dass eine intelligente Kombination von Einzel- und Gruppentherapie die Effektivität therapeutischer Verfahren in signifikantem Maße erhöht“ (Voderholzer, 2017, S.2).

TN1 beschrieb zusätzlich, dass Gruppentherapien zwar sinnvoll seien, aber in einer Gruppe nicht mehr als fünf Personen teilnehmen sollten, um die individuelle Förderung dennoch gewährleisten zu können. „Kleine Gruppen wären sinnvoll also eigentlich Gruppen bis 5 Leute höchstens“ (TN1, Z. 111).

Als Grenze sei demnach auch die Tatsache, dass Klient\*innen nicht selber über die Therapieeinheit entscheiden dürften. Es werde extern darüber entschieden, dass Klient\*innen eine Therapie nach der SI erhalten. Die Selbstbestimmung der Klient\*innen sinkt somit.

Laut Teilnehmerinnen erhalten Klient\*innen durch den Einsatz der SI-Therapie eine bessere Körperwahrnehmung, dadurch gelinge ein Beziehungsaufbau. Zusätzlich wurde die SI von den Teilnehmerinnen als normaler Prozess, der bei jedem Menschen stattfindet, beschrieben und als Möglichkeit gesehen, um eine Beziehung auf Augenhöhe sowie Verständnis auf beiden Seiten aufzubauen.

Die Zielformulierung sei laut Teilnehmern, mit Klient\*innen die kognitiv dazu in der Lage sind, möglich. Es gehe in vielen Fällen nicht darum, dass konkrete Betätigungsanliegen genannt würden, sondern die Ziele sich auf funktionsebene befinden. Mögliche, funktionelle Ziele einer stationären, ergotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie sind laut Hesse (2005) die Förderung von psychischen Grundfunktionen (Antrieb, Motivation), kognitiven Grundfunktionen (Konzentration, Merkfähigkeit) und emotionalen Fähigkeiten (Schwingungsfähigkeit, Gefühlsausdruck). Das Ziel der SI-Therapie ist die Optimierung der neurologischen Wahrnehmungs- Verarbeitungsprozesse, zur Verbesserung der Praxis und damit der Fähigkeit zu sinnvoller Betätigung, Kommunikation und psychosozialer Integration (Schaefgen, 2007). Infolgedessen wird der ‚Two-body Practice‘ Ansatz angestrebt. Für den Übertrag in den Alltag werden Reflexions- und Eingangsgespräche durchgeführt. Diese Methode hat sich laut den Teilnehmerinnen bewährt. Eine Berücksichtigung eines ausreichenden Zeitrahmens für die Vor- und Nachbereitung der Therapieeinheit wirkt sich positiv auf die gesamte Zusammenarbeit aus. Die Teilnehmerinnen beschreiben den Alltags-transport als einen wesentlichen Aspekt der Therapie. Die Umsetzung im häuslichen Umfeld sei jedoch in vielen Fällen nur bedingt möglich und sei mit einem hohen Aufwand verbunden. So müsse sich ein Klient\*in eigenständig Bohnen, Kissen mit unterschiedlichen Gewichten

oder eine Hängematte beschaffen, um die Reize zu erspüren, die sie auch während einer Therapie wahrnehmen.

Als große Limitation wird die fehlende deutschsprachige Evidenz gesehen. Die Literatur von Hesse (2005) passt von den ergotherapeutischen Grundannahmen her nicht zum aktuellen Paradigma. Das Konzept der SI-Therapie wurde in den 80er Jahren von Ayres entwickelt, eine Zeit in dem das aktuelle Paradigma noch nicht bestand. Es fehlt aktuelle Evidenz bezogen auf das aktuelle Paradigma. Ein konkretes Behandlungskonzept ist nicht ersichtlich. Es fehlt das Wissen darüber, wie man die SI in die ergotherapeutische Behandlung schizophrener Klient\*innen integriert.

#### **5.1.4 Kompetenzen zur Gestaltung der SI-Therapie**

*Welche Kompetenzen unterstützen Ergotherapeuten in der Gestaltung ihrer SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen im stationären Setting, um die Orientierung am aktuellen Paradigma gewährleisten zu können?*

Die Teilnehmer\*innen betrachteten personale, sozial-kommunikative, methodische sowie fachliche Kompetenzen als notwendig. Über diese sollten alle Ergotherapeut\*innen verfügen, da sie allgemein das ergotherapeutische Vorgehen unterstützen.

Die therapeutische Vorgehensweise ist durch die von Rogers beschriebene therapeutische Grundhaltung geprägt. Er beschreibt Kongruenz, bedingungslose Akzeptanz und Empathie als Kernelemente, die in die Beziehung durch den Therapeuten eingebracht werden müssen. Hesse (2005) betont die Wichtigkeit, dem Klient\*innen anerkennend gegenüber zu treten und ihn in seinen Bedürfnissen ernst zu nehmen. Im Vordergrund stehen Klarheit, Vereinfachung und Eindeutigkeit (Kubny-Lücke, 2009b). Diese Grundhaltung nennen alle Teilnehmer\*innen und beschrieben ihr Verhalten gegenüber der Klient\*innen mit einer einfachen Sprache geprägt und durch eigene Beispiele untermauert. Diese dienten dazu eine therapeutische Beziehung, die auf Vertrauen basiert aufzubauen und zu halten. Des Weiteren beschrieben die Teilnehmerinnen, dass es essentiell sei den Klient\*innen Sicherheit zu geben. „Eben nicht sofort mit der Realität konfrontieren. Und man eher Psychose-orientiert Gespräche führt [...] um ein Grundvertrauen [...] zu entwickeln“ (TN2, Z. 356-358).

„Ja also auf jeden Fall selbst ruhig sein. Ruhig und gelassen sein können, weil die Patienten Sicherheit brauchen“ (TN4, Z. 335).

Das aktuelle Wissen durch Fachbücher, der Austausch mit jungen Kolleg\*innen, die studiert haben und die Teilnahme an aktuellen Studien, würden den Teilnehmer\*innen helfen auf den aktuellen Stand zu bleiben und sich bezogen auf das aktuelle Paradigma zu informieren und danach zu handeln.

Die Kompetenzen, die im CMCE beschrieben werden, wurden von den Teilnehmerinnen nicht genannt. Diese enablement skills begleiten das methodische Handeln der Ergotherapeut\*innen und Townsend et al. sehen die ‚enablement skills‘ als Basis für eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Praxis. Die Orientierung während des

ergotherapeutischen Prozesses anhand der ‚enablement skills‘ gewährleistet in diesem Falle eine Therapiegestaltung nach dem aktuellen Paradigma. . Diese skills werden nicht in der Praxis von den Teilnehmer\*innen\*innen umgesetzt. Dies sind aber Kompetenzen die Ergotherapeut\*innen für die Gestaltung einer ergotherapeutischen Intervention im Sinne des aktuellen Paradigmas unterstützen und die Integration der Intervention in das aktuelle Paradigma überhaupt ermöglichen.

Der ‚enablement skill‘ ‚educate‘ ermöglicht das Informieren über die SI-Therapie und den ergotherapeutischen Prozess gegenüber den Klient\*innen. Auch die Aufklärung über das Patientenempowerment fällt darunter und impliziert eine klientenzentrierte Therapie auf Augenhöhe. Mit dem skill „adapt“ wird die Durchführung einer Betätigung in Bezug auf ihre Anforderungen und die entsprechenden Umweltbedingungen angepasst und gewährleistet somit eine ganzheitliche Betrachtung und die Betätigungsorientierung. Die Zusammenarbeit zwischen Therapeut\*innen und Klient\*innen spielt eine essentielle Rolle in der ergotherapeutischen Behandlung und spiegelt sich in dem enablement skill „collaborate“ wider. Beratungsgespräche im Sinne von Austausch und Absprachen treffen mit dem Klient\*innen findet sich im skill „consult“ und unterstützt das Patientenempowerment.

Der Kontextbezug nimmt im aktuellen Paradigma ebenfalls einen wichtigen Teil ein und der skill „design/build“ beschreibt die Umgebungsgestaltung und stellt somit einen Bezug zum Kontext dar. , coachen Das Anleiten des Klient\*innen sowie des erweiterten Klient\*innensystem wird mit dem enablement skill „coachen“ abgedeckt und gewährleistet sowohl die Klientenzentrierung, also auch den Kontextbezug und im besten Fall die Betätigungsorientierung. Mit dem skill „coordinate“ werden gemeinschaftliche Schritte eingeleitet und tragen auch zur Gestaltung hinsichtlich des aktuellen Paradigmas bei. Durch den enablement skill „engage“ werden Klient\*innen ins konkrete Tun gebracht und somit bewegt sich die Therapie in Richtung Betätigungsorientierung.

Evidenzbasiertes Arbeiten fällt in der Beantwortung der Frage unter und weist ein fehlendes aktuelles Wissen und den fehlen Theorie-Praxis -Transfer auf.

Insgesamt werden die Kernkompetenzen sowie die Grundhaltung eines Ergotherapeuten beschrieben. Die spezifischen Kompetenzen zur Orientierung an das aktuelle Paradigma wurden von den Teilnehmerinnen nicht thematisiert, finden sich jedoch in den ‚Enablement Skills‘ des CMCE wider.

## **5.2 Die Beantwortung der zentralen Fragestellung**

*Welche Erfahrungen haben Ergotherapeuten mit der Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen bezüglich des aktuellen, ergotherapeutischen Paradigmas gesammelt?*

Für die Beantwortung der zentralen Fragestellung, wird erneut Bezug zu den vier Leitfragen genommen.

Bei der Beantwortung der ersten Leitfrage, konnten die Autorinnen bereits schlussfolgern, dass die Angebote zur SI, auch in der Zeit des aktuellen Paradigmas, einen Baustein innerhalb

der Therapie darstellen können. Die Teilnehmerinnen können mit Arbeitserfahrungen zur SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen von zwischen fünf und 25 Jahren als sehr erfahrungsreich eingestuft werden. Die Hälfte der Befragten Therapeutinnen hat die Fortbildung zur SI-Therapeutin abgeschlossen.

Die Erfahrungen in Bezug zur Entwicklung der Ergotherapie und dem aktuellen Paradigma mit seinen sechs Säulen waren sehr gering. Eine Teilnehmerin berichtete im Vorhinein, dass sie noch einmal gelesen habe, was genau das aktuelle Paradigma beinhaltet. Eine andere Teilnehmerin berichtet: „*Ich finde bei Betätigung ist auch immer so die Frage ne, ist auf einer Hängematte liegen eine Betätigung oder nicht. Ich finde ja. Da kann man sich in der Ergotherapie aber immer darüber streiten, wer was als Betätigung ansieht*“ (TN1, Z. 47- 49). Es zeugt davon, dass die praktisch sehr erfahrenen Therapeutinnen, wenig aktuelles Wissen zur Ergotherapie haben. Nur eine der Teilnehmerin berichtet von verschiedenen Assessments, welche im Prozess angewendet werden.

Um das Verständnis der Begriffe zu klären, wurden die Teilnehmer\*innen gebeten „Klientenzentrierung“ und „Betätigungsorientierung“ in ihren Worten zu erläutern. Auf die Autorinnen hat es vermehrt so gewirkt, dass die Teilnehmer\*innen die wichtigsten Begrifflichkeiten bereits kennen. TN4 beschreibt Klientenzentrierung so „...“, dass die Therapie darauf abgestimmt wird, was für den jeweiligen Klienten passt und nicht so ein allgemeines, bei diesem Störungsbild mache ich das und das“ (TN4, Z. 76-77). Im Verlauf berichtet sie, dass alle ihre schizophrenen Klient\*innen die Körperkontakt zulassen, mit Angeboten zur SI behandelt würden.

Innerhalb der Interviews wurde deutlich, dass die Angebote zur SI einerseits freiwillig genutzt werden können, andererseits dadurch weniger gezielt eingesetzt werden.

Betrachtet man die Entwicklung der Ergotherapie hin zum direkten Zugang, wird am Beispiel der Niederlande deutlich, dass um eine Behandlung ohne Verordnung des Arztes durchzuführen, die Einschränkungen in den Handlungsmustern bekannt sein müssen. Das bedeutet hinsichtlich des aktuellen Paradigmas, dass gemeinsam mit Klient\*innen innerhalb der ersten Einheiten hinterfragt werden muss, ob ein Betätigungsanliegen besteht und ob die Ergotherapeut\*in als passender Partner zur Lösungssuche dienen kann. Nicht jede Klient\*in mit einem Störungsbild braucht Ergotherapie. Und nicht jeder braucht die gleiche Therapie, weil Betätigungswünsche sehr unterschiedlich sind.

Wie bereits in Punkt 5.1.1, gilt es hier noch einmal kritisch zu hinterfragen, ob das Wissen über SI auf den Grundlagen von Ayres, die für das pädiatrische Arbeitsfeld entwickelte Therapiemethode, auf das psychiatrische Arbeitsfeld übertragen werden können. Hier fehlt es sowohl an empirischer Forschung, um die Behandlungsmethode auf ihre Wirkung zu überprüfen, als auch an einem ausgearbeiteten Behandlungskonzept, das dem Therapeuten eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Anwendung ermöglicht.

Im Rahmen der zweiten Leitfrage wurde die Arbeitsweise der einzelnen Therapeut\*innen befragt. Alle Interviewten berichteten über freie Beobachtungen zur Befunderhebung. Aufgrund der unterschiedlichen Angebote, trotz identischer Fortbildung, wird deutlich, dass

es keine messbaren Kriterien zum Vergleich gibt. Die Anwendung von Praxismodellen hat keiner der Teilnehmerinnen im Verlauf des Interviews aufgegriffen, sodass davon ausgegangen werden muss, dass sie nicht zum Einsatz kommen.

Während in genau diesen Modellen beschrieben wird, dass Betätigung, Person und Umwelt für eine ergotherapeutische Behandlung einbezogen werden sollten (Wong & Fisher, 2014), fokussierten sich die Interviewteilnehmer\*innen auf körperlichen und kognitiven Symptomen.

Nach Auswertung der dritten Leitfrage "Welche Limitationen und Möglichkeiten ergeben sich bei Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen hinsichtlich des aktuellen Paradigmas?", kommt zum Vorschein, dass insbesondere Gründe, die an die Rahmenbedingungen der Behandlung geknüpft sind, dafür zuständig sind, dass die Umwelt und das alltägliche Betätigungsverhalten der Klient\*innen nicht im Fokus der Therapie steht.

Die Teilnehmerinnen beschreiben als Voraussetzung für die Durchführung der Therapie einen großen und reizarmen Raum. Es sollten verschiedenste Materialien zur SI vorhanden sein, was häufig zu hohen Kosten führe. Den Autorinnen erscheint dies widersprüchlich. Einerseits wird eine hohe Vielfalt an Angeboten verlangt, zeitgleich über Reizarmut und Vermeidung von Überforderung gesprochen. In der Behandlung von Klient\*innen mit Schizophrenie wird eine klare und vereinfachte Kommunikation angestrebt. Ein breites Spektrum an Angeboten kann dementsprechend auch überfordernd sein. TN1 nimmt im Verlauf Bezug zum kindlichen Charakter der Angebote. Dies stärkt die Vermutung, dass wie bereits in Leitfrage 1 angenommen, die Angebote ohne Adaptation aus dem pädiatrischen Arbeitsfeld übernommen werden.

Als besonders fördernd wurde das hohe Maß zur Selbstbestimmung von den Teilnehmerinnen beschreiben. Durch die Möglichkeit das Angebot selber zu wählen, ebenso die Dauer der Anwendung, könnten die Klient\*innen lernen Entscheidungen, ihren Bedürfnissen entsprechend zu wählen. Hier gilt es zu kritisieren, dass der Großteil der Angebote nicht im Alltag der Klient\*innen zu finden ist. Zum einen, da die Anschaffung der Materialien sehr teuer ist; zum anderen können die Angebote im Alltag nur selten zur Regulation verwendet werden. Betrachtet man einige der aufgeführten Betätigungsprobleme von schizophrenen Klient\*innen, wie Unruhe beim Bahnfahren, wird schnell deutlich, dass die meisten Angebote, die im Rahmen der ergotherapeutischen Intervention zur Beruhigung angewendet werden (Bohnenbad, Gewichtsdecke), nicht in Alltagssituationen angewendet werden können.

Die Gruppentherapie als hauptsächliche Therapieform wurde von allen Teilnehmer\*innen angesprochen. Sie wurde als förderlich angesehen da die Klient\*innen hierbei voneinander profitieren können. Hemmschwellen seien leichter zu überwinden und Erfahrungsaustausche fänden statt. Als das größte Hindernis einer Gruppentherapie wird der entstehende Zeitmangel gesehen, Einzelgespräche mit den Klient\*innen seien kaum möglich zu führen. Diese stellen einen wichtigen Faktor zur individuellen Gestaltung und zur Schaffung des Alltagsübertrages dar. Nur mit Hilfe von Gesprächen und einer engen Zusammenarbeit zwischen Therapeut\*in und Klient\*in erscheint es möglich Kontextbasiert, die Anliegen der einzelnen Klient\*innen zu bearbeiten. Vorderholzer (2017) spricht sich für eine Kombination der beiden Verfahren aus und geht von einer signifikanten Steigerung des Therapie Effektes aus.

Die vierte Leitfrage befragt die benötigten Kompetenzen zur Umsetzung einer, dem aktuellen Paradigma entsprechenden Therapie. Insbesondere die von Rogers geprägte Grundeinstellung wird hierbei hervorgehoben. Daneben berichten die Teilnehmer\*innen über Beobachtungsfähigkeiten. Im Vergleich zur Literatur fällt auf, dass die Kompetenzen zum ‚Patientenempowerment‘ innerhalb der Interviews keinen Raum eingenommen haben. Die CMCE-Skills werden von Townsend & Polatajko (2013) als notwendige Basis angesehen um eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Intervention durchzuführen. Die Annahme der Autorinnen wird gestärkt, dass die Expert\*innen die Kompetenzen zur Umsetzung einer betätigungsorientierten Therapie nicht ausreichend besitzen.

### 5.3 Stärken und Schwächen der Studie

Ein wichtiger Aspekt empirischer Forschung ist es, am Ende des Verfahrens eine Einschätzung der Ergebnisse anhand von Gütekriterien durchzuführen, um die Qualität der Forschungsergebnisse zu reflektieren (Mayring, 2012). In diesem Kapitel soll zunächst Bezug zu den Gütekriterien qualitativer Forschung (Mayring, 2012) genommen werden.

#### Verfahrensdokumentation

Die *Verfahrensdokumentation* besagt, dass die angewandte Vorgehensweise detailliert beschrieben werden muss um eine Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten (Mayring, 2002). Um regelgeleitet vorzugehen muss sich an eine systematische Vorgehensweisen gehalten werden (Mayring, 2002). Die Autorinnen haben sich an den Kriterien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2012) orientiert. Anhand des Kapitels 3 (Methode) soll das Vorgehen der Autorinnen nachvollziehbar und transparent gemacht werden. Der Ausgangspunkt der Autorinnen im Sinne des Vorverständnisses von Ergotherapie im aktuellen Paradigma, ergotherapeutischen Behandlungen im Arbeitsfeld Psychiatrie, der SI-Therapie sowie Wissen und Ideen zur Behandlung schizophrener Klient\*innen wird ausführlich in Kapitel 2 (Theoretischer Hintergrund) beschreiben und mit externer Evidenz unterlegt.

Die hier zugrundeliegende Literaturrecherche wird in Kapitel 3 beschrieben und eine Tabelle zu den genutzten Datenbanken und Keywords ist dem Anhang (vgl. Anlage 1) zu entnehmen. Die Literaturrecherche stellte sich komplex heraus, da die deutsche Literatur sich grundlegend auf ein Forscherteam beschränkt. Die hinzugezogene internationale Evidenz aus Studien ist selten aktuell, so dass kaum Studien aus den letzten 15 Jahren herangezogen werden konnten. Dies stellt für die Autorinnen eine Schwäche dar, da der Theoretische Hintergrund nicht ausreichend aktuell beleuchtet werden konnte. Dies scheint gerade im Hinblick auf die Ausrichtung der Forschungsfrage bezüglich des aktuellen Paradigmas notwendig.

Die Zusammenstellung des Analyseinstruments, in diesem Fall des Interviewleitfadens, wurde ausgiebig erläutert. Obwohl die Verfahrensweise auf Basis der Pilotstudie nachvollziehbar und hinsichtlich der Qualität abgesichert wurde, wäre eine zweite Pilotstudie zur weiteren Verfeinerung des Interviewleitfadens hilfreich gewesen. Weiterhin wäre eine größere Stichprobe wünschenswert gewesen. Sowohl der verhaltene Rücklauf als auch der Rahmen der vorliegenden Beispiele haben dem im Weg gestanden.

### Argumentative Interpretationsabsicherung

Um die Studie in diesem Bereich hochwertig zu gestalten ist es von großer Bedeutung, die Interpretationen der Autor\*innen zu erläutern. Auch die Suche nach alternativen Deutungen stellt einen Wichtigen Teil dar. Das vorliegende Kapitel soll dem gerecht werden und die vorausgehenden Interpretationen mittels schlüssiger Argumente und kritischer Hinterfragung reflektieren. Konkret werden im Kapitel 5.1 die Interpretationen der Ergebnisse anhand von Argumenten erläutert, die auch auf die Rückmeldung von Korrekturlesern, im Geiste eines wissenschaftlichen Peer-Review Prozesses eingehen. Einen weiteren Punkt stellt die Widerlegung von Negativdeutungen dar. Durch direkte Gegenfragen innerhalb der Interviews, konnte sich im Sinne des Member Checkings versichert werden, dass die gewonnen Informationen inhaltlich richtig aufgefasst werden konnte – wie etwa in diesem Beispiel: „Ich versuche das mal zusammenzufassen, um zu schauen ob ich es richtig verstanden habe. Das würde bedeuten, die Teile der SI-Therapie die werden genutzt, um innerhalb einer Betätigung sich zu regulieren“ (IV2, Z. 210-212). Die Argumentative Interpretationsabsicherung könnte durch ein vollständiges Member Checking noch erweitert werden. Aus zeitlichen Gründen war es für die Autorinnen nicht möglich diesen Schritt in der Durchführung der Studie einzusetzen.

### Regelgeleitetheit

Das Qualitätskriterium der Regelgeleitetheit konnte erfüllt werden, indem die Autorinnen sich vollständig an den Ablauf der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2012) gehalten haben. Das in Kapitel 3.4.1 dargestellte Ablaufmodell wurde zur Orientierung genutzt. Des Weiteren wurde eine einheitliche Transkription anhand der einfachen Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015) gewährleistet. Die einzige Abweichung, die stattgefunden hat, war, dass die Autorinnen während der Ergebnisauswertung bereits Stichpunkte für die spätere Diskussion notiert haben. Diese Abweichung sollte jedoch keinen Einfluss auf die Auswertung der Ergebnisse genommen haben, da kein Schritt übersprungen wurde. Aufgrund der geringen Textmenge konnten alle Schritte des Vorgehens einzeln durchgeführt werden.

### Nähe zum Gegenstand

Um Nähe zum Gegenstand zu erreichen, wird vorgeschlagen die beforschten Subjekte, in diesem Fall unsere Interviewteilnehmer\*innen, in ihrer natürlichen Lebensumwelt zu befragen (Mayring, 2002).

Bei der Rekrutierung der Teilnehmer\*innen wurde deutlich, dass wenige Ergotherapeut\*innen die SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen anwenden. Ein weiterer beeinflussender Faktor war der Forschungszeitpunkt zwischen Ende Mai und Ende Juli. Einige der interessierten Therapeut\*innen konnten aufgrund von Vertretungssituationen oder Urlaubsplänen keine Befragung im Forschungszeitraum ermöglichen. Die Autorinnen empfehlen bei einer weiteren führenden Forschung in diesem Themenbereich, die Interviews für einen Zeitraum zwischen September und Mai zu legen, um den Teilnehmer\*innen somit mehr Flexibilität zu gewähren. Des Weiteren wird empfohlen die Interviews vor Ort durch zu führen, wie es auch von Mayring (2002) empfohlen wird. Wenn es um die subjektiven

Erfahrungen der Therapeut\*innen und die Rahmenbedingungen der Therapien geht, wäre es hilfreich die Räumlichkeiten zu sehen. Zudem wäre die Chance für die Interviewteilnehmer groß sich noch ausführlicher erklären zu können.

### Kommunikative Validierung

Kommunikative Validierung beschreibt, den Beforschten stärker in den Analyseprozess einzubinden, indem beispielsweise die Analyseergebnisse vorgelegt und gemeinsam diskutiert werden. Aufgrund des geringen Zeitkontingentes sowohl auf Seiten der Autorinnen als auch der Teilnehmer\*innen, war dies nicht möglich.

### Triangulation

Mayring (2002) beschreibt, dass durch die Verbindung mehrerer Analysegänge die Qualität der qualitativen Forschung vergrößert werden kann. Etwa könnten unterschiedliche Datenquellen zur Grundlage genutzt werden, um verschiedene Lösungsansätze aufzuzeigen. Eine Datentriangulation hat in der vorliegenden Arbeit nicht stattgefunden. Dem im Weg stand die geringe Teilnehmerzahl, die sich auch aus der begrenzten Menge von SI-anwendenden Therapeut\*innen ergibt, sowie der Rahmen einer Hochschulabschlussarbeit. Diese Einschränkung wird dadurch verstärkt, dass die interviewten Praktiker allesamt in der gleichen Fortbildung des einzigen deutschen Autors zur SI weitergebildet wurden – womit wahrscheinlicher wird, theoretische Ansätze und Methoden konfundiert werden.

Was im gegebenen Rahmen jedoch möglich war, war eine Forschertriangulation mittels mehrerer Beobachterinnen. Flick (2004) geht davon aus, dass unterschiedliche Beobachter sich einem Untersuchungsgegenstand unterschiedlich nähern und der Vergleich der verschiedenen Perspektiven somit die Validität der Ergebnisse steigert.

Zusammenfassend weist die vorgestellte Studie als ausgeprägte Schwäche die geringe Anzahl an Teilnehmer\*innen dar, einschließlich der Begrenzung der Befragten auf den deutschen Raum. Insofern sollten die dargestellten Befunde auch nur eingeschränkt als repräsentativ für die Gesamtheit von Ergotherapeut\*innen gesehen werden. Ein weiteres Hindernis ergab sich aus Mängeln externen Evidenz in Quantität und Qualität, die zu geringen Ein- und Ausschlusskriterien in der Literaturrecherche geführt hat. Trotz dieser Einschränkungen konnten in der vorliegenden Arbeit weiterführende Erkenntnisse zur Anwendung der SI mit schizophrenen Klient\*innen gewonnen werden. Diese werden im Kapitel 6 (Schlussfolgerung) abschließend zusammengefasst und hinsichtlich zukünftiger Forschungsmöglichkeiten reflektiert.

## 6 Schlussfolgerung

Als Kernbefund der Befragung von vier Therapeut\*innen im Rahmen der vorliegenden Arbeit ergibt sich, dass die SI-Therapie in ihrer derzeitigen Form primär dazu dient, Angebote zur Regulation zu bieten. Diese Angebote zur Regulierung nehmen lediglich einen Teil der Therapie ein und folgen dem Ziel, die Körperwahrnehmung der Klient\*innen zu fördern und zu verbessern. Die Angebote zur SI werden zudem eingesetzt, um durch eine erfolgreiche Regulierung der Klient\*innen, gezielte Betätigung zu ermöglichen. Somit stellen die Angebote eine Vorbereitung zur Betätigung dar. Ergotherapeut\*innen orientieren sich demnach am ‚Two- Body Practice‘ Ansatz (Fisher, 2014).

Als Voraussetzung für eine betätigungsorientierte Therapie benennen die Therapeut\*innen eine relative kognitive Leistung. Die Autorinnen möchten unterstreichen, dass die Therapeut\*innen in diesem Fall adaptierte Wege zur Ermittlung von Betätigungsanliegen nutzen sollten. Zudem wird die Notwendigkeit von Einzelgesprächen sowie den Nutzen von Messinstrumenten deutlich. Die Autorinnen schlussfolgern, dass eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Therapie nur möglich ist, wenn Einzelgespräche zur Vorbereitung, Befundung und Aufklärung der Klient\*innen gewährleistet werden.

Die bislang hauptsächlich genutzte Form der Gruppentherapie bewährt sich in vielen Punkten als positiv. Es wird jedoch diskutiert, ob durch die Gruppentherapie die individuelle Arbeit mit dem Klienten verhindert und die Klientenzentrierung im Sinne des aktuellen Paradigmas nicht ausreichend berücksichtigt werden kann.

Es ist deutlich, dass seitens der befragten Therapeut\*innen wenig Wissen zu nutzbaren Assessments, sowie der aktuellen Ausrichtung der Ergotherapie besteht. Diese scheint darin begründet, dass es an Weiterbildung, insbesondere im Bereich der ergotherapeutischen Grundlagen mangelt. Vermutlich trägt hierzu bei, dass die Professionalisierung noch nicht ausreichend weit fortgeschritten ist. Konkret wurde festgestellt, dass bestehende Inhalts- und Prozessmodelle sowie dazugehörige Evidenz nicht genutzt werden. Einzelne Assessments finden Anwendung, wobei die Auswahl sehr begrenzt ist und kein individuelles, fallspezifisches, professionelles Reasoning\* stattfindet. Infolge werden Klient\*innen unzureichend über die SI-Therapie aufgeklärt und haben somit nicht die Möglichkeit, sich im ergotherapeutischen Prozess aktiv zu beteiligen und mitzuzentscheiden.

Die im CMCE beschriebenen ‚Enablement Skills‘ zur Gestaltung einer klientenzentrierten und betätigungsorientierten Ergotherapie sind den befragten Ergotherapeut\*innen nicht bekannt gewesen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass sie im Rahmen der Fachschulausbildung wenige Kompetenzen zur Eigenbildung erwerben konnten. Im Gegensatz hierzu, wird im Rahmen des Studiums ein höheres Maß an Selbstorganisation gefordert. Somit erwerben Studierende eher die Kompetenz, sich selbst auf den aktuellen Wissensstand der Profession zu bringen.

Konnte festgestellt werden, dass unzureichend aktuelle Literatur zur SI bezogen auf das aktuelle ergotherapeutische Paradigma vorhanden, und somit geringe Möglichkeiten zur selbstständigen Vertiefung des Themas ist. Vorhandene, Literatur ist nicht immer zugänglich und häufig in englischer Sprache verfasst. Dies erschwert für viele, insbesondere Ergotherapeut\*innen einer älteren Generation, den Zugang zu aktuellem Wissen. Die Autorinnen gehen davon aus, dass weitere Forschungen in diesem Bereich, sowie Veröffent-

lichungen zu den ergotherapeutischen Grundlagen den Prozess der Eigenbildung aller Kolleg\*innen unterstützen würde.

Erschwerend erscheint den Autorinnen, dass bislang kein explizites Konzept zur Umsetzung der SI-Therapie im psychiatrischen Kontext vorliegt. Des Weiteren fehlen genaue, messbare Indikatoren für eine Behandlung nach der SI-Therapie. Die Entwicklung eines lösungs- und handlungsorientierten Konzeptes würde den Praktikern eine einheitliche Struktur mit Möglichkeit der Überprüfung bieten. Somit wird die Umsetzung nach aktuellem Wissen erleichtert. Um den Alltagstransfer zu gewährleisten, erscheinen regelmäßige und zeitintensive Beratungsgespräche hilfreich. Hierzu wären zusätzliche Assessments, die den deutschen Rahmenbedingungen entsprechen unerlässlich, um Ergotherapeut\*innen Struktur zu bieten und einheitliche Standards zu liefern. Aus der Studie kann entnommen werden, dass dies als wichtiger Schritt der Ergotherapie in Richtung Professionalisierung notwendig wäre. Es fehlt demnach nicht nur am medizinischen Verständnis oder an Erfahrungen der Ergotherapeut\*innen, sondern ganz entscheidend am berufseigenen Verständnis.

Es wird auch deutlich, dass es weiterer empirischer Forschung bedarf, um die SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen betätigungsorientiert zu gestalten und zu implementieren. Im Fachbereich Psychiatrie gibt es unzureichend aussagekräftige Studien zur Anwendung und Wirksamkeit der SI-Therapie.

Folgende Punkte sollten in Zukunft intensiv betrachtet werden, um die Ergotherapie klarer in der Gesellschaft sowie im Gesundheitswesen darstellen zu können. Missverständnisse sollten zudem behoben werden und Klarheit geschaffen werden, damit alle Ergotherapeut\*innen auf dem gleichen Stand sind und eine einheitliche Therapie anbieten können:

Weiterhin gilt es ein praktisches Konzept zur betätigungsorientierten und klientenzentrierten Anwendung von Angeboten der SI in der Psychiatrie zu gestalten. Hierzu scheint empirische Forschung notwendig. Denkbar wäre zu untersuchen ob SI-Angebote-ähnlich den Skills aus der Dialektisch- Behavioralen Therapie eingesetzt werden können. Befunderhebungsinstrumente, sowie Assessments zur Feststellung von Betätigungsanliegen mit psychisch erkrankten Klient\*innen sollten zukünftig entwickelt und verbreitet angewendet werden. Die Rahmenbedingungen von ergotherapeutischen Interventionen unter Anwendung sensorische-integrative Anteile sollten empirisch evaluiert werden. Mögliche Aspekte könnten die Intensität, die Anzahl der Angebote, die Raumgestaltung oder die Sozialform sein.

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass der Einsatz der SI-Therapie bei schizophrenen Klient\*innen positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden hat und als vorbereitende Maßnahme für Betätigungen eingesetzt werden kann. Um eine Intervention entsprechend dem aktuellen Paradigma und neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gestalten, sind umfangreiche Fortbildungen essentiell. Der Ansatz der SI-Therapie sollte, wie jede ergotherapeutische Intervention, nur dann angewandt werden, wenn Betätigungsanliegen und Veränderungswünsche seitens der Klient\*innen bestehen. Die Therapie gestaltet sich nur in dem Fall als zielorientiert. Das ‚Outcome‘ wäre die Teilhabe an Betätigungen oder ermöglichte, gesellschaftliche Partizipation.

## Literaturverzeichnis

- Aden, O. (2012). *Zum Zusammenhang zwischen Sensomotorik und Schizophrenie und dessen möglicher Bedeutung für Prävention und Therapie*. Leibnitz Universität Hannover, Hannover.
- Aegeler, B., & Senn, D. (2014). *Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)—Die Betätigung im Zentrum der ergotherapeutischen Intervention*.
- Altenthan, S., Betschler- Ott, S., Gotthart, W., Hobmair, H., Höhle, R., Ott, W., & Pöll, R. (2013). *Pädagogik*. Köln: Bildungsverlag EINS.
- Antwerpes, F. (2019) Outcome. Abgerufen am 13. Oktober. 2019 von DocCheck website: <https://flexikon.doccheck.com/de/Outcome>
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (2016). *Bausteine der kindlichen Entwicklung* (6. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Beyermann, G. (2015). Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie- Vom Behandeln zum Handeln* (5. Aufl., S. 419–449). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Bleuler, E. (1911). Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In G. Professor Dr. Aschaffenburg (Hrsg.), *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
- Bundes Psychotherapeutenkammer (BPtK). (2019). Schizophrenie. Abgerufen 28. April 2019, von <https://www.bptk.de/patienten/psychische-krankheiten/schizophrenie/>
- Bundy, A. C., Lane, S. J., & Murray, E. A. (2007). *Sensorische Integrationstherapie- Theorie und Praxis* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

- Chan, R. C. K., Xu, T., Heinrichs, R. W., Yu, Y., & Gong, Q. (2010). Neurological soft signs in non-psychotic first-degree relatives of patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(6), 889–896. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.012>
- Christiansen, C. H., & Haertl, K. (2014). A Contextual History of Occupational Therapy. In B. A. Boyt Shell, G. Gillen, & M. Scaffa (Hrsg.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cole, M. B., & Tufano, R. (2008). *Occupational Therapy's Broadening Horizons. Applied theories in occupational therapy—A practical approach*. Thorofare: Slack.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 230–246). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Denzin, N. K. (1970). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Chicago: Aldine.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Abgerufen von [file:///C:/Users/Loulou/Downloads/038-009k\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](file:///C:/Users/Loulou/Downloads/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (2007). Definition. Abgerufen 31. März 2019, von Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. website: <https://dve.info/ergotherapie/definition>

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). (2012). *Perspektiven DVE/ Ergotherapie 2020*. Karsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- Devlin, S., Healy, O., Leader, G., & Hughes, B. (2011). *Comparison of Behavioral Intervention and Sensory-Integration Therapy in the Treatment of Challenging Behavior*. Abgerufen von Journal of Autism & Developmental Disorders, Oct2011; 41(10): 1303-1320. 18p.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch- Interview, Transkription & Analyse- Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Düchting, M. (2008). *Hipro Assessment. Ein integratives Teilsystem psychosozialer Ergotherapie Schwerpunkt Arbeitstherapie*. Idstein: Schulz- Kirchner.
- DVE. (2015). *Ergotherapie im Bereich Psychiatrie*. Abgerufen am 10. September 2019 unter file:///C:/Users/Loulou/Downloads/PDF\_Gruppe\_04\_Psychiatrie.pdf
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down Intervention*. Idstein: Schulz- Kirchner.
- Flick, U., Kardorff, E. v., & Steinke, I. (Hrsg.). (2005). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, Uwe. (2004). *Triangulation* (3. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Flotho, W. (2009). Ausdruckszentrierte Methode. In B. Kubny- Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (2. Aufl., S. 155–163). Stuttgart: Thieme Verlag.

- Gäbel, W. (2002). Schizophrenien und wahnhaftige Störungen. In H. Freyberger, W. Schneider, & R. D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin* (11. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- George, S. (2014). *Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen*. Springer.
- Götsch, K. (2001). *Ausbildungskonzept Ergotherapie*. Idstein: Schulz- Kirchner.
- Habermann, C., & Kolster, F. (2008). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Aufl.). Thieme.
- Häfner, H. (2017). *Das Rätsel Schizophrenie- Eine Krankheit wird entschlüsselt* (4. Aufl.). München: C.H. Beck.
- Hesse, W. (2005). *Sensorische Integration in der Psychiatrie- Beiträge zur ergotherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Hesse, W. & Prünte, K. (2004). *Sensorische Integration für schizophrene Patienten*. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Hircin, E. (2019). Morbidität. Abgerufen am 13. Oktober 2019 von DocCheck website: <https://flexikon.doccheck.com/de/Morbidit%C3%A4t>
- Hirse Korn, B. (2009). Psychosen. In B. Kubny- Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (2. Aufl., S. 214–234). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hucke, B., & Zillhardt, C. (2014). Partizipation versus Funktion – Theorie versus Praxis. (German). *Ergotherapie & Rehabilitation*, 53(11), 27. Retrieved from <https://search-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=100282923&lang=nl&site=eds->

- Jadidi, & Mirshoja. (2016). The Impact of the Sensory Integration Approach on Positive and Negative Symptoms in a Patient With Non-Paranoid Schizophrenia: A Case Report. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*, (2). <https://doi.org/10.17795/mejrh-33275>
- Jones, P. (1997). The early origins of schizophrenia. *British Medical Bulletin*, 53(1), 135–155.
- Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A., & Tandon, R. (2011). Review: Schizophrenia, “Just the Facts” 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: From the elephant to the mouse. *Schizophrenia Research*, 127, 3–13. Abgerufen von edselp.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy*. F.A. Davis.
- Kinébanian, A., van Hartingsveldt, M., & le Granse, M. (2017). Grondslagen van de ergotherapie. Retrieved from <https://search-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=cat04966a&AN=zuyd.199417&lang=nl&site=eds-live>
- Kubny- Lücke, B. (2009). Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie. In B. Kubny- Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (2. Aufl., S. 9–19). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Lagemann, H. (2009). Ergotherapeutische Behandlung. In B. Kubny- Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (2. Aufl., S. 107–124). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2015). *Canadian Occupational Performance Measure* (5. Aufl.). Idstein: Schulz- Kirchner Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*.

Abgerufen von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Quantitative-Studies-German.pdf>

- Leclair, L. L., Ripat, J. D., Wener, P. F., Cooper, J. E., Johnson, L. A., Davis, E. L. O., & Campbell-Rempel, M. A. (2013). Advancing the use of theory in occupational therapy: A collaborative process / Promouvoir l'application de la théorie en ergothérapie: Un processus de collaboration. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 80*(3), 181. Abgerufen von edb.
- Lewis, D. A., & Lieberman, J. A. (2000). Catching up on schizophrenia: Natural history and neurobiology. *Neuron, 28*(2), 325–334.
- Liddle, P. F., & Barnes, T. R. E. (1990). Syndromes of chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 157*, 558–561.
- Marotzki, U. (2008). Selbstverständnis der Ergotherapie – Sinnvolle Betätigung im Fokus. (German). *Ergopraxis, 1*(5), 30. Abgerufen von edb.
- May-Benson, T. A., & Koomar, J. A. (2010). Systematic review of the research evidence examining the effectiveness of interventions using a sensory integrative approach for children. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 64*(3), 403–414.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Merklein de Freitas, C. (2015). Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten—Eine Interpretativ Phänomenologische Analyse. (German). *German*

- Occupational Therapists' Theory Practice Transfer of Occupation- Based Intervention - an Interpretative Phenomenological Analysis. (English), 10(4), 156.* Abgerufen von edb.
- Möller, H.-J. (2015). Schizophrene Psychosen. In H.-J. Möller, G. Laux, & A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6. Aufl., S. 156–181). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (Hrsg.). (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Morgan, V. A., McGrath, J. J., Jablensky, A., Badcock, J. C., Waterreus, A., Bush, R., ... Mackinnon, A. (2014). Psychosis prevalence and physical, metabolic and cognitive co-morbidity: Data from the second Australian national survey of psychosis. *Psychological Medicine, 44*(10), 2163–2176.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291713002973>
- Moritz, A. (2013). Kompetenz. Abgerufen am 13. Oktober 2019 von soft-skills website:  
<https://www.soft-skills.com/skills-versus-kompetenz/>
- Nacke, A. (2005). *Ergotherapie bei Kindern mit Wahrnehmungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, A., ... Connor-Schisler, B. (2013). Human Occupation in Context. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 37–61). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Cantin, N., Amoroso, B., McKee, P., Rivard, A., Kirsh, B., ... Lin, N. (2013). Occupation- based enablement: A practice mosaic. In E. A. Townsend & H. J.

- Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 177–202). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Posthuma, B. W. (1983). Sensory Integration in Mental Health. *Occupational Therapy in Mental Health*, 3(4), 1. Abgerufen von edb.
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Robert Koch Institut. (2012). *Allgemeines zu Schizophrenie*. Abgerufen 2. Oktober 2019, von Robert Koch Institut website:  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/S/Schizophrenie/Inhalt/Schizophrenie\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/S/Schizophrenie/Inhalt/Schizophrenie_inhalt.html)
- Roche Lexikon Medizin (2006). *Praxie*. Abgerufen am 13. Oktober. 2019, von <https://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon/praxie>
- Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone.
- Sales, B.D. & Folkman, S. (2000). *Ethics in research with human participants*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Samayan, K., Dhanavendan, K., & Nachiketa, R. (2015). *Research. Allied health professionals' perceptions of the role of sensory integration therapy in managing challenging behaviours*. Abgerufen von International Journal of Therapy & Rehabilitation; Apr2015, Vol. 22 Issue 4, p167-172, 6p
- Schaeffgen, R. (2007). *Praxis der SI-Therapie*. Stuttgart: Thieme.

- Schlegtehdal, D. (2015). SI-Therapie. In Becker, H., & Steding-Albrecht, U. (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* ( 2. Aufl., S. 166-170). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schuh, D., & Marx, B. (2019). BaSis schaffen- Über den Nutzen der SI-Therapie außerhalb der Pädiatrie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 58(9), 26–30.
- Scigenia GmbH. (2018). Evidenz Basierte Praxis. Abgerufen 30. April 2019, von SCIGlenia Gesundheit von Morgen website: Scigenia GmbH
- Smith Roley, S., Blanche, E., & Schaaf, R. (2004). *Sensorische Integration—Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen*. Berlin- Heidelberg: Springer.
- Sniezyk, C. J., & Zane, T. L. (2015). *Investigating the Effects of Sensory Integration Therapy in Decreasing Stereotypy. Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*. Abgerufen von v. 30, n. 1, p. 13
- Söchting, E. (2018). Sensorische Integration nach Ayres- Ein Thema mit Diskussionspotential. *ergopraxis*, 11(10), 27–33. <https://doi.org/10.1055/a-0633-0354>
- Statistisches Bundesamt. (2017, September 27). *Gesundheit Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2016*.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy’s core competency. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation* (2. Aufl., S. 87–133). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Tzang, R.-F., Chang, Y.-C., Kao, K.-L., Huang, Y.-H., Huang, H.-C., Wang, Y.-C., ... Stewart, R. (2019). *Increased risk of developing psychiatric disorders in children with*

- attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) receiving sensory integration therapy: A population-based cohort study*. Abgerufen von European Child & Adolescent Psychiatry. Feb2019, Vol. 28 Issue 2, p247-255. 9p. 4 Charts, 1 Graph.
- Vargas S, & Camilli G. (1999). A meta-analysis of research on sensory integration treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(2), 189–198. Abgerufen von rzh.
- Voderholzer, U. (2017). Aus gegebenem Anlass: Beendet die Gruppentherapie ihr Schattendasein in der ambulanten Versorgung? (German). *Verhaltenstherapie*, 27(1), 5. Abgerufen von edb.
- Wertz, F. J. (2016). Phänomenologie. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Wilms, R. (2009). Methoden in der Ergotherapie. In B. Kubny- Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 403–405). Stuttgart: Thieme- Verlag.
- Wong, S. R., & Fisher, G. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occupational Therapy In Health Care*, 29(3), 297–315.  
<https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010130>
- World Health Organization (WHO). (2001). *The World health report- Mental Health: New Understanding, New Hope*. Abgerufen von [file:///C:/Users/Loulou/Downloads/whr01\\_en.pdf](file:///C:/Users/Loulou/Downloads/whr01_en.pdf)

## Glossar

<b>B</b>	
Basissinne	Die Basissinne ermöglichen uns über eine entsprechende Reizaufnahme die Fähigkeit, Empfindungen zu haben. Zu den Basissinnen gehören das taktile System, das vestibuläre System sowie das propriozeptive (Schlegtehdal, 2015).
<b>E</b>	
Enablement	Kernkompetenz von Ergotherapeut*innen (Townsend & Polatajko, 2013)
Enablement skills	Kompetenzen die eine klientenzentrierte Therapie ermöglichen (Townsend & Polatajko., 2013)
Engagement	Fähigkeit, Klient*innen ins Tun zu bringen, in die Teilhabe einzubeziehen/hinzuführen (Townsend & Polatajko, 2013)
Empowerment	personal and social processes that transform visible and invisible relationships so that power is shared more equally (Townsend & Polatajko, 2013)
<b>K</b>	
Kompetenz	Ganz grundlegend wird unter Kompetenz die kognitive Fähigkeit und Fertigkeit eines Individuums zur praktischen Lösung eines spezifischen Problems oder Problembereiches verstanden (Moritz, 2013).
<b>M</b>	
Morbidität	Die Morbidität gibt an, wie viele Individuen einer Population in einem bestimmten Zeitraum

	eine bestimmte Erkrankung erlitten haben (Hircin, 2019)
<b>O</b>	
Outcome	Das Ergebnis einer Therapie (Antwerpes, 2019).
<b>P</b>	
Praxie	Fähigkeit, erlernte zweckmäß. Bewegungen auszuführen (Roche Lexikon Medizin, 2006).
Propriozeption	Basissinn, in Stellungssinn,-Bewegungssinn- und Kraftdosierungssinn unterteilt, Sinn für viszerale Vorgänge (Schlegtendal, 2015)
<b>R</b>	
Reasoning	Ein Prozess, bestehend aus Gedanken und Strategien, welcher vor, während und nach der Behandlung stattfindet (Feiler, 2007).
<b>S</b>	
Sinnesmodalität	Die Wahrnehmungsarten eines Menschen (Hesse, 2005).
softsigns	Werden als diskrete motorische und sensorische Störungen definiert (Hesse, 2005).
Stimulation	Reizung, Anregung auf neurologischer Ebene (Hesse, 2005).
<b>V</b>	
Vestibulär	Gleichgewichtssinn, zusammen mit der Propriozeption zuständig für Gleichgewichtsreaktionen und Aufrichtung gegen die Schwerkraft (Schlegtendal, 2015)
Vulnerabilitätsfaktoren	Faktoren, die die Verletzlichkeit eines Menschen begünstigen (Hesse, 2005)

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Evidence based practice (Scigenia, 2018).....	12
Abbildung 2: Grundannahmen zur Betätigung (Polatajko et al., 2013, S.21).....	13
Abbildung 3: CMOP-E (Polatajko et al., 2013, S. 23) .....	14
Abbildung 4: Canadian Practice Process Framework (Craik et al., 2013, S. 233).....	15
Abbildung 5: Angebote der SI-Therapie (Hesse & Prünke, 2004, S.46) .....	24
Abbildung 6: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S.70) .....	31
Abbildung 7: Kategoriebildung .....	36
Abbildung 8: Minimal enablement (Townsend & Polatajko, 2013, S. 129).....	46

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Enablement skills (Townsend et al., 2013, S.113) .....	16
Tabelle 2: Symptome auf Partizipationsebene .....	20
Tabelle 3: Prozess von Schritt 2-4.....	32
Tabelle 4: Reliabilität (Mayring, 2015).....	33
Tabelle 5: Validität- Gütekriterien nach Mayring (2015) .....	33
Tabelle 6: Angaben zu den Teilnehmerinnen.....	35

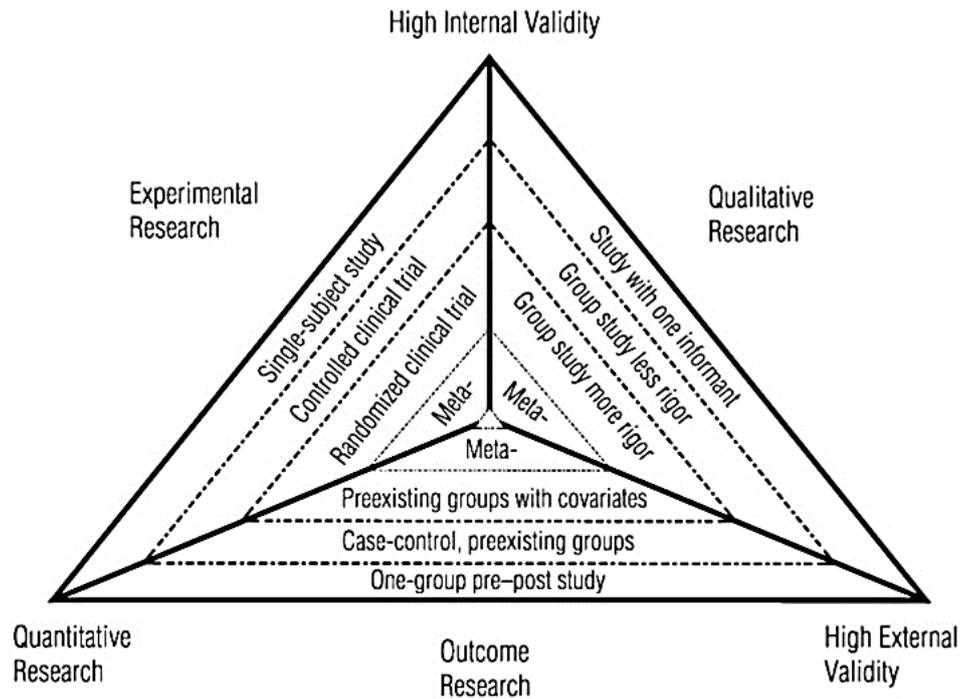
## Anlagen

### Anlage 1: Genutzte Datenbanken

Datenbank: DIZ	
<b>Einschränkungen</b>	keine
<b>Suchbegriffe und Operatoren</b>	<b>Trefferanzahl</b>
Sensory Integration AND Schizophrenia	38.530
„Sensory Integration“ AND Schizophrenia	3.824
„Neurological soft signs“ AND Psychosis	9.945
„Neurological soft signs“ AND Psychosis AND Occupational Therapy	2.188
“Neurological soft signs” AND Schizophrenia	11.781
“Neurological soft signs” AND Schizophrenia AND occupational Therapy	2.268
Sensory Integration AND Treatment AND mental Disorders	65.477
Sensory Integration AND Treatment AND Schizophrenia	26.916
Sensory Integration AND Occupational therapy intervention AND Schizophrenia	4.070
Sensory Integration AND “Occupational therapy intervention” AND Schizophrenia	80
Betätigungsorientierung AND funktionell AND Ergotherapie	3
Betätigungsorientierung AND Ergotherapie AND Praxis	79
Sensory Integration AND Treatment AND Occupational Therapy	21.183
Sensorische Integration AND Ergotherapie AND Schizophrenie	1

Anlage 1: Genutzte Datenbanken

**Anlage 2: Evidenzpyramide nach Tomlin & Borgetto (2011)**



*Anlage 2: Evidenzpyramide nach Tomlin & Borgetto (2011)*

## Anlage 3: Flyer

Zuyd University  
of Applied Sciences

ZU  
YD



Louisa Neise (Ergotherapeutin, Psychiatrie) Revolta Beha (Ergotherapeutin, Praxis)

### Ergotherapeut\*innen für Interviews gesucht!

Im Rahmen unseres berufsbegleitenden Studienganges Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL), gehen wir in unserer Bachelorarbeit der Frage nach, welche Erfahrungen Ergotherapeut\*innen mit der Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie im stationären Setting bei schizophrenen Klient\*innen bezüglich des aktuellen, ergotherapeutischen Paradigmas gesammelt haben.

In einem ca. 45-minütigen Interview möchten wir Ihnen verschiedene Fragen zu Ihrer Behandlung nach dem sensorischen Integrationsansatz mit schizophrenen Klient\*innen stellen. Hierbei wird der Schwerpunkt auf Ihrem Entscheidungsprozess sowie den Rahmenbedingungen der Therapie liegen. All Ihre personenbezogenen Daten und Ergebnisse des Interviews werden nur in anonymisierter Form verarbeitet.

Mit den Ergebnissen soll eine mögliche Perspektive gezeigt werden, wie sich die Therapie betätigungsorientiert gestalten lässt. Des Weiteren können die Ergebnisse genutzt werden, um Veränderungen der Rahmenbedingungen gegenüber Leitungspersonen zu begründen.

Falls Sie noch Fragen zu dieser Teilnahme haben sollten, können Sie sich gerne per Email unter **Ergotherapie-SI@gmx.de** bei uns melden.

Die Durchführung der Interviews ist im Juli geplant. Sollten Sie Interesse an der Teilnahme haben, freuen wir uns sehr über eine Rückmeldung.

Werden Sie mit Ihrer Teilnahme Teil der Entwicklung der Ergotherapie!

Mit den besten Grüßen

Revolta Beha & Louisa Neise

#### FAKTEN

- Fragen zum Bereich SI mit schizophrenen Klient\*innen
- 45- minütiges Interview per Skype oder Telefon
- Durchführung in KW 29 und Folgenden
- Kontakt unter [Ergotherapie-SI@gmx.de](mailto:Ergotherapie-SI@gmx.de)

## Anlage 4: Interviewleitfaden Pilotstudie

Fragebogen- Pretst

Juni 2019

### ZENTRALE FRAGESTELLUNG:

Welche Erfahrungen haben Ergotherapeuten in Deutschland, der Schweiz und Österreich mit der Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie im stationären Setting bei schizophrenen Klienten bezüglich des aktuellen, ergotherapeutischen Paradigmas gesammelt?

### **Personenbezogene Daten:**

- Alter
- Zeitpunkt der Ausbildung (Bezug zum aktuellen Paradigma)
- Studium
- Aktuelle Arbeitsstelle
- Arbeitssetting/Umfeld (Therapieräume)
- Leitungsposition/ Angestellter
- Berufserfahrung
- SI Fortbildung

### **Leitfragen:**

1. Beschreiben Sie mit eigenen Worten die sensorische Integrationstherapie. (LF1)  
Was verstehen Sie unter Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung? (LF1)
2. Bei welchen KlientInnen wenden Sie die sensorische Integrationstherapie an? (LF2)  
Wie lässt sich die sensorische Integrationstherapie als funktionaler Ansatz, der Betätigungsorientierung in ihren Augen gegenüberstellen? (LF2)  
Wie werden zu Beginn der Intervention Betätigungsanliegen und Ziele formuliert? (LF2)  
Wer legt fest, dass ein/ e KlientIn eine Behandlung nach dem SI Ansatz erhält? (LF2)
3. Welche Faktoren beeinflussen die sensorische Integrationstherapie? Gibt es sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren) (LF3)  
Welche Rahmenbedingungen sind notwendig, um eine betätigungsorientierte und klientenzentrierte Intervention durchzuführen? (LF3)
4. Welche Kompetenzen (neben den Grundhaltungen Echtheit, Empathie und Wertschätzung) unterstützen Sie in der Gestaltung der sensorischen Integrationstherapie? (LF4)  
Welche Fähigkeiten müssen Sie als ErgotherapeutIn mitbringen, um Klienten nach der sensorischen Integrationstherapie zu behandeln? (LF4)  
Welche Kompetenzen sind ihrer Meinung nach notwendig, um KlientInnen nach der sensorischen Integrationstherapie behandeln zu können? (LF4).
5. Möchten Sie etwas zum Thema ergänzen?

*Anlage 4: Interviewleitfaden Pilotstudie*

## **Anlage 5: Evaluationsbogen Pilotstudie**

Bachelorarbeit- SI mit schizophrenen Klienten

Pretest

### **Fakten**

Dauer:

Aufnahmequalität:

### **Reflexion der Fragen**

- Hatten sie den Eindruck, dass sich Fragen während des Interviews wiederholt haben?  
Wenn ja, welche?
- Gab es Fragen, die schwer zu verstehen waren? Wenn ja, welche?
- Können überhaupt sinnvolle Antworten gegeben werden?
- Sind die Anweisungen verständlich?
- Gibt es sprachliche oder lexikalische Überforderungen oder Brüche? Wenn ja, welche?

### **Reflexion der Interviewführung**

- Ist im Aufbau ein roter Faden erkennbar?
- Wird der Spannungsbogen erhalten?
- War das Verhalten der Interviewpartnerin angemessen?
- Wurde auf Nachfragen alles Sinnvoll erläutert?
- Möchten Sie ihrem Feedback noch etwas hinzufügen?

*Anlage 5: Evaluationsbogen Pilotstudie*

## Anlage 6: Interview - Leitfaden (Hauptstudie)

### Zentrale Fragestellung:

Welche Erfahrungen haben Ergotherapeuten mit der Anwendung der SI-Therapie bei schizophrenen Klienten bezüglich des aktuellen, ergotherapeutischen Paradigmas gesammelt?

<b>Personenbezogene Daten</b>
Alter
Zeitpunkt der Ausbildung (Bezug zum aktuellen Paradigma)
Studium
Aktuelle Arbeitsstelle
Arbeitssetting/Umfeld (Therapieräume)
Leitungsposition/ Angestellter
Berufserfahrung
SI Fortbildung

<b>Leitfragen:</b>
<b>1. Beschreiben Sie mit eigenen Worten die SI-Therapie.</b>
Was verstehen Sie unter Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung?
<b>2. Bei welchen Klienten wenden Sie die SI-Therapie an?</b>
Wie lässt sich die SI-Therapie als funktionaler Ansatz, der Betätigungsorientierung in ihren Augen gegenüberstellen?
Wie werden zu Beginn der Intervention Betätigungsanliegen und Ziele formuliert?
Wer legt fest, dass ein Klient eine Behandlung nach dem SI Ansatz erhält?
<b>3. Welche Faktoren beeinflussen die SI-Therapie? Gibt es sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren</b>
Welche Rahmenbedingungen sind notwendig, um eine betätigungsorientierte und klientenzentrierte Intervention durchzuführen?
<b>4. Welche Kompetenzen (neben den Grundhaltungen Echtheit, Empathie und Wertschätzung)</b>

<b>unterstützen Sie in der Gestaltung der SI-Therapie?</b>
<b>Unterstützen Sie die fachlichen, persönlichen, sozial-kommunikativen oder methodischen Kompetenzen in der Gestaltung der SI-Therapie?</b>
<b>Welche Fähigkeiten müssen Sie als Ergotherapeut*in mitbringen, um Klienten nach der SI-Therapie zu behandeln?</b>
<b>Welche Kompetenzen sind ihrer Meinung nach notwendig, um Klienten nach der SI-Therapie behandeln zu können?</b>
<b>5. Möchten Sie etwas zum Thema ergänzen?</b>

*Anlage 6: Interview - Leitfaden (Hauptstudie)*

## Anlage 7: Einwilligungserklärung der Teilnehmer



### Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten zur sensorischen Integrations-therapie mit schizophrenen Klienten

Liebe Teilnehmer\*innen,

Mit dieser Studie möchten wir die Erfahrungen von Ergotherapeut\*innen zur Behandlung schizophrener Klienten nach dem Sensorischen Integrationsansatz in der Behandlung schizophrener Klienten, dem aktuellen, ergotherapeutischen Paradigma gegenüberstellen.

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung Ihrer Person führen könnten aus dem Text entfernt. Die Interviews werden lediglich in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung Ihrer Person führen kann.

Ihre personenbezogenen Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden alle Kontaktdaten gelöscht. Die transkribierten Interviews werden für 10 Jahre auf einem externen Datenspeicher gesichert um für eventuelle Folgeforschung noch zur Verfügung zu stehen.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Bei auftretenden Fragen, melden Sie sich gerne per E-Mail unter [Ergotherapie-SI@gmx.de](mailto:Ergotherapie-SI@gmx.de).

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

---

Vorname; Nachname des Teilnehmers

---

Ort, Datum / Unterschrift

---

Revolta Beha & Louisa Neise

---

Ort, Datum / Unterschrift

## **Anlage 8: Z1-Z4 Regeln (Mayring, 2015)**

### **Z1: Paraphrasierung**

- Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteilen wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3 Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

### **Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau**

- Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zur Hilfe!

### **Z3: Erste Reduktion**

- Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zur Hilfe!

### **Z4: Zweite Reduktion**

- Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zur Hilfe!

## Anlage 9: Auszug aus einem Transkript

MAXQDA 2018

11.08.2019

30 Ja da muss ich sagen- wie soll ich es denn ausdrücken. Es kommt ein bisschen auf den Moment an. Also wenn  
31 meine Patienten in dem Moment in der Lage sind von ihrer Kognition mir folgen zu können, dann versuche ich das  
32 relativ, versuche ich mich schon zu orientieren an sensorisch integrativen Behandlungen mit ner Sichtbefundung.  
33 Mit Beobachtungen, die ich mir notiere und auch mit Wahrnehmungsfragebögen. Das ist aber tatsächlich nicht  
34 immer der Fall. Wenn es geht dann verabrede ich mit Patienten auch Abfolgen und biete ihnen verschiedene  
35 Sachen. Also ich spreche quasi Empfehlungen aus. Viele Menschen die zu mir kommen sind aber noch gar nicht so  
36 erfahren mit der Behandlungsform. Also die kennen eben im psychiatrischen Zusammenhang diese  
37 Wahrnehmungsorientierung gar nicht. Manchmal taste ich mich so ein bisschen heran was geht. Ich hab auch  
38 schon Menschen wenn die (...) wenn die so ganz ganz ganz krass psychotisch sind klappt es mit dem sprechen  
39 auch nicht. Also die sprechen schon aber die verstehen letztendlich nicht was ich dann sage oder können damit  
40 nicht ganz so gut umgehen. Manchmal halten wir uns dann auch gemeinsam eher in den Räumlichkeiten auf und  
41 ich biete mal an und schaue was zugelassen wird und was nicht. Das ist wirklich unterschiedlich. Eher so ein  
42 herantasten.

43

44 I1: Genau dann würden wir noch gerne wissen was sie unabhängig von der SI Therapie unter  
45 Betätigungsorientierung verstehen.

46

47 TN2: Ehm ja das ist für mich eben das klassische betätigen im Alltag. Also Durchführung von Betätigung im ehm  
48 Alltag und eben die vllt, sonst wären sie ja wahrscheinlich nicht bei mir, die damit verbundenen  
49 Betätigungsprobleme deren Anliegen Bedürfnisse der Menschen die zu mir kommen und eben schon auch den  
50 Glauben daran dass Betätigung ein Grundbedürfnis ist und ehm dass ehm eine gelungene Betätigung eben auch  
51 partizipationsfördernd ist ja und davon ausgehend ich denke dass alle meine oder unsere also dass alle Menschen  
52 das tatsächlich auch wollen.

53

54 I1: Okay also verstehen sie unter Betätigung auch wirklich die Handlungen, die ein Mensch ausführt die für einen  
55 auch bedeutungsvoll sind?

56

57 TN2: Genau. Ja

58

59 I1: Ok. Dann machen wir mit dem nächsten Block weiter da geht es so ein bisschen um die Vorgehensweise  
60 beziehungsweise die Arbeitsweise. Und da würden wir gerne zu Beginn wissen bei welchen schizophrenen  
61 Klienten und bei welcher Symptomatik Sie denn die SI- Therapie anwenden. Sie haben ja schon ein bisschen was  
62 dazu gesagt aber vielleicht, dass wir da nochmal ein bisschen tiefer drauf eingehen.

63

64 TN2: Ehm wir haben (...) da muss ich noch einmal kurz was erwähnen ich arbeite mit Checklisten und  
65 Verordnungslisten oder ich WÜRDE gerne damit arbeiten ich versuche es. Das haben wir in unserem  
66 Computersystem der Klinik hinterlegt und ich hoffe da immer, dass die mir immer die anordnen Ärzte und

7

Anlage 9: Auszug aus einem Transkript

### Anlage 10: Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015)

1.	Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.
2.	Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet.
3.	Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden.
4.	Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
5.	Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROßSCHREIBUNG gekennzeichnet.
6.	Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwurfe werden in einem separaten Absatz transkribiert.
7.	Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
8.	Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofön rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt.
9.	Die interviewende Person wird durch ein „I1:“ oder „I2:“, die befragte Person durch ein „TN 1-4:“ gekennzeichnet.
10.	Wort- und Satzabbrüche werden mit „/“ markiert.
11.	Sprecherüberlappungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „/“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „/“ gekennzeichnet.
12.	Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht „(.)“ für circa eine Sekunde, „(.)“ für circa zwei Sekunden, „(...“ für circa drei Sekunden und „(Zahl)“ für mehr als drei Sekunden.

Anlage 10: Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015)

### **Anlage 11: Ehrenwörtliche Erklärung**

Revolta Beha:

Ehrenwörtliche Erklärung Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 05. November 2019



Datum

Unterschrift

Louisa Neise:

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 05. November 2019



Datum

Unterschrift

*Anlage 11: Ehrenwörtliche Erklärung*