

# Motivation von Patienten nach Schlaganfall

Qualitative Analyse der Einstellung von Logopäden zur Motivation von Patienten nach Schlaganfall in Rehabilitationskliniken



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung  
Graz / Schloss Seggau ([college@inter-uni.net](mailto:college@inter-uni.net), [www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net))

vorgelegt von

**Christina Anna Ebmer**

Graz, im Juni 2010

Christina Anna Ebmer, Graz

cchristinaa@hotmail.com

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni 2010

Thesis angenommen

Im Sinne fachlich begleiteter Forschungsfreiheit müssen die in den Thesen des Interuniversitären Kolleg vertretenen Meinungen und Schlussfolgerungen sich nicht mit jenen der Betreuer/innen und Begutachter/innen decken, sondern liegen in der Verantwortung der Autorinnen und Autoren.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>5</b>
1.1	EINLEITUNG	5
1.2	FRAGESTELLUNG	7
1.3	ARBEITSHYPOTHESE	7
1.4	METHODIK	7
1.4.1	<i>Design</i>	7
1.4.2	<i>Teilnehmerinnen</i>	7
1.4.3	<i>Durchführung</i>	8
1.4.4	<i>Analyse</i>	8
1.5	ERGEBNISSE	8
1.6	DISKUSSION	10
1.6.1	<i>Schlussfolgerungen</i>	10
1.6.2	<i>Ausblick</i>	11
1.6.3	<i>Eigenkritisches</i>	12
1.7	QUELLENVERZEICHNIS	12
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>14</b>
2.1	ZIELSTELLUNG	14
2.2	SCHLAGANFALL	15
2.2.1	<i>Definition</i>	15
2.2.2	<i>Inzidenz und demografische Entwicklung</i>	16
2.3	APHASIE ALS BEGLEITERSCHENUNG DES SCHLAGANFALLS	16
2.3.1	<i>Definition</i>	16
2.3.2	<i>Hintergrund</i>	16
2.4	LOGOPÄDIE IM RAHMEN DER REHABILITATION ALS TEIL DES THERAPEUTISCHEN TEAMS	18
2.5	AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG	19
2.6	LOGOPÄDIE UND APHASIE	19
2.6.1	<i>Diagnostik von aphasischen Patienten</i>	19
2.6.2	<i>Therapie von aphasischen Patienten</i>	20
2.6.3	<i>Gruppentherapie</i>	21
2.6.4	<i>Information und Ziele in der Therapie</i>	21
2.6.5	<i>Beratung und Angehörige</i>	22
2.7	MOTIVATION	22
2.7.1	<i>Definition</i>	22
2.7.2	<i>Beurteilung der Motivation</i>	23
2.7.2.1	PAREMO-20	23
2.7.2.2	Modifizierung des Atkinson-Modells	24
2.7.3	<i>Unmotivierte Patienten</i>	25
2.7.4	<i>Therapeut und Motivation</i>	26
2.8	DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG - MÖGLICHKEITEN EINER VERÄNDERUNG DER MOTIVATION	26
2.8.1	<i>Einstellung und Einstellungsänderung aus sozialpsychologischer Sicht</i>	26
2.8.2	<i>Übertragung / Gegenübertragung / Spiegelneurone</i>	27
2.8.3	<i>Coping</i>	27
2.8.4	<i>Das Transtheoretische Modell und motivierende Beratung</i>	28
2.9	FRAGESTELLUNG	29
2.10	ARBEITSHYPOTHESE	29
<b>3</b>	<b>METHODIK</b>	<b>30</b>
3.1	FRAGESTELLUNG	30
3.2	DESIGN – EXPERTENINTERVIEW	30
3.2.1	<i>Vorbereitung der Befragung</i>	30
3.2.2	<i>Interview</i>	31
3.2.3	<i>Interview- Leitlinie</i>	32

3.2.4	<i>Aufnahme der Interviews und Transkription</i> .....	33
3.3	AUSWERTUNG DER EXPERTENINTERVIEWS NACH MAYRING.....	34
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>34</b>
4.1	HINTERGRÜNDE FÜR MOTIVATION DES PATIENTEN.....	34
4.1.1	<i>Persönlichkeit</i> .....	34
4.1.1.1	Definition.....	34
4.1.1.2	Resultat.....	35
4.1.1.3	Interpretation.....	36
4.1.2	<i>Emotion</i> .....	37
4.1.2.1	Definition.....	37
4.1.2.2	Resultat.....	37
4.1.2.3	Interpretation.....	39
4.1.3	<i>Klinische Faktoren</i> .....	40
4.1.3.1	Definition.....	40
4.1.3.2	Resultat.....	40
4.1.3.3	Interpretation.....	42
4.1.4	<i>Umgebung und soziale Interaktionen im Krankenhaus</i> .....	43
4.1.4.1	Resultat.....	43
4.1.4.2	Interpretation.....	46
4.1.5	<i>Soziales Umfeld</i> .....	47
4.1.5.1	Definition.....	47
4.1.5.2	Resultat.....	47
4.1.5.3	Interpretation.....	52
4.1.6	<i>Beeinflussung der Motivation durch den Therapieverlauf</i> .....	53
4.1.6.1	Resultat.....	53
4.1.6.2	Interpretation.....	54
4.2	ROLLE DES THERAPEUTEN.....	55
4.2.1	<i>Einfluss des Therapeuten auf die Motivation des Patienten</i> .....	55
4.2.1.1	Resultat.....	55
4.2.1.2	Interpretation.....	65
4.2.2	<i>Zieldefinition</i> .....	65
4.2.2.1	Definition.....	65
4.2.2.2	Resultat.....	66
4.2.2.3	Interpretation.....	67
4.2.3	<i>Informationen</i> .....	67
4.2.3.1	Resultat.....	67
4.2.3.2	Interpretation.....	70
4.2.4	<i>Initiale Einschätzung der Prognose</i> .....	71
4.2.4.1	Definition.....	71
4.2.4.2	Resultat.....	71
4.2.4.3	Interpretation.....	72
4.2.5	<i>Geschlechtsbezogene Unterschiede in der therapeutischen Beziehung</i> .....	73
4.2.5.1	Resultat.....	73
4.2.5.2	Interpretation.....	74
4.3	REAKTION DES THERAPEUTEN AUF UNMOTIVIERTE PATIENTEN.....	75
4.3.1.1	Resultat.....	75
4.3.1.2	Interpretation.....	79
4.4	AUS- UND FORTBILDUNG IM BEREICH MOTIVATION.....	80
4.4.1.1	Definition.....	80
4.4.1.2	Resultat.....	80
4.4.1.3	Interpretation.....	84
<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>85</b>
5.1	SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	85
5.2	AUSBlick.....	89
5.3	EIGENKRITISCHES.....	90
<b>6</b>	<b>ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>91</b>
<b>7</b>	<b>QUELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>92</b>

Sind Logopäden, Patienten genannt, ist immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint. Die gewählte Schreibweise dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

## **1 ZUSAMMENFASSUNG**

### **1.1 Einleitung**

Bedingt durch die demografische Entwicklung wird die Inzidenz der Schlaganfälle und somit der aphasischen Störungen in den nächsten Jahrzehnten deutlich zunehmen.

Die logopädische Therapie aphasischer Patienten mit sehr heterogenen Störungsmustern befasst sich mit sämtlichen Störungen der Sprache, wobei die Therapie in einem multidisziplinären Team erfolgt. Die wochen- aber auch monatelange Rehabilitation stellt sowohl für Patienten als auch für Therapeuten eine Herausforderung dar, die große fachliche, aber auch empathische Fähigkeiten voraussetzt.

Aus der Wahrnehmung der Autorin wird dabei einer positiven Interaktion zwischen Patient und Therapeut mit resultierender Motivationssteigerung ein wichtiger Stellenwert zugeschrieben. Oft scheint diese positive therapeutische Beziehung ausschlaggebend für die Aufrechterhaltung guter Fortschritte in der bis zu einem Jahr dauernden Rehabilitation, oft auch unabhängig von den gewählten spezifischen logopädischen Therapieformen.

Meichenbaum und Turk (1994) unterstreichen, dass mangelnde Behandlungsmotivation gerade in der Rehabilitation ein Problem darstellt. Da die Problematik mangelnder Behandlungsmotivation in der Rehabilitation zur Praxis hinlänglich bekannt ist und auch der Nutzen motivationsfördernder Interventionen kaum angezweifelt werden kann, stellt sich die Frage, warum die Konsequenzen, die hieraus für die Therapie gezogen werden, in der Regel nur gering sind.

Bisher wenig untersucht wurde, inwiefern die Beziehung zwischen Therapeut und Patient für die logopädische Therapie eine Rolle spielt. Denn Sprache ist nicht nur wie oben erwähnt ein Akt von Sprechen und Verstehen, sondern eine tiefgründige kommunikative Interaktion zwischen Menschen. Basler (1990) gibt den Hinweis, dass es kaum Untersuchungen gibt, in denen Verhaltensweisen oder Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten als Interaktionspartner des Patienten erhoben werden.

In der medizinisch-psychologischen Versorgung im Rahmen rehabilitativer Leistungen spielen motivationale Faktoren sowohl aus therapeutischer als auch aus ökonomischer Sicht eine entscheidende Rolle. Die Berücksichtigung und Förderung motivationaler Faktoren kann entsprechend als eine Forderung beschrieben werden, die an alle am rehabilitativen Prozess Beteiligten, gestellt wird. Es wird angenommen, dass die Aufrechterhaltung der Motivation bei Rehabilitationspatienten die wichtigste, aber auch die schwierigste Aufgabe für die therapeutische Arbeit ist (Maclean et al. 2000).

Im Gegensatz hierzu präsentiert sich in der Versorgungspraxis jedoch ein anderes Bild, denn motivationale Aspekte werden in den Diagnostik- und in den Indikationsprozess kaum einbezogen. Demzufolge sind Maßnahmen zur Motivationsförderung in der Rehabilitation nur im geringen Umfang etabliert (Hafen et al. 2006).

Dibbelt et al. (2009) unterstreichen die Wichtigkeit einer qualitativen Patient-Therapeut-Interaktion für den Erfolg der Rehabilitation und folglich die Wichtigkeit von spezifischen Kenntnissen. Diese schließen Informationserwerb und -vermittlung, Erkennen der Bedürfnisse und Ziele des Patienten, aber auch die Verstärkung gesundheitsbezogener Maßnahmen ein. Therapeuten sollten durch regelmäßiges Training und Supervision in ihrer Kompetenz im Umgang mit Patientenbedürfnissen geschult werden.

Jedoch scheint dieser Stellenwert oft nur unbewusst wahrgenommen und in seiner Wichtigkeit unterschätzt zu werden, was sich nach gründlicher Recherche auch in den derzeit noch geringen einschlägigen Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten im logopädischen Bereich zeigt.

Wiles et al. (2004) folgern, dass Therapeuten befähigt werden sollten, sich auch bei Enttäuschung von Seiten des Patienten bezüglich eines Rehabilitationsergebnisses nicht zu scheuen, dies aktiv

anzusprechen und nötige positive Anpassungsprozesse zu unterstützen. Verbesserte Kommunikationsstrategien sollten eingesetzt werden, um realistische Erwartungen bezüglich der Therapie zu fördern.

Es bedarf folglich einer permanenten Fortbildung und Weiterbildung, um den Anforderungen des Berufes gewachsen zu sein. Anregungen aus anderen Fachbereichen wie der Sozialpsychologie, der Psychotherapie und anderen medizinisch-technischen Berufen sind hilfreich, um die eigene Fachkompetenz zu erweitern und die Patienten bestmöglich zu begleiten.

Erfahrungsgemäß spielt die Motivation von Patient und Therapeut in der logopädischen Praxis eine wesentliche Rolle. Sie wird als eine grundlegende Voraussetzung für das Gelingen eines therapeutischen Behandlungsprozesses gesehen.

Die genaue Erfassung der Motivation des Patienten gestaltet sich aufgrund der fehlenden allgemeingültigen Definition als schwierig (Hafen et al. 2006).

Laut Deck (2006) schätzen Experten oft das als Motivation ein, was sie selbst darunter verstehen oder für wichtig erachten. Hier kann sich fehlende Objektivität als Problem darstellen. Trotzdem überwiegt in der Rehabilitation die subjektive Beurteilung des Therapeuten als Indikator für Motivation.

Dies gilt umso mehr bei aphasischen Patienten, bei welchen eine verbale Evaluierung nur eingeschränkt oder nicht möglich ist. Obwohl schon viele Motivationsfaktoren in der Rehabilitation durch Studien gefunden wurden, scheint doch im Rahmen einer nötigen Fremdbeurteilung bei aphasischen Patienten durch den Therapeuten das Verständnis über entscheidende Motivationsfaktoren und deren Gewichtung im therapeutischen Prozess wichtig.

Um diese Faktoren zueinander in Beziehung zu bringen, beschreiben Geelen & Soons (1996) im Modell von Birren und Schaie (1985) das Atkinson Erwartungs-Mal-Wert-Modell, das diese für den Rehabilitationsprozess angepasst haben. Demnach ist eine Person hoch motiviert, wenn sie überzeugt ist, dass die Chance eines erfolgreichen Therapieergebnisses groß ist und sie diesem beachtlichen Wert zumisst, ohne dass die empfundenen „Kosten“ groß sind. Aufgrund des dynamischen Charakters der Patientenwahrnehmung können sich die einzelnen Faktoren der Gleichung gegenseitig beeinflussen. Das Modell kann als Gerüst für einen zielgerichteten individuellen Therapiezugang dienen, vorausgesetzt die Kommunikationstechniken werden an den Patienten angepasst. Denn Rehabilitationsmotivation verlangt nach Empathie und guten Kommunikationsfähigkeiten von Seiten des Therapeuten.

In der Rehabilitation ist es üblich, zwischen motivierten und nicht motivierten Patienten zu unterscheiden. Um nicht als unmotiviert bezeichnet zu werden, müssen Patienten eine Gratwanderung zwischen Eigeninitiative und Mitarbeit absolvieren. Motivation wird als wichtiger Einflussfaktor zur Erreichung von Rehabilitationszielen angesehen und Therapeuten finden auch, dass es alle Patienten verdient hätten gleich motiviert zu werden (Maclean et al. 2002).

Die Kategorisierung bezüglich Motivation wird daher als gefährliche Stigmatisierung angesehen (Resnick 1996). Fehlender Zuspruch und Unterstützung von Seiten der Therapeuten demotiviert Schlaganfallpatienten in der Rehabilitation. Es ist daher wichtig, dass sich Therapeuten um die positiven und negativen Auswirkungen auf die Patientenmotivation bewusst werden (Maclean et al. 2000, Resnick 1996). Eine einfühlsame, wertschätzende, offene und anregende Haltung der Therapeuten ist wichtig, um Patienten und Angehörige zur Mitarbeit zu motivieren (Wehmeyer & Grötzbach 2006). Daher ist es sehr wichtig, dass sich Therapeuten Zeit nehmen, um die persönlichen Ziele des Patienten herauszufinden und diese dann in den Therapieplan einbauen und umsetzen (Struhkamp 2004).

Zusammenfassend kann aus der Literaturrecherche festgestellt werden, dass in der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten bezüglich der Thematik Motivation zahlreiche Studien vorliegen, die das Motivationskonzept beim Patienten beschreiben und auch wie z.B. im Paremo-20 (Hafen et al. 2006) messbar machen können. Die eingeschränkte Beurteilbarkeit bei aphasischen Patienten wurde aber aufgrund der fehlenden sprachlichen Möglichkeiten noch unzureichend beforscht. Daher können auch keine Studien gefunden werden, die sich mit Motivation und therapeutischer Interaktion in der logopädischen Therapie aphasischer Patienten beschäftigen.

Auch Maclean et al. (2000) fordern weitere Forschung bezüglich der entscheidenden Motivationsfaktoren, denn eine derartige Forschung kann weitere Aufschlüsse über die Aufrechterhaltung der Motivation bei Rehabilitationspatienten geben.

In der vorliegenden Studie werden nun erfahrene logopädische Experten, im Sinne eines bio-psycho-sozialen Verständnisses nach ihrer Einstellung zur Motivation und wie sie diese in der Therapie einsetzen, befragt. Es soll auch ergründet werden, wie sie mit unmotivierten Patienten umgehen und welche Möglichkeiten zur Steigerung der Motivation zur Verfügung stehen. Abschließend soll auch geklärt werden, ob der Ausbildungsgrad auf diesem Gebiet ausreicht oder ob Handlungsbedarf besteht.

## 1.2 Fragestellung

Hauptfrage:

- *Welche Einstellung haben Logopäden zur Motivation und wie setzen sie diese in der Therapie von Schlaganfallpatienten ein?*

Nebenfragen:

- *Welche Einstellung haben Logopäden gegenüber nicht motivierten Patienten? Welche Strategien werden zur Optimierung des Therapieerfolges eingesetzt?*
- *Sind Logopäden bezüglich der Anwendung von Motivationsstrategien ausreichend ausgebildet oder besteht Handlungsbedarf?*

## 1.3 Arbeitshypothese

- Die Arbeit gibt einen Einblick wie Logopäden den Motivationsbegriff verstehen und wie sie im klinischen Alltag damit umgehen.
- Logopäden sind sich der Wichtigkeit der Motivation bewusst. Sie setzen Motivationsstrategien jedoch intuitiv ein.
- Der Wunsch nach einer besseren Ausbildung in Bezug auf Patientenmotivation besteht.

## 1.4 Methodik

### 1.4.1 Design

Das Design der Studie wurde qualitativ angelegt, wobei die Datenerhebung durch ein leitfadengestütztes Experteninterview erfolgte.

### 1.4.2 Teilnehmerinnen

Insgesamt stellten sich 14 Kolleginnen, die in neurologischen Rehabilitationskliniken im Angestelltenverhältnis arbeiten zur Verfügung. Sechs Kolleginnen sind auf einer Rehabilitationsstation und zusätzlich auch auf einer Akutneurorehabilitationsstation tätig. Die interviewten Logopädinnen arbeiten allesamt in Österreich in den Bundesländern Oberösterreich (3 Personen aus 3 Einrichtungen), Salzburg (1 Person) und Steiermark (10 Personen aus 3 Einrichtungen). Das Alter der interviewten Logopädinnen beträgt im Durchschnitt 35 Jahre. Die neurologische Berufserfahrung beträgt im Mittel rund 12 Jahre.

### 1.4.3 Durchführung

Für die Durchführung der Interviews wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der die forschungsleitenden Themenbereiche in Form von offenen Fragen abdeckt. Die Interviews (digitalisierte Audioversion) mit einer durchschnittlichen Dauer von rund 58 Minuten wurden anschließend transkribiert.

### 1.4.4 Analyse

Die Datenaufbereitung erfolgte nach der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2008) mittels induktiver Kategorienbildung.

## 1.5 Ergebnisse

Als Hintergründe für die Motivation der Patienten können 6 Hauptkategorien gebildet werden: Persönlichkeit, Emotion, klinische Faktoren, Umgebung, soziale Interaktion im Krankenhaus, soziales Umfeld, Beeinflussung der Motivation durch den Therapieverlauf

### Kategorien (Hintergründe für die Motivation des Patienten)

Persönlichkeit

Emotion

klinische Faktoren

Umgebung und soziale Interaktion im Krankenhaus

soziales Umfeld

Beeinflussung der Motivation durch den Therapieverlauf

Persönlichkeitseigenschaften wie Ausdauer, Mitarbeit, positive Stimmung, Selbstwert und Krankheitseinsicht zeigen eine Assoziation zu guter Motivation.

Andererseits zeigen Depression, fehlende Krankheitseinsicht, Perfektionismus, Aggression, Introvertiertheit, verminderter Selbstwert und fehlende Mitarbeit eine Assoziation zu schlechter Motivation und dementsprechend schlechterem Outcome.

Interessanterweise kann sich Ehrgeiz sowohl positiv in Form von Ausdauer und Durchhaltevermögen als auch in seiner übersteigernden Form, dem Perfektionismus negativ auswirken. Ebenso sind die Stimmung und die Krankheitseinsicht des Patienten wichtige Marker.

Bei den Emotionen wird in erster Linie die „Depression“ genannt, die jedoch im Sprachgebrauch ein sehr dehnbarer beschreibender Begriff ist, in welchem die ursächlichen Zusammenhänge nicht erläutert werden, und somit keine eindeutige Entität darstellt.

Klinische Faktoren wie kognitive Einbußen, reduzierter Allgemeinzustand, Ausmaß der neurologischen Defizite und Alter können die Therapie stark limitieren und die Prognose verschlechtern. Sie haben somit sowohl für die Patienten als auch die Therapeuten einen entscheidenden Einfluss auf die therapieassoziierte Motivation.

Räumliche Umgebung des Therapiesettings, gute Interaktion des Patienten mit dem Klinikpersonal, Gruppentherapie und Alltagstraining werden als unterstützend für die Motivation gesehen.

Der Einfluss der Angehörigen auf die Motivation kann sowohl positiv als auch negativ gesehen werden. Als fördernd erweist sich ein gewisser Ansporn, das Gefühl von Sicherheit und die Unterstützung als Co-Therapeut. Nachteilig wirkt sich jedoch eine Überforderung durch nahe stehende Personen aus, aber auch eine Überbehütung und die fehlende Zusammenarbeit mit dem Therapeuten.

Im Therapieverlauf kann die Motivation durch fehlende und unzureichende Fortschritte sinken. Auch die Therapiedauer kann sich durch das wochen- und oft monatelange kontinuierliche Rehabilitationssetting negativ auf die Patientenmotivation auswirken.

Über die Rolle des Therapeuten in der Rehabilitation wurden 5 Hauptkategorien (Einfluss des Therapeuten auf die Motivation des Patienten, Zieldefinition, Informationen, initiale Einschätzung der Prognose, geschlechtsbezogene Unterschiede in der therapeutischen Beziehung) gebildet.

### Kategorien (Rolle des Therapeuten in der Rehabilitation)

Einfluss des Therapeuten auf die Motivation des Patienten

Zieldefinition

Informationen

Initiale Einschätzung der Prognose

Geschlechtsbezogene Unterschiede in der therapeutischen Beziehung

Persönlichen Beziehungen und Ressourcenfindung durch patientenbezogene Biografiearbeit erweisen sich als wertvolles Instrument, um die Therapiemotivation zu initiieren bzw. aufrecht zu erhalten. Die Logopädinnen sind sich in der therapeutischen Beziehung durchaus auch der Mechanismen einer Übertragung/Gegenübertragung bewusst.

Das Feedback von Fortschritten in der Therapie wird als positives Instrumentarium bewertet. Es werden dabei auch kleine Fortschritte in einem oft lange währenden Therapieprozess einer Aphasietherapie rückgemeldet, um Fortschritte bewusst zu machen. Durch eine positive Sichtweise des Erreichten und einen optimistischen Ausblick auf Zukünftiges soll die Motivation des Patienten für weiteres ausdauerndes Üben aufrechterhalten werden.

Interessanterweise wurde von vielen Logopädinnen auch die Wichtigkeit von Humor und Spaß in der Therapie erwähnt. Die Heterogenität des Humors wird dementsprechend unterschiedlich eingesetzt. Zum einen werden Motivationsprobleme z.B. durch plakativ-ironische Darstellung besprechbar. Zum anderen trägt Humor zu einer entspannten lockeren Stimmung zwischen Therapeutin und Patient bei und fördert die zwischenmenschliche Beziehung. Humor scheint so die Motivation sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten positiv zu beeinflussen.

Auch das Therapiematerial dient zur abwechslungsreichen unterhaltsamen Gestaltung der Therapie und wird bei Bedarf dem Schweregrad angepasst.

Weiters hat die Zieldefinition in der Therapie einen festen Platz, wobei sowohl am Beginn als auch im Laufe der Therapie Ziele gesteckt werden. Zur Steigerung bzw. Aufrechterhaltung der Motivation werden in erster Linie Nahziele definiert, die in enger Abstimmung mit den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten vorgenommen werden.

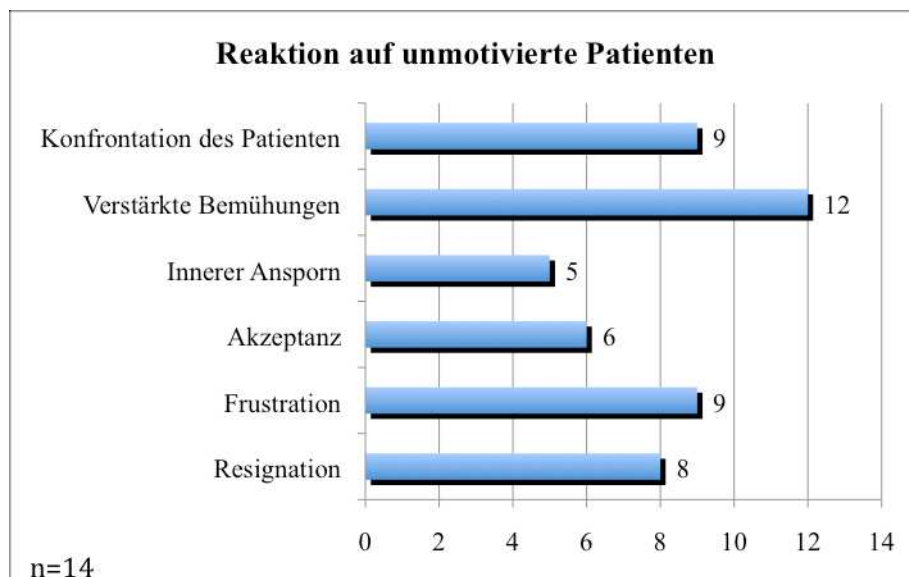
Informationen werden von den meisten Therapeuten bei Bedarf, von einigen Therapeuten aktiv, von anderen zurückhaltend, gegeben.

Informiert wird sowohl über die Erkrankung als auch über die bevorstehenden therapeutischen Schritte. Auf Informationen bezüglich der Prognose lassen sich hingegen nur wenige Therapeuten ein. Die Einschätzung einer initialen Prognose gestaltet sich, aus der Sicht der Expertinnen als schwierig, jedoch werden zur Orientierung insbesondere die individuelle Erfahrung, der Therapieverlauf und medizinische Parameter herangezogen.

Von den interviewten Expertinnen (Logopädie ist ein von Frauen dominierter Beruf), findet die Hälfte, dass die Motivation weiblicher Patienten durchschnittlich besser und auch durch die Therapeutin leichter zu beeinflussen ist. Jedoch meinen 2 Therapeutinnen auch, dass die Interaktion mit Männern hinsichtlich der Motivation besser ist. Die übrigen Expertinnen geben keine eindeutigen Geschlechtsunterschiede an.

Tendenziell lässt sich aus den vorliegenden Daten ein geschlechtsabhängiger Faktor in der therapeutischen Beziehung erkennen, dessen Kausalität jedoch nicht weiter erklärbar ist.

Es wurde weiters versucht, die Reaktionsweisen der Therapeuten auf unmotivierte Patienten näher zu beleuchten.



Bei unmotivierten Patienten wird initial versucht, durch direktes Ansprechen des problematischen Verhaltens und/oder verstärkte Bemühungen, genährt zum Beispiel durch inneren Ansporn im Sinne einer persönlichen Herausforderung, die Patienten zur Mitarbeit zu bewegen. Bei fehlendem Erfolg kann es zu einer von drei verschiedenen Reaktionsarten kommen: Akzeptanz ohne Frustration, Frustration oder Resignation. Letzteres bedeutet einen Therapeutenwechsel, eine Therapiepause oder ein Therapieende.

Vier Logopädinnen berichten über Erfahrungen auf dem Gebiet Motivation, wobei die Kenntnisse auf unterschiedlichste Art erworben wurden und die positive Implikation auf die Therapiearbeit hervorgehoben wurde. Bei Fortbildungsveranstaltungen sind die Therapeutinnen an theoretischen Inhalten zum Thema Motivation interessiert, aber auch an einem Benefit für die eigene Motivation und an einem Erfahrungsaustausch mit anderen Kolleginnen. Alle interviewten Logopädinnen bekunden bezüglich einer Fortbildung im Bereich Motivation Interesse, wobei sowohl eine bessere primäre berufliche Ausbildung, als auch Weiter- und Fortbildungen begrüßt werden.

## 1.6 Diskussion

### 1.6.1 Schlussfolgerungen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die verschiedensten Einstellungen von Logopäden bezüglich der Motivation von aphasischen Patienten in neurologischen Schwerpunktkliniken zu erörtern. Um die Auswertung idiosynkratischer Sichtweisen zu vermeiden, wurden die Interviews an 7 Kliniken in 3 österreichischen Bundesländern geführt.

Wie aus der Fülle und der Tiefgründigkeit der in den Interviews gefundenen Aussagen hervorgeht, sind sich die interviewten Logopädinnen der Wichtigkeit der Motivation, der Einflussfaktoren und einiger motivationaler Techniken durchwegs bewusst, obwohl ein primäres Ausbildungsdefizit angegeben wird, welches sich erst durch Learning-by-doing im Patientenkontakt zum derzeitigen individuellen Handlungsstandard etablierte.

Während bei der Studie von Maclean et al. (2002) verschiedenste Berufsgruppen mit auch geringer Berufserfahrung eingeschlossen wurden, ist die Besonderheit dieser Studie, dass es sich um eine homogene Therapeutengruppe mit mehrjähriger, einschlägiger Berufserfahrung handelt.

Die, in der vorliegenden Studie gefundenen Einflussfaktoren auf die Motivation decken sich weitgehend mit den Einflussfaktoren aus der Studie von Maclean et al. (2002). Keine Hinweise finden

sich zu kulturellen Faktoren, die im multikulturellen Umfeld einer Weltstadt wie London wichtiger zu sein scheinen.

Überraschend zeigte sich bei allen Therapeutinnen die Wichtigkeit des Humors als mögliche Copingstrategie in der Therapie. Gemäß der Heterogenität des Humors wird dieser eingesetzt, um Motivationsprobleme besprechbar zu machen oder eine entspannte lockere Stimmung zwischen Therapeutin und Patienten zu schaffen und die zwischenmenschliche Beziehung zu fördern.

Um den Patienten für die Therapie zu gewinnen, ist das persönliche Interesse für den Patienten, Beziehungsaufbau (vgl. Dibbelt et al. 2009), Eingehen auf private Interessen wichtig (vgl. Maclean 2002), auch im Sinne von Empathie (vgl. Proot et al. 2000, Wehmeyer & Grötzbach 2006).

Im Gegensatz zur von Maclean et al. (2000) und Resnick (1996) insbesondere bei geriatrischen Patienten vermuteten Stigmatisierung aufgrund des Motivationsgrades, geben die interviewten Logopädinnen große Therapiebemühungen und Engagement an, um unmotivierte Patienten zur Therapie zu bewegen und distanzieren sich von einem therapeutischen Nihilismus.

Obwohl Studien (Clark and Smith 1999, Maclean et al. 2000, Bendz 2003, Jones et al. 2008, Struhkamp 2004) auf die Wichtigkeit von möglichst guter Informationsgabe hinweisen, geben die interviewten Logopädinnen Informationen zurückhaltend. Es scheint aber in diesem Falle das abwägende portionsweise und individuelle Geben von Informationen aufgrund der schweren biopsychosozialen Beeinträchtigung durch den Schlaganfall sinnvoll zu sein.

Um die Motivation, trotz kleiner Fortschritte aufrecht zu erhalten, wird die Rückmeldung von Fortschritten als wirkungsvoll erlebt, was natürlich eine Einsicht des Patienten und ein beidseitiges Erkennen der Fortschritte und eine maßgeschneiderte gemeinsame Zieldefinition (Proot et al. 2000) voraussetzt. Die in der neurologischen Rehabilitation vorliegende klinische Heterogenität der Störungsbilder und die oft sehr unterschiedliche Ausgangslage, die von leichten Sprach- und Sprechstörungen bis hin zu globaler Aphasie reicht (vgl. Büttner & Quindel 2005), müssen in diesem Zusammenhang bedacht werden.

Das von Birren und Schaie modifizierte Atkinson Erwartungs-Mal-Wert-Modell wurde für Patienten in der Rehabilitation entwickelt (Geelen & Soons 1996). In der Reaktion auf unmotivierte Patienten kann dieses Modell auch zur Erklärung des Verhaltens im Sinne einer patientenbezogenen, therapieassoziierten Motivation der Therapeuten verwendet werden.

Internet-Recherchen zu Fortbildungen im Bereich kommunikativer und motivationaler Fertigkeiten für Logopädinnen ergaben in Österreich keine Treffer, in Deutschland und der Schweiz wenige. Dementsprechend eignete sich ein Viertel der Interviewten entsprechendes Wissen aus interdisziplinären Kursen an, der Rest erwarb die bestehenden Kenntnisse autodidaktisch.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vorliegende Arbeit einen umfassenden Einblick vermittelt, wie Logopädinnen den Motivationsbegriff verstehen und wie sie im klinischen Alltag damit umgehen. Die Hypothese, dass Logopädinnen sich der Wichtigkeit der Motivation bewusst sind, aber Motivationsstrategien intuitiv einsetzen, wird bestätigt. Der Wunsch nach zusätzlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Bezug auf Motivation und Kommunikation besteht. Vordergründig wird die Vermittlung theoretischer Inhalte gewünscht, aber man ist auch an einem Benefit für die eigene Motivation und an einem Erfahrungsaustausch mit anderen Kolleginnen interessiert.

### **1.6.2 Ausblick**

Die Schwierigkeit in der Beurteilung der Motivation bei aphasischen Patienten besteht im insuffizienten sprachlichen Zugang, sodass lediglich eine fremdanamnestiche Beurteilung (vgl. Deck 2006) dafür in Frage kommt. Analog zum schon validierten Patientenfragebogen PAREMO-20 (Hafen et al. 2006), der in der Rehabilitation genauere Aussagen über den motivationalen Zustand des Patienten erlaubt, könnte aus dem Fundus dieser Arbeit und der Entwicklungsarbeit des PAREMO-20 ein Therapeutenfragebogen konzipiert werden, um anhand von schlussendlich validierten Parametern

bessere Aussagen über Therapieverlauf und Prognose zu treffen bzw. dokumentieren zu können. Die dadurch entstandene Vergleichbarkeit zwischen Patienten bzw. therapeutischen Techniken könnte den wissenschaftlichen Diskurs auf logopädischem Gebiet unterstützen.

Die erhobenen Daten können als Grundlage zur Gewichtung der Einstellung der Therapeuten zur Motivation in quantitativen Studien dienen (vgl. Pring 2004).

Die bio-psycho-soziale Sichtweise der logopädischen Therapie sollte insbesondere in der Rehabilitation in zukünftige Studien miteinfließen, um auch den schon bestehenden großen Stellenwert zu bestätigen, denn ein multimodaler Therapieansatz bietet eine positive, gegenseitige Verstärkung im Hinblick auf den Therapieerfolg.

Die vorliegenden Daten können auch eine Ressource sein, um eventuell schon präexistente Fortbildungsveranstaltungen rund um das Thema Kommunikation für Berufstätige in der Rehabilitation an praxisrelevante Problemstellungen anzupassen.

### **1.6.3 Eigenkritisches**

Die Studie kann keine Aussage darüber treffen, inwiefern sich die erhobenen Aussagen zur Einstellung der Therapeuten mit dem hieraus möglicherweise resultierenden Verhalten in der alltäglichen Arbeit decken. Denn wie aus der Theorie bekannt, sind zur Beurteilung des Zusammenhanges zwischen Einstellung und Verhalten die Kenntnisse verschiedenster Variablen Voraussetzung (vgl. Warth und Mayer 2008).

Der abstrakte Begriff Motivation, dessen einheitliche Definition sich auch in der Literatur als äußerst schwierig gestaltet, zeigt sich auch in den Interviews mehrdimensional und müsste zur weiteren Klärung in seinen Teilaspekten näher untersucht werden (vgl. Hafen et al. 2006).

Der Gender-Aspekt in der Therapie wurde zwar von vornherein bedacht, aber aufgrund der Komplexität der Thematik in den Interviews nur am Rande angeschnitten. Das gewonnene Material von undifferenzierten wenig spezifischen Äußerungen lässt daher nur vage Vermutungen zu, deren Einfluss auf die Therapie aber durch weitere Studien untersucht werden sollte. Der in den Ergebnissen nur erwähnte Gendereinfluss hätte noch vertiefter exploriert werden können, um weitere Rückschlüsse darüber zuzulassen.

## **1.7 Quellenverzeichnis**

Basler H: Das Verhältnis der Compliance-Forschung zum Patienten. In: Schneider (Hrsg): Indikatoren zur Psychotherapie. Anwendungsberichte und Forschungsprobleme. Beltz, Basel 1990, 167-182

Bendz M.: The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives. Scand Car Science 2003; 17: 215-222

Büttner C, Quindel R: Gesprächsführung und Beratung. Springer, Heidelberg 2005

Clark M, Smith D: Factors contributing to patient satisfaction with rehabilitation following stroke. Int Rehabil Res. 1999a; 21: 143-154

Deck R: Erwartungen und Motivationen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. In: Nübling, Muthny, Bengel (Hrsg): Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Huber, Bern 2006, 76-95

Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B: Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Pat Educat Couns* 2009; 76: 328–335

Geelen R, Soons P: Rehabilitation: an ,everyday' motivation model. *Pat Educat Couns* 1996; 28: 69-77

Hafen K, Bengel J, Nübling R: Der Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation PAREMO. In: Nübling, Muthny, Bengel (Hrsg). *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*, Huber Bern 2006, 141-160

Jones F, Mandy A, Partridge C: Reasons for recovery after stroke: a perspective based on personal experience. *Disab Rehabil* 2008; 30: 507-516

Maclean, N, Pound, P: A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Soc Science Med* 2000; 50: 495-506

Maclean N, Pound P: The concept of patient motivation: a qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke* 2002; 33: 444-448

Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10.Aufl. Beltz, Weinheim 2008

Meichenbaum D, Turk D: *Therapiemotivation des Patienten: Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie*, Huber 1994

Pring T: Ask a silly question: two decades of troublesome trials. *Int J Lang Commun Disord*. 2004; 39(3): 285-302

Proot I, Crebolder H, Abu-Saad H, Macor T, Tel Meulen R: Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Pat Edu Couns* 2000; 41: 275-283

Resnick B: Motivation in geriatric rehabilitation. *J Nurs Scholars* 1996; 28: 41-45

Struhkamp R: Goals in their Setting a normative analysis of goal setting in physical rehabilitation. *Health Care Analysis* 2004; 12: 131-155

Wehmayer M, Grötzbach H: *Aphasie*. Springer, Berlin 2006

Wiles R, Ashburn A, Payne S, Murphy C: Discharge from physiotherapy following stroke: the management of disappointment. *Soc Sci Med* 2004; 59(6): 1263-1273

## 2 EINLEITUNG

### 2.1 Zielstellung

*„Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“*

Wittgenstein (1889 – 1951), österreichisch-britischer Philosoph

Die logopädische Therapie aphasischer Patienten nach Schlaganfall befasst sich mit sämtlichen Störungen der Sprache. Hierbei ist nicht nur das Sprechen per se im Sinne der Phonologie, sondern auch das Verständnis von Morphologie und Syntax betroffen. Aber die Grenzen der Sprache lassen auch die Grenzen der Welt erkennen, die Personen behindern, andere richtig zu verstehen. Denn Sprache im weiteren Sinne bedeutet Kommunikation auf verbale und nonverbale Art und ist ein zutiefst menschliches Bedürfnis, eigene Bedürfnisse und Denkinhalte zu vermitteln.

Aus der eigenen Wahrnehmung wird dabei einer positiven Interaktion zwischen Patient und Therapeut mit resultierender Motivationssteigerung ein wichtiger Stellenwert zugeschrieben. Oft scheint diese positive therapeutische Beziehung ausschlaggebend für die Aufrechterhaltung guter Fortschritte in der bis zu einem Jahr dauernden Rehabilitation, oft auch unabhängig von den gewählten spezifischen logopädischen Therapieformen. Jedoch scheint dieser Stellenwert oft nur unbewusst wahrgenommen und in seiner Wichtigkeit unterschätzt zu werden, was sich auch in den derzeit noch geringen Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten zeigt.

Aufgrund der derzeitigen Forschungslage gibt es noch Unklarheiten bezüglich objektiv bestätigter Wirksamkeiten der verschiedenen logopädischen Therapieverfahren.

Poeck et al. (1989) wiesen zwar nach, dass mithilfe durch eine stationäre, mehrwöchige logopädische Therapie bei 80 Prozent der aphasischen Patienten Verbesserungen erzielt wurden, die über spontane Rückbildungsprozesse hinausgingen.

Jedoch kamen Greener et al. (2000) in einer systematischen Übersichtsarbeit, in der die Ergebnisse von 12 randomisierten, kontrollierten Studien analysiert wurden, zur Schlussfolgerung, dass die Wirksamkeit logopädischer Therapien bei Patienten nach einem Schlaganfall mit darauf folgender Aphasie nicht klar zu belegen ist. Weitere Forschung sei daher in diesem Bereich indiziert.

Pring (2004) kritisiert die oben genannte Metaanalyse, weil es sich bei Aphasiepatienten um ein sehr heterogenes Patientenkollektiv handelt. Außerdem konstatiert er, dass die inkludierten Studien methodische Mängel aufwiesen und in der systematischen Übersichtsarbeit verschiedene Therapiemethoden evaluiert oder verglichen wurden. Daher sei diese auch nicht aussagekräftig. Die Forschung im Bereich der Logopädie solle sich zuerst auf die Grundlagen konzentrieren. Erst danach sollten große Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen folgen.

Bisher wenig untersucht wurde, inwiefern die Beziehung zwischen Therapeut und Patient für die logopädische Therapie eine Rolle spielt. Denn Sprache ist nicht nur wie oben erwähnt ein Akt von Sprechen und Verstehen, sondern eine tiefgründige kommunikative Interaktion zwischen Menschen. Basler (1990) gibt den Hinweis, dass es kaum Untersuchungen gibt, in denen Verhaltensweisen oder Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten als Interaktionspartner des Patienten erhoben werden.

In der medizinisch-psychologischen Versorgung im Rahmen rehabilitativer Leistungen spielen motivationale Faktoren sowohl aus therapeutischer als auch aus ökonomischer Sicht eine entscheidende Rolle. Die Berücksichtigung und Förderung motivationaler Faktoren kann entsprechend als eine Forderung beschrieben werden, die, von allen am rehabilitativen Prozess Beteiligten, gestellt wird (Maclean et al. 2000). Es wird angenommen, dass die Aufrechterhaltung der Motivation bei Rehabilitationspatienten „die wichtigste“, aber auch die schwierigste Aufgabe für die therapeutische Arbeit ist (Maclean et al. 2000).

Im Gegensatz hierzu präsentiert sich in der Versorgungspraxis jedoch ein anderes Bild, denn motivationale Aspekte werden in den Diagnostik- und in den Indikationsprozess kaum einbezogen.

Demzufolge sind Maßnahmen zur Motivationsförderung in der Rehabilitation nur im geringen Umfang etabliert (Hafen et al. 2006).

Meichenbaum und Turk (1994) unterstreichen, dass mangelnde Behandlungsmotivation gerade in der Rehabilitation ein Problem darstellt. Da die Problematik mangelnder Behandlungsmotivation in der Rehabilitation zur Praxis hinlänglich bekannt ist und auch der Nutzen motivationsfördernder Interventionen kaum angezweifelt werden kann, stellt sich die Frage, warum die Konsequenzen, die hieraus für die Therapie gezogen werden, in der Regel nur gering sind. Ein Grund hierfür ist, dass die Voraussetzungen für die Durchführung einer umfassenden routinisierten, standardisierten und indikationsübergreifenden Motivationsdiagnostik in der medizinischen Rehabilitation bisher nur unzureichend gegeben ist. Es fehlt an objektiven Instrumenten, die einerseits spezifisch genug sind, um anhand der Messergebnisse gezielte Interventionen ableiten zu können und die andererseits global genug sind, um dem komplexen Konstrukt Motivation gerecht zu werden (Hafen et al. 2006).

In einer qualitativen Untersuchung von Maclean et al. (2002) wurde ein multidisziplinäres Team einer Stroke Unit zu ihrer Einstellung bezüglich Motivation befragt. Motivation zeigt sich demnach durch Compliance und im Patientenverhalten, indem Fragen gestellt werden, um mehr Therapie ersucht wird, therapeutische Aktivitäten initiiert werden und Übungen auch selbstständig durchgeführt werden. Durch die Experten werden als Gründe für Motivation die Persönlichkeit des Patienten, klinische Faktoren (Alter, Schweregrad, kognitive Funktionen, Depression), familiäre Unterstützung (positive aber auch negative durch Überbehütung), die Umgebung im Rehabilitationszentrum (ansprechende Umgebung, Gruppentherapie) beschrieben. Aber auch das Verhalten des Therapeuten wurde als weiterer Einflussfaktor identifiziert. Eine für den Patienten relevante Zielsetzung und genaue Information über die Rehabilitation sowie eine Adaptierung an die kulturellen Normen des Patienten werden positiv gesehen. Dabei kann sich dieses auch negativ auswirken, falls Patienten vorzeitig als unmotiviert beurteilt werden oder niedrige Erwartungen von Therapeutenseite bestehen.

Maclean et al. (2000) fordern weitere Forschung bezüglich der entscheidenden Motivationsfaktoren, denn eine derartige Forschung kann weitere Aufschlüsse über die Aufrechterhaltung der Motivation bei Rehabilitationspatienten geben.

Aus eigener Sicht wäre es wünschenswert, eine verstärkt bio-psycho-soziale Sichtweise der logopädischen Therapie in zukünftige Studien mit einfließen zu lassen.

## **2.2 Schlaganfall**

### **2.2.1 Definition**

Der Schlaganfall wird von der WHO als ein sich rasch entwickelndes Zeichen einer fokalen oder globalen Störung der zerebralen Funktion definiert, woran sich Symptome anschließen, die 24 Stunden oder länger dauern oder gar zum Tode führen. Bei einem Schlaganfall kommt es zu einer plötzlichen Durchblutungsstörung des Gehirns. Die Nervenzellen werden nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt.

Bedingt durch die Anzahl möglicher betroffener Hirnareale gibt es eine Vielzahl klinischer Erscheinungsformen. Der zeitliche Verlauf ist sehr variabel. Die Symptome können nur Minuten oder Stunden dauern (Transitorische ischämische Attacke, TIA) oder dauerhaft anhalten (vollendeter Schlaganfall).

Der Schlaganfall ist ein akut einsetzendes fokal-neurologisches Defizit bei zerebraler Durchblutungsstörung (ischämischer Schlaganfall) oder intrazerebraler Blutung (hämorrhagischer Schlaganfall).

Die Ursachen des Schlaganfalls sind zu 80-85 Prozent eine akute Mangeldurchblutung (ischämischer Insult) und zu ca. 15-20 Prozent intrazerebrale Blutungen (hämorrhagischer Insult). Der Schlaganfall ist nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen die dritthäufigste Todesursache

in Deutschland und in anderen Industrieländern und er ist die häufigste Ursache einer dauerhaften Behinderung (Pschyrembel® Online Premium Schlaganfall, letzter Zugriff am 12.5.2010).

### **2.2.2 Inzidenz und demografische Entwicklung**

Die Inzidenz flüchtiger Durchblutungsstörungen beträgt in Deutschland 50/100000 Einwohner pro Jahr, jene von ischämischen Schlaganfällen liegt bei 160 - 240/100000 Einwohner. Die Inzidenz nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Etwa die Hälfte der Schlaganfallpatienten ist 74 Jahre alt. Männer sind in fast allen Altersstufen etwa 30 Prozent häufiger betroffen. Nur in der Altersgruppe über 85 Jahre erkranken und sterben mehr Frauen an einem Schlaganfall und seinen Folgen. Schon heute ist der Schlaganfall die häufigste Ursache dauerhafter Behinderung und in Industrieländern die teuerste Krankheit überhaupt (Diener & Putzki 2008, AWMF online Leitlinie - Schlaganfall 2008).

Eine Arbeitsgruppe aus Deutschland (Foerch et al. 2008) konnte in einer Hochrechnung zeigen, dass bedingt durch die demografische Entwicklung bis zum Jahr 2050 die Zahl an jährlichen Schlaganfallpatienten um das rund 1,7-fache ansteigen wird. Besonders alte Menschen (älter als 74 Jahre) werden weit überwiegen.

## **2.3 Aphasie als Begleiterscheinung des Schlaganfalls**

### **2.3.1 Definition**

Eine Aphasie ist eine zentrale Sprachstörung nach (weitgehend) abgeschlossener Sprachentwicklung. Ursache dafür ist die Schädigung der Sprachregion (meist der linken Hemisphäre), z. B. bei Schlaganfall, intrazerebralem Hämatom, Schädelhirntrauma, Hirntumoren, Hirnatrophie, Enzephalopathie.

Eine Aphasie kann in unterschiedlicher Ausprägung auftreten und verschiedene Komponenten des Sprachsystems (Phonologie, Syntax, Lexikon, Semantik) betreffen, meist sind Sprachverstehen und Sprachproduktion beeinträchtigt. Sprachabhängige Leistungen wie Lesen, Schreiben und Rechnen können beeinträchtigt sein (Dyslexie, Dysgraphie, Akalkulie). Eventuell können Aphasien auch kombiniert mit Apraxie, Agnosie oder einer Dysarthrie sein. Der ursprünglich verwendete Begriff Dysphasie ist klinisch nicht mehr gebräuchlich (Pschyrembel® Online Premium Aphasie, letzter Zugriff am 12.5.2010).

Betroffen sind bei einer Aphasie die vier sprachlichen Modalitäten Sprachproduktion, Sprachverständnis, Lesen und Schreiben in unterschiedlichem Ausmaß und in variierender Zusammensetzung (Grötzbach et al. 2006).

### **2.3.2 Hintergrund**

Die Aphasie ist eine häufige Begleiterscheinung eines Schlaganfalls. In den ersten Tagen nach einem Schlaganfall sind 30-40 Prozent aller Patienten aphasisch, mehr als die Hälfte dieser Patienten haben eine schwere Aphasie. Unter den initial aphasischen Patienten haben 44 Prozent der nach sechs Monaten Überlebenden keine Aphasie mehr (Pedersen et al. 1995). Bei etwa einem Drittel der Patienten mit anfänglicher Aphasie normalisieren sich die Sprachfunktionen in den ersten vier Wochen weitgehend (Willmes & Poeck 1984). Spätestens nach 12 Monaten erfolgt eine weitere Besserung nicht mehr spontan (Dijkerman et al. 1996).

Zu den Prädiktoren für eine Besserung der aphasischen Symptomatik zählen der anfängliche Schweregrad der Aphasie sowie die Größe und die Lokalisation der Hirnläsion.

Heiss et al. (1993) stellten fest, dass ischämisch bedingte Läsionen im Versorgungsgebiet der linken mittleren Hirnarterie, die ein Volumen von 100 cm<sup>3</sup> überschreiten, als sicherer Indikator für das Bestehen einer schweren Aphasie und als negativer prognostischer Faktor gelten.

Aphasieformen können unterschiedlich eingeteilt werden, wobei im deutschsprachigen Raum die Einteilung der Aachener Schule um Walter Huber und Klaus Poeck verwendet wird. Dabei werden vier Hauptarten und mehrere Sonderformen unterschieden.

#### Aphasieformen nach Huber und Poeck

Typ	Spontansprache	Nachsprechen	Sprachverständnis	Wortfindung
Broca-Aphasie	gestört	gestört	eingeschränkt für syntaktisch, komplexes Material	eingeschränkt
Wernicke-Aphasie	flüssig (Logorrhoe)	gestört	eingeschränkt	eingeschränkt
Amnestische Aphasie	flüssig, Paraphasie	leicht beeinträchtigt	leicht beeinträchtigt	gestört, paraphasisch
Globale Aphasie	gestört	gestört	gestört	gestört

Tabelle 1: Aphasieformen nach Huber und Poeck

Aphasien treten meist nicht isoliert auf, sondern sind Symptom einer komplexen neurologischen Problematik, wobei es in der Rehabilitation nötig ist, ein interdisziplinäres Team zur Therapie hinzuziehen. Die folgende Tabelle soll dies verdeutlichen. Eine Störung ist somit nie isoliert zu sehen, sondern hat auch auf andere Therapiebemühungen unmittelbare Auswirkungen, z.B. beeinflusst eine Handparese in der logopädischen Therapie die Therapie des Schreibens oder bedingt eine verkürzte Aufmerksamkeitsspanne eine Anpassung der Therapiedauer im Sinne einer Reduzierung.

#### Begleitstörungen zu einer Aphasie, Büttner & Quindel (2005)

	Störung	Zuständige Berufsgruppe
Medizinisch-pflegerische Probleme	Zentrale Schmerzen / veränderte Temperatur- und Tastempfindungen	Neurologie / Ergotherapie Physiotherapie
	Epilepsie	Neurologie
	Dekubitus/Inkontinenz	Krankenpflege
Sensomotorische Probleme	Hemiplegie (komplette Halbseitenlähmung)	Physiotherapie / Ergotherapie / Sportherapie
	Hemiparese (inkomplette Halbseitenlähmung)	
	Gestörte Tiefensensibilität	
	Fazialisparese (Gesichtslähmung)	Physiotherapie / Ergotherapie
	Dysphagie (Schluckstörung)	Logopädie
	Dysarthrie/Sprechapraxie (Sprechstörungen)	
Neuropsychologische Probleme	Hemianopsie (Halbseitenblindheit)	Orthoptik
	Doppelbilder	
	Neglect (Halbseitenvernachlässigung)	Neuropsychologie
	Anosognosie (fehlende Krankheitseinsicht)	
	Apraxie (gestörte Handlungsfolgen)	Ergotherapie/

	Agnosie (gestörte Objekterkennung)	Neuropsychologie
	Amnesie (Gedächtnisstörung)	Neuropsychologie
	Vigilanzminderung (reduzierte Wachheit)	Neuropsychologie
	Aufmerksamkeitsdefizite	Gesamtes therapeutisches Team
	Störungen der Affekt- und Impulskontrolle	
	Störungen der Exekutivfunktionen (Störungen im vorausschauenden Denken und Handeln)	Neurologie/ Neuropsychologie Neuropsychologie
Psychopathologische Probleme	Depressionen („post stroke depression“)	Neurologie/Neuropsychologie
	Schlafstörungen	
	Angststörungen	

Tabelle 2: Begleitstörungen zu einer Aphasie, Büttner & Quindel (2005)

## 2.4 Logopädie im Rahmen der Rehabilitation als Teil des therapeutischen Teams

Nach der Akutphase des Schlaganfalls, in der das Ausmaß der Gehirnschädigung möglichst gering gehalten werden soll und die vitale Bedrohung sowie sekundäre Erkrankungen abgewendet werden sollen, folgt die Phase der Rehabilitation. Hierbei sollen die verloren gegangenen körperlichen und geistigen Fertigkeiten wieder erlernt werden. Ziel ist das Wiedererreichen von möglichst großer Selbständigkeit im täglichen Leben und bei Berufstätigen von Erwerbsfähigkeit.

Ein entscheidender Aspekt effektiver Schlaganfall-Rehabilitation ist die besondere Betonung der Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen, denn die Therapie in der Rehabilitation sollte von einem interdisziplinären Rehabilitationsteam (Arzt, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, Neuropsychologe, Diätologe, Masseur, Sozialarbeiter, Krankenpflege) durchgeführt werden (Nellessen & Froböse 2003, Yagura 2005).

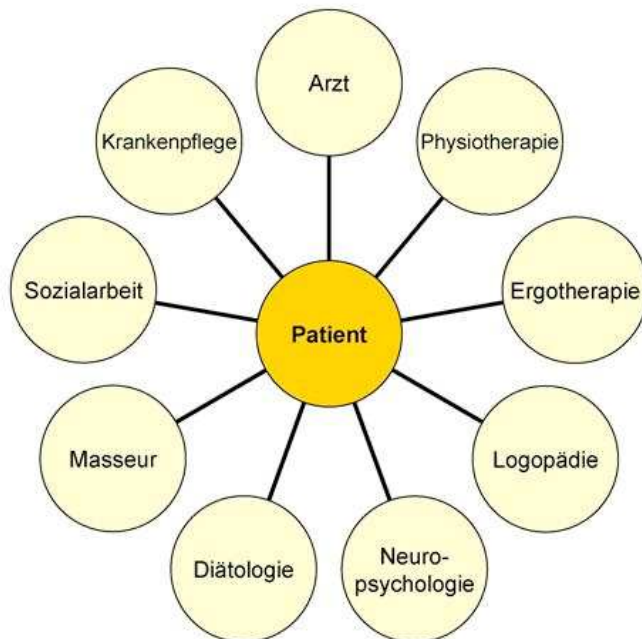


Abbildung 1: Multidisziplinarität in der Schlaganfalltherapie

Logopäden arbeiten in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Beratung, Therapie und Rehabilitation von Sprach-, Sprech-, Schluck-, Stimm- und Hörstörungen sowie in Forschung und Ausbildung. Die dreijährige, praxisorientierte Ausbildung erfolgt seit 2007 an Fachhochschulen und schließt mit einem Bachelor of Arts ab. Logopäden sind Mitglieder der Berufsgruppe gehobener medizinisch-technischer Dienste und arbeiten angestellt oder in freier Praxis.

Das logopädische Berufsbild ist stark weiblich dominiert. Beispielsweise absolvierten in den Jahren 1986 – 2006 in Graz insgesamt 114 Therapeuten die Ausbildung, davon waren 2 Männer (=1,75 Prozent), (<http://www.gsund.net/cms/beitrag/10114447/2875326/>, letzter Zugriff 11.05.2010).

## **2.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Dibbelt et al. (2009) unterstreichen die Wichtigkeit einer qualitativen Patient-Therapeut-Interaktion für den Erfolg der Rehabilitation und folglich die Wichtigkeit von spezifischen Kenntnissen. Diese schließen Informationserwerb und –vermittlung, Erkennen der Bedürfnisse und Ziele des Patienten, aber auch die Verstärkung gesundheitsbezogener Maßnahmen ein. Therapeuten sollten durch regelmäßiges Training und Supervision in ihrer Kompetenz im Umgang mit Patientenbedürfnissen geschult werden.

Wiles et al. (2004) folgern, dass Therapeuten befähigt werden sollten, auch bei Enttäuschung von Seiten des Patienten bezüglich eines Rehabilitationsergebnisses, sich nicht zu scheuen, dies aktiv anzusprechen und nötige positive Anpassungsprozesse zu unterstützen.

Es bedarf einer permanenten Fortbildung und Weiterbildung um den Anforderungen des Berufes gewachsen zu sein. Anregungen aus anderen Fachbereichen wie der Sozialpsychologie, der Psychotherapie und anderen medizinisch-technischen Berufen sind hilfreich um die eigene Fachkompetenz zu erweitern und die Patienten bestmöglich zu begleiten.

Die Recherche nach speziellen Fortbildungsangeboten für Logopäden in Österreich im Bereich Kommunikation ergibt auf der Seite der Berufsverbände für Logopädie ([www.logopaediaustria.at](http://www.logopaediaustria.at), [www.logopaedie-ooe.at](http://www.logopaedie-ooe.at), letzter Zugriff 24.3.2010) keine Treffer.

In Deutschland bietet der deutsche Bundesverband für Logopädie ([www.dbl-ev.de](http://www.dbl-ev.de), letzter Zugriff 24.3.2010) sechs verschiedene Seminare zum Thema: Leiten, Rhetorik und Gesprächsführung an.

Auf der Seite des Schweizer Berufsverbandes ([www.logopaedie.ch](http://www.logopaedie.ch), letzter Zugriff 24.3.2010) finden sich unter Services und Veranstaltungen in der Praxis für Logopädie und lösungsorientierte Therapie von José Amrein (<http://www.praxis-amrein.ch>, letzter Zugriff 24.3.2010) Fortbildungen im Bereich „Humor und Provokation in der Therapie“ und „lösungsorientierte Gesprächsführung“.

In der Ausbildung zur Logopädin/zum Logopäden werden an der Fachhochschule seit 2007 (<http://www.fh-joanneum.at>, letzter Zugriff 24.3.2010) im Curriculum im 1., 3. und im 5. Semester „Kommunikationstraining und Gesprächsführung“ im Ausmaß von je einer Semesterwochenstunde angeboten. An den Akademien, wo die Ausbildung davor stattfand, gab es keine Lehrveranstaltung im Bereich Kommunikation und Motivation.

## **2.6 Logopädie und Aphasie**

### **2.6.1 Diagnostik von aphasischen Patienten**

Die Zielsetzung der logopädischen Rehabilitation orientiert sich an einer eingehenden Anamnese und an kommunikationsorientierten Untersuchungsverfahren.

In der Diagnostik wird zwischen drei Diagnostikmöglichkeiten unterschieden.

In der sprachsystematischen Diagnostik wird der Patient anhand von formalisierten Tests und Screeningverfahren mit Aufgabenstellungen konfrontiert, die Sprachleistungen wie Benennen,

Nachsprechen, usw. fordern. Im deutschsprachigen Raum finden dazu u. a. der Aachener Aphasie Test und die Aphasie- Check-Liste Anwendung (Bartels 2006).

Zu modellorientierter Diagnostik gehören modellorientierte Verfahren wie der LeMo und die Untersuchungsverfahren von Blanken. Diese Tests versuchen aufgrund qualitativer Charakteristika der Symptomatik, deren funktionelle Ursache zu finden (Bartels 2006).

Funktionale Diagnostik untersucht die Integrationsstörung und die Funktionsbeeinträchtigungen bezogen auf den Alltag des Patienten. Diese Untersuchungsform wird in den USA standardmäßig als Eingangsdiagnostik und zur Evaluation eingesetzt. Im deutschsprachigen Raum befindet sich diese Diagnostik noch in einem Entwicklungsstadium (de Langen 2003).

Zunehmend wird jedoch das ICF-Modell (International Classification of Functioning, Disability and Health) eingesetzt, das aus vier Komponenten besteht, nämlich Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivität und Partizipation.

Die Erkrankung wird aus bio-psycho-sozialer Sicht wahrgenommen. Eine Teilhabe-Störung wird nicht mehr länger nur als lineare Folge von Funktionsstörungen und der von ihnen bedingten Aktivitätsstörungen aufgefasst, sondern auch als Folge von hemmenden oder fördernden Umweltbedingungen und Persönlichkeitsfaktoren wie Bewältigungsstrategien und Depressivität (Wehmeyer & Grötzbach 2006).

Die ICF ist somit für die Rehabilitation bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Rehabilitationsmanagement, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Maßnahmen nutzbar (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009, [www.deutsch-rentenversicherung.de](http://www.deutsch-rentenversicherung.de), letzter Zugriff 13.5.2010).

## **2.6.2 Therapie von aphasischen Patienten**

*„Alles, was die Menschen in Bewegung setzt, muss durch ihren Kopf hindurch; aber welche Gestalt es in diesem Kopf annimmt, hängt sehr von den Umständen ab.“*

Friedrich Engels (1820-1895), deutscher Philosoph und Politiker

Wehmeyer & Grötzbach (2006) setzen für die Therapie eine gesundheitliche Stabilität und eine Störungseinsicht für die Therapie voraus.

Je nach Diagnose erhält der Patient eine spezifische logopädische Therapie, welche für die Lebensqualität und Patientenzufriedenheit von Aphasikern von besonderer Bedeutung ist. Aphasische Störungen beeinträchtigen die Patienten erheblich (Diener & Putzki 2008, AWMF online Leitlinie - Schlaganfall 2008) und die Rehabilitation bedeutet für den Patienten nicht nur eine physische, sondern auch eine psychische Belastung (Geelen & Soons 1996).

Aphasie ist aber auch ein ungünstiger Prognosefaktor für das Auftreten einer Post-Stroke-Depression, welche sich schon während der ersten Wochen nach dem Schlaganfall bei 24-30 Prozent der Schlaganfallpatienten entwickelt und die Therapiebemühungen beeinträchtigen kann (De Wit et al. 2008).

Die logopädische Therapie findet in der Regel je nach Bedarf täglich jeweils zwischen 20 und 60 Minuten statt und soll, wenn es der Allgemeinzustand des Patienten zulässt, möglichst früh am besten schon im Akutkrankenhaus eingeleitet werden. Eine Fokussierung der Aufmerksamkeit muss vorhanden sein. (Diener & Putzki 2008, AWMF online Leitlinie - Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall 2008).

In der Aphasie-Therapie können je nachdem, wie sprachliche Leistungen angeregt werden, vier verschiedene Therapieansätze unterschieden werden (vgl. Wehmeyer & Grötzbach 2006):

-Stimulierend/deblockierend: Sprachliche Fähigkeiten werden über eine Stimulierung des gesamten Sprachsystems reaktiviert.

-Symptomorientiert/sprachsystematisch: Stimulierung des Patienten zu korrekten Äußerungen. Das verwendete Material ist nach linguistischen Kriterien aufgebaut und regt sprachliche Prozesse an.

-Prozess-, strategie-, modellorientiert: Aufgrund von Sprachmodellen werden erhaltene Sprachrouten optimiert und gestörte Prozesse modifiziert bzw. kompensiert.

-Kommunikativ-pragmatisch: Unter Einbeziehen aller verfügbaren Ausdrucksmittel wird versucht, das Kommunikationsverhalten zu verbessern.

In der Aphasietherapie sollten die verschiedenen Ansätze miteinander verknüpft werden, um den Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

Die Therapie kann in verschiedene Therapiephasen eingeteilt werden (vgl. Wehmeyer & Grötzbach 2006):

In der Aktivierungsphase, welche ca. sechs Wochen nach dem Geschehen umfasst, werden spontane Rückbildungsprozesse unterstützt und pathologische Verhaltensmuster verhindert bzw. abgebaut.

In der darauf folgenden störungsspezifischen Übungsphase, die bis zu zwei Jahre nach Eintritt der Hirnschädigung dauert, kommt es zur Reorganisation und Kompensation von Leistungen. Sprachliche Beeinträchtigungen werden gezielt behandelt, solange sich Lernfortschritte zeigen.

In der Konsolidierungsphase geht es darum, die gelernten sprachlichen Fähigkeiten in den Alltag zu übertragen und den Patienten in seiner Kommunikationsfähigkeit zu unterstützen.

### **2.6.3 Gruppentherapie**

Nach Proot et al. (2000) hat das Zusammensein mit anderen betroffenen Schlaganfallpatienten positive Effekte. Gegenseitige Unterstützung und Information vermindern Unsicherheit und fördern das Voranschreiten des Rehabilitationsprozesses.

Gruppentherapie wird am besten zusätzlich zu einer Einzeltherapie angeboten. Die kommunikativen Anforderungen für den Alltag können so frühzeitig geübt werden, aber Ähnlichkeiten im Störungsmuster sind von Vorteil und eine gute Vorbereitung des Patienten auf die Gruppensituation ist nötig. Oft ist die Arbeitsmotivation in einer Gruppe durch das vergleichende, ermunternde oder auch konkurrierende Verhalten der Teilnehmer höher. Außerdem kann der Gedankenaustausch unter den Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung unterstützend wirken (Wehmeyer & Grötzbach 2006, Geelen & Soons 1996)



*Abbildung 2: Logopädisches Therapiesetting*

### **2.6.4 Information und Ziele in der Therapie**

Proot et al. (2000) fassen zusammen, dass Therapeuten die Patientenautonomie durch Aufmerksamkeit, maßgeschneiderte Zieldefinition und respektvollen Dialog unterstützen können.

Weitere wichtige Faktoren für den Erfolg einer Rehabilitation aus der Sicht der Patienten sind auch gute Information bezüglich des Schlaganfalls und Klarheit bezüglich der Erwartungen an die Rehabilitation (Clark & Smith 1999, Maclean et al. 2000).

Ein respektvoller Dialog mit dem Patienten und das Besprechen künftiger Ziele des Therapieplanes in Übereinstimmung mit dem Patienten verhilft zu einer aktiven Mitarbeit und unterstützt den Patienten beim Umgang und dem Verarbeiten seiner Behinderung (Bendz 2003, Jones et al. 2008, Struhkamp 2004).

Information sollte nicht einseitig medizinisch-technisch vermittelt werden, sondern auf eine Art, die sich in die individuelle Erlebnis- und Erfahrungswelt des Patienten einfügt. Auch das aktive Einbeziehen der Patienten in die Gestaltung der Therapie kann die Motivation verstärken (Geelen & Soons 1996).

Ziele werden meist schrittweise erreicht, wobei mit kurzfristigen Zielsetzungen, die Versagens- und Beschämungsängste reduzieren können, begonnen wird, aber auch langfristige Ziele die gewünschte Endsituation betreffend gesetzt werden. Daneben können Haupt- und Nebenziele definiert werden. Mit Hilfe von strukturierten Kriterien (RUMBA, SMART) kann die Konformität mit den Patienteninteressen überprüft werden (van Cranenburgh 2007, Geelen & Soons 1996).

### **2.6.5 Beratung und Angehörige**

*„Das Menschlichste, was wir haben, ist doch die Sprache, und wir haben sie um zu sprechen.“*

Theodor Fontane (1819-98), dt. Erzähler

Aber:

*„Die Sprache braucht nicht immer Worte.“*

François Mitterrand (1916-96), frz. Politiker, 1981-95 Staatspräsident

Die Beratung in der logopädischen Therapie nimmt einen wichtigen Stellenwert ein. Man unterscheidet zwischen fachlicher Beratung (Consulting) und begleitender Beratung (Counseling) des Patienten oder dessen Angehörigen. Für die begleitende Beratung sind Fähigkeiten in der Gesprächsführung nötig, um den Klienten anzuleiten, sich mit seinem Erleben auseinanderzusetzen (Büttner & Quindel 2005).

Patienten sind in der Rehabilitation umso zufriedener, je mehr sie von ihren vorherigen Aktivitäten wieder ausführen können. Eine wesentliche Rolle spielt der Familienhintergrund (Clark & Smith 1998).

Eine ansprechende Umgebung erhöht die Initiative und Verantwortlichkeit von Schlaganfallpatienten und stimuliert Patienten, alltägliche Handlungen zu üben, was das Rehabilitationsergebnis verbessert. Angehörige haben einen positiven Einfluss auf die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten, jedoch können sich Überbehütung und Erfolgsdruck auch negativ auswirken (Maclean et al. 2000, Maclean et al. 2002). McLennana et al. (1996) kommen zum Schluss, dass Angehörige hospitalisierter Rehabilitationspatienten im Vergleich zu den Patienten selbst ein gleiches oder höheres Informationsbedürfnis haben. Da Familien oft ausschlaggebend für eine erfolgreiche und zeitige Entlassung sind, ist es entscheidend, ihre Bedürfnisse anzusprechen.

## **2.7 Motivation**

*„Wenn die Worte nicht stimmen, dann ist das Gesagte nicht das Gemeinte. Wenn das, was gesagt wird, nicht stimmt, dann stimmen die Werke nicht. Gedeihen die Werke nicht, so verderben Sitten und Künste. Darum achte man darauf, dass die Worte stimmen. Das ist das Wichtigste von allem.“*

Konfuzius (551-479 v. Chr.), chin. Philosoph

### **2.7.1 Definition**

Motivation bedeutet die Summe der Beweggründe, die die Entscheidung bzw. Handlung einer Person beeinflussen (Duden 1997). Für die Sprach- und Sprechtherapie wird von Robey (1998) eine ausreichende Motivation des Patienten gefordert.

Erfolgreiche Motivation ist laut Geisler (2008) an folgende Bedingungen gebunden:

- Der Patient muss überhaupt motivierbar sein.
- Das Ziel muss für den Patienten erkennbar, erreichbar, realistisch und wünschenswert sein.

- Der Therapeut muss selbst motiviert sein. Der Behandlungserfolg hängt deutlich von dem Motivationsgrad des Therapeuten ab.

Aus der Motivationspsychologie und kognitiven Lerntheorie ist die Einteilung der Motivation in intrinsische und extrinsische Motivation bekannt. Die intrinsische Motivation ergibt sich aus den Grundbedürfnissen des Menschen und besagt, dass man sich mit etwas aufgrund eines inhärenten Motivs auseinandersetzt. Intrinsisch motivierte Verhaltensweisen sind Neugier, Spontanität, Exploration und Interesse an den unmittelbaren Gegebenheiten der Umwelt. Man ist bestrebt eine Sache voll und ganz zu beherrschen. Die Aufrechterhaltung interessensbestimmter Handlungen braucht keine externen Anstöße. Im Gegensatz dazu entwickelt sich extrinsische Motivation aus dem Umfeld und den Lebensumständen heraus. Extrinsisch motivierte Verhaltensweisen treten in der Regel nicht spontan auf, sie werden durch Aufforderungen in Gang gesetzt, deren Befolgung eine Belohnung erwarten lässt ([http://de.wikipedia.org/wiki/Intrinsische\\_Motivation](http://de.wikipedia.org/wiki/Intrinsische_Motivation), letzter Zugriff 24.3.2010).

### **2.7.2 Beurteilung der Motivation**

Erfahrungsgemäß spielt die Motivation von Patient und Therapeut in der logopädischen Praxis eine wesentliche Rolle. Sie wird als eine grundlegende Voraussetzung für das Gelingen eines therapeutischen Behandlungsprozesses gesehen.

Laut Deck (2006) schätzen Experten oft das als Motivation ein, was sie selbst darunter verstehen oder für wichtig erachten. Hier kann sich fehlende Objektivität als Problem darstellen. Trotzdem überwiegt in der Rehabilitation die subjektive Beurteilung des Therapeuten als Indikator für Motivation.

Die Messung der Motivation über das Erzielen eines Therapieerfolges ist eine umstrittene Methode, denn laut Meichenbaum und Turk (1994), gibt es keine einfache Korrelation zwischen Therapiemotivation und Therapieerfolg. Die Motivation ist nur einer der Faktoren, die auf das Therapieergebnis wirken.

Die genaue Erfassung der Motivation des Patienten gestaltet sich aufgrund der fehlenden allgemeingültigen Definition als schwierig. Auf der einen Seite besteht die Möglichkeit Rehabilitationsmotivation direkt über Patientenbefragung zu erfassen, auf der anderen Seite lassen spezifische Indikatoren Rückschlüsse auf die Motivation zu. Da es kein einheitliches Konzept zum Inhalt und Begriff der Motivation gibt, ist es sinnvoll, motivationale Faktoren über die Erfassung von Indikatoren zu erschließen (Hafen et al. 2006).

Die Motivation lässt sich demnach durch Selbst- als auch durch Fremdbeurteilungsinstrumente einschätzen. Das heißt, dass Patienten mit standardisierten Fragebögen befragt werden oder durch Experteneinschätzungen des klinischen Personals kategorisiert werden können. Bei einem Aphasiker bleibt aufgrund des fehlenden sprachlichen Zugangs oft nur die Fremdbeurteilung durch den Therapeuten bzw. durch das Therapeutenteam (Deck 2006).

#### **2.7.2.1 PAREMO-20**

Anhand des Patientenfragebogen Paremo-20, der das Produkt langjähriger, beständiger Forschung zur indikationsübergreifenden Erfassung von Rehabilitationsmotivation ist, soll im folgenden die Komplexität einer Erfassung durch verschiedene Dimensionen erläutert werden. Der Fragebogen orientiert sich an den Belangen der stationären, medizinischen Rehabilitation. Rehabilitationsmotivation wird im Sinne einer trait-Variable verstanden, die sich aus mehreren voneinander unabhängigen Dimensionen zusammensetzt (Hafen et al. 2006). Ausgangspunkt der Forschung bildete ein an der Praxis orientiertes, theorieübergreifendes Verständnis von Motivation im spezifischen Setting der stationären Rehabilitationsbehandlung (Kriz et al. 2006).

Als Ergebnis einer umfassenden Literaturanalyse wurden 14 Dimensionen der Rehabilitationsmotivation beschrieben, deren inhaltliche und prognostische Validität im rehabilitativen Setting oder anderen Gesundheitsbereichen als belegt gelten (vgl. Hafen et al. 2006).

Dimensionen der Rehabilitationsmotivation	
Krankheitserleben	Initiative
Konsequenzerwartungen	Wissen
Kompetenzerlebnisse	Bereitschaft, Opfer zu bringen
Äußere Einflüsse	Realistische Zielsetzungen
Änderungsbereitschaft	Gesundheitsförderung
Aktives Engagement	Hilfsbedürftigkeit
Allgemeine Erwartungen an und Einstellungen zur Behandlung	Problemeinsicht / Eigenverantwortung

*Tabelle 3: Dimensionen der Rehabilitationsmotivation (Hafen 2000)*

Durch die Dimensionen des Konstrukts Rehabilitationsmotivation wird die Bereitschaft eines Patienten an der stationären medizinischen Rehabilitation aktiv teilzunehmen unabhängig vom Krankheitsbild des Patienten und von der Art der Behandlung, die für diesen Patienten indiziert ist, (indikationsübergreifender Aspekt) umschrieben. Es wird dabei im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells die Bereitschaft eines Patienten, aktiv am ganzheitlichen Prozess mitzuwirken, erfasst. Das Konstrukt impliziert, dass interindividuelle Unterschiede zwischen Rehabilitanden in der motivationalen Ausprägung bestehen können (differentieller Aspekt) und sich diese mehr oder weniger günstig auf das Behandlungsergebnis auswirken (prognostischer Aspekt), (Hafen et al. 2006). Der Paremo-20 Patientenfragebogen enthält sechs Faktoren: Hilfsbedürftigkeit und psychischer Leidensdruck, Einschränkung im Alltag aufgrund körperlicher Beschwerden, Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens, Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die Erkrankung, Hoffnungslosigkeit und Skepsis, Eigeninitiative und Wissen. Es muss auch beachtet werden, dass durch die empirischen Analysen das theoretische Modell zur Definition der Rehabilitationsmotivation von ursprünglich 14 Dimensionen auf 6 reduziert wurde (Hafen et al. 2006).

Im Hinblick auf die Praxisrelevanz des Paremo lassen sich aus den Ergebnissen konkrete Hinweise für die Gestaltung von Programmen zur Motivationsförderung in der Rehabilitation ableiten und mit denen der aktuellen Rehabilitationspraxis in Bezug setzen. Es scheint zielführend zu sein, motivationsfördernde Maßnahmen nicht pauschal „für alle Patienten gleich“ anzubieten. Deutlich wird dabei jedoch, dass durch die Motivationsdiagnostik eine Ausdifferenzierung therapeutischer Untergruppen ermöglicht wird, die in Ergänzung zu medizinischen Aspekten auch psychische, funktionale, soziale und edukative Aspekte berücksichtigt (Hafen et al. 2006).

#### 2.7.2.2 Modifizierung des Atkinson-Modells

Geelen & Soons (1996) beschreiben im Modell von Birren und Schaie (1985) das Atkinson Erwartungs-Mal-Wert-Modell, das diese für den Rehabilitationsprozess angepasst haben. Demnach gestaltet sich das Modell, wie mit motivationalen Problemen umgegangen werden kann, wie folgt:

$$M = (P(Os) \times V) : C$$

„M“ steht für Motivation, die gemäß Atkinson kein konstanter Persönlichkeitszug ist.

„P(Os)“ steht für die subjektive Wahrnehmung (perception) des Patienten bezüglich der Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Rehabilitationsausgangs, wenn der Patient die nötigen Anstrengungen unternimmt.

„V“ steht für die individuell wahrgenommene Nützlichkeit oder den Wert (value) eines erfolgreichen Rehabilitationsprozesses unter der Annahme, dass die gesetzten Ziele erreicht werden.

Unter „C“ sind die Kosten (costs) der Rehabilitation für den Patienten zu verstehen, welche materieller, physischer, psychischer und sozialer Natur sein können, wie Abgeschlagenheit, Versagen, Scham, Schmerzen, Abnahme des Selbstbewusstseins oder der Zuwendung durch andere usw.

Die Motivation erhöht sich proportional, wenn P(Os) x V sich erhöht und C sinkt. Je größer die Kosten, desto kleiner die Motivation, P(Os) bleibt dabei konstant. Eine Person ist hoch motiviert, wenn sie überzeugt ist, dass die Chance eines erfolgreichen Therapieergebnisses groß ist und sie diesem beachtlichen Wert zumisst, ohne dass die empfundenen Kosten groß sind. Aufgrund des dynamischen Charakters der Patientenwahrnehmung können sich die einzelnen Faktoren der Gleichung gegenseitig beeinflussen.

Das Modell kann als Gerüst für einen zielgerichteten individuellen Therapiezugang dienen, vorausgesetzt die Kommunikationstechniken werden an den Patienten angepasst. Denn Rehabilitationsmotivation verlangt nach Empathie und guten Kommunikationsfähigkeiten von Seiten des Therapeuten.

### 2.7.3 Unmotivierte Patienten

In der Rehabilitation ist es üblich, zwischen motivierten und nicht motivierten Patienten zu unterscheiden. Unmotivierte Patienten sind unter anderem durch Passivität und Desinteresse gekennzeichnet; auch die Interaktion mit dem Personal ist schlecht. Um nicht als unmotiviert bezeichnet zu werden, müssen Patienten eine Gratwanderung zwischen Eigeninitiative und Mitarbeit absolvieren. Motivation wird als wichtiger Einflussfaktor zur Erreichung von Rehabilitationszielen angesehen und die Therapeutinnen finden auch, dass es alle Patienten verdient hätten, gleich motiviert zu werden (Maclean et al. 2002).

Eigeninitiative wird mit Motivation, Passivität mit fehlender Motivation gleichgesetzt. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass Fachpersonal unmotivierte Patienten im Vergleich zu motivierten unterschiedlich behandelt, vor allem wenn es sich um ältere Personen handelt (Maclean et al. 2000).

Dabei wurden im Experteninterview von Maclean et al. (2002) die relativ kurze Lebenserwartung und die damit verminderte Motivation sich weiter zu bemühen, als Gründe genannt - so die Therapeutenmeinung.

Jedoch konnte Rabadi et al. (2008) zeigen, dass kognitiv eingeschränkte Patienten, ungeachtet des Schweregrades der Einschränkung, von Rehabilitationsprogrammen profitieren und daher den selben Zugang zu akuter Rehabilitation wie kognitiv unauffällige Schlaganfallpatienten haben sollten. Die Korrelation zwischen Alter und Outcome ist eher als gering einzustufen (vgl. Wehmeyer & Grötzbach 2006)

Die Kategorisierung bezüglich Motivation wird daher als gefährliche Stigmatisierung angesehen:

*„When patients do not do what we believe they should, we become frustrated and label them unmotivated. We blame the patient, not ourselves, when he or she does not get better or achieve independence“* (Resnick 1996).

Fehlender Zuspruch und Unterstützung von Seiten der Therapeuten demotiviert Schlaganfallpatienten in der Rehabilitation. Es ist daher wichtig, dass sich Therapeuten über die positiven und negativen Auswirkungen auf die Patientenmotivation bewusst werden (Maclean et al. 2000, Resnick 1996).

## **2.7.4 Therapeut und Motivation**

*„Die einzige Möglichkeit, Menschen zu motivieren, ist die Kommunikation.“*

Lee Iacocca (\*1924), amerik. Topmanager, 1979-92 Vorstandsvors. Chrysler Corp.

Eine einfühlsame, wertschätzende, offene und anregende Haltung der Therapeuten ist wichtig, um Patienten und Angehörige zur Mitarbeit zu motivieren (Wehmeyer & Grötzbach 2006).

In einer Studie von Jones et al. (2008) wurde untersucht, welche Einstellungen und Strategien eine Rehabilitation unterstützen. Zwei große Themen sind dabei für die Patienten von Bedeutung. Einerseits werden interne Faktoren wie persönliche Kontrolle über den Fortschritt, Optimismus und Ängste vor Abhängigkeit genannt und andererseits findet man externe Faktoren wie den Einfluss des Therapeuten und den Erfolg gemessen an der eigenen alltagsbezogenen Unabhängigkeit. Der Rehabilitationsprozess des Patienten wird durch Kontrollverlust, Müdigkeit und Angst vor einem Re-Insult ungünstig beeinflusst. Diese Aspekte werden von Therapeuten aus der Sicht der Patienten oft zu wenig wahrgenommen.

Auch Maclean et al. (2000) fordern, dass sich Therapeuten bewusster damit auseinandersetzen, wie ihr eigenes Verhalten die Motivation der Patienten positiv und negativ beeinflussen kann.

Daher ist es sehr wichtig, dass sich Therapeuten Zeit nehmen, um die persönlichen Ziele des Patienten herauszufinden und diese dann in den Therapieplan einbauen und umsetzen (Struhkamp 2004).

Chang und Hasselkus (1998) untersuchen die Zufriedenheit/Unzufriedenheit von Ergotherapeuten in der Arbeit mit Patienten nach einem Schlaganfall und kommen zum Schluss, dass eine Spannung zwischen dem Idealismus und der Erwartung des Therapeuten und der Realität der Schlaganfallrehabilitation existiert. Aus Patientensicht sind die Erwartungen der Therapeuten manchmal zu hoch und werden als fehlende Achtsamkeit wahrgenommen (Proot et al. 2000).

Einen negativen Effekt auf die Motivation des Patienten können das Empfangen von „mixed messages“ vom Personal und ungünstige Vergleiche mit anderen Schlaganfallpatienten haben. Ein Beispiel für „mixed messages“ wäre, wenn von unterschiedlichen Therapeuten verschiedene Anweisungen kommen (Maclean et al. 2002).

Zielsetzung erfordert aktive Mitarbeit des Patienten, die manchmal unmöglich und unrealistisch sein kann. Ziele werden für einen zukünftigen Stand entwickelt, aber diese verlangen Aktivitäten, die womöglich mit der derzeitigen Situation unvereinbar sind. Therapeuten setzen Ziele für das Zuhause des Patienten, das sich räumlich von der Umgebung der Station unterscheidet (Struhkamp 2004).

Für den Therapeuten kann es zu Spannungen kommen, denn im klinischen Alltag werden diese Ziele nicht immer erreicht (Chang & Hasselkus 1998).

Wiles et al. (2004) betonen, dass verbesserte Kommunikationsstrategien eingesetzt werden sollten, um realistische Erwartungen bezüglich der Therapie zu fördern. Coachingtechniken zur Erhöhung der intrinsischen Motivation können z. B. in Form von Motivational Interviewing (MI) oder neurolinguistischen Programmieren (NLP) angewendet werden. Für Motivational Interviewing zeigt sich auch bei Watkins et al. (2007) ein signifikanter Nutzen bei Patienten nach Schlaganfall.

## **2.8 Die therapeutische Beziehung - Möglichkeiten einer Veränderung der Motivation**

### **2.8.1 Einstellung und Einstellungsänderung aus sozialpsychologischer Sicht**

Eine Einstellung lässt sich definieren als eine mentale Repräsentation, die aus einer zusammenfassenden Bewertung eines Einstellungsobjektes besteht. Einstellungsobjekte können Personen (man selbst oder andere), Sachverhalte (Ereignisse), Objekte, Ideen und vieles mehr sein. Eine Einstellung ist immer auf eine Bewertung (gut - schlecht) oder eine Intensität (gar nicht - sehr) bezogen. Diese kann auch ambivalent sein, d. h. gleichermaßen viele positive wie auch negative Bewertungen enthalten. Einstellungen haben drei Komponenten: eine Kognitive, eine Affektive, eine

Behaviourale (=Verhaltenskomponente). Während die kognitive Komponente aus den Gedanken und Überzeugungen zum Einstellungsobjekt besteht, (Fakten) umfasst die affektive Komponente die emotionalen Reaktionen auf das Einstellungsobjekt (z. B. gut oder schlecht).

Die Verhaltenskomponente beinhaltet die Handlungen bzw. das beobachtbare Verhalten gegenüber dem Einstellungsobjekt oder im Zusammenhang mit dem Einstellungsobjekt (z. B. Annäherung oder Vermeidung). Obwohl Einstellung alle diese Komponenten aufweist, können sie dennoch auf einer dieser Komponenten schwerpunktmäßig basieren. Einstellungen können uns im Verhalten implizit zu Grunde liegen, ohne dass uns dies unmittelbar zugänglich und bewusst wäre. Wir können sie auch explizit äußern und zur Verhaltenssteuerung deliberativ einsetzen. Zur Vorhersage eines Verhaltens einer Person sind daher implizite als auch explizite Einstellungen bedeutsam (Warth & Mayer 2008).

Selbstverständlich kann man durch das Abwägen von Informationen über das Einstellungsobjekt, das Prüfen und Generieren von Argumenten, Vorzügen und Nachteilen des Objekts zu einer Einstellung gelangen. Doch gibt es eine Reihe weiterer bedeutsamer Quellen, nämlich eine genetische Beteiligung, Lernen (evaluiertes Konditionieren, operantes Konditionieren, Modelllernen), Selbstwahrnehmung und Feedback, Einem-Reiz-Ausgesetztsein (mere-exposure) sowie ein Konsistenzbestreben. All diese Quellen sind (mit Ausnahme der genetischen Komponente) nicht nur der Entstehung, sondern zugleich auch der Änderung von Einstellung zugrunde liegende Mechanismen (Warth & Mayer 2008).

### **2.8.2 Übertragung / Gegenübertragung / Spiegelneurone**

Spiegelungsphänomene werden in der tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Psychotherapie als Übertragung, Gegenübertragung und Identifizierung gesehen. In der Beziehungsdynamik zwischen Therapeut und Patient kommt es zu Übertragung- und Gegenübertragungsphänomenen. Bei einer „Übertragung“ werden frühere Erfahrungen, die mit wichtigen Bezugspersonen gemacht wurden, auf die Therapeutin übertragen und reaktiviert. Umgekehrt kann auch der Therapeut Gefühle auf seinen Klienten übertragen; dieser Vorgang wird „Gegenübertragung“ genannt (<http://de.wikipedia.org/uebertragung>, letzter Zugriff 9.3.2010).

Beispielsweise erlebt der Patient die Therapeutin wie seine Mutter. Der Patient fühlt sich in der Therapiesituation, wie er sich früher als Kind gegenüber der Mutter gefühlt hat. Diese Übertragung kann durch äußere Ähnlichkeiten zwischen Therapeutin und Mutter verstärkt werden, und ebenso durch die therapeutische Beziehung - ein „hilfloser, bedürftiger Patient und eine kompetente, hilfreiche Therapeutin“, die gewisse Ähnlichkeiten mit der Mutter-Kind-Beziehung hat. Die Gefahr der Übertragung und Gegenübertragung liegt einerseits in der starken emotionalen Aufladung der Beziehung. (Büttner & Quindel 2005), andererseits stellen Übertragung und Gegenübertragung aber auch ein therapeutisches Instrument und eine Ressource für therapeutisches Arbeiten dar (Paß 2005).

Nach Bauer (2006) haben die Einstellungen und Erwartungen von Therapeut und Patient Effekte auf den Behandlungsverlauf. Die inneren Einstellungen des Therapeuten lösen beim Patienten eine Resonanz aus und umgekehrt. Obwohl es von beiden nicht beabsichtigt ist, übertragen sich Vorstellungen und Erwartungen von der einen auf die andere Seite.

Die Einstellungen und Erwartungen des Patienten teilen sich dem Therapeuten über zahlreiche Signale mit. Sie erzeugen im Therapeuten eine intuitive Resonanz. Die in ihm ausgelöste Resonanz wird den Behandlungsablauf beeinflussen. Der Vorgang der Spiegelung passiert simultan, unwillkürlich und ohne jedes Nachdenken. Obwohl Spiegelungsphänomene zu den stärksten Einflussfaktoren jedes Heilungsprozesses gehören, werden sie wenig bis kaum berücksichtigt (Bauer 2006).

### **2.8.3 Coping**

Coping (Bewältigungsstrategie, Copingstrategie) bezeichnet die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase (<http://de.wikipedia.org/wiki/Bewaeltigungsstrategie>, letzter Zugriff 11.3.2010).

Das Coping-Modell von Lazarus (1995) beschreibt den Prozess der Krankheitsverarbeitung aus der Sicht der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Krankheitsverarbeitung wird dabei mit der

Auseinandersetzung mit Stress gleichgesetzt. Drei Schritte lassen sich im Coping-Modell unterscheiden: Im ersten Schritt kommt es zu einer kognitiven Bewertung der belastenden Situation. Im zweiten Schritt werden die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten eingeschätzt. Diese sind abhängig von der Eindeutigkeit der Diagnose, dem Ausmaß der Bedrohung und der psychischen Verfassung des Menschen. Im dritten Schritt kommt es schließlich zum Einsatz von Bewältigungsstrategien (Büttner & Quindel 2006).

#### **2.8.4 Das Transtheoretische Modell und motivierende Beratung**

Maurischat und Neufang (2006) übertrugen das Transtheoretische Modell (TTM) nach Prochaska & DiClemente auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation.

Beim Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung handelt es sich um ein Phasenmodell, das die Bereitschaft zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung in Hinblick auf ein konkret definiertes Problemverhalten beschreibt (Prochaska & DiClemente 1992).

Im Transtheoretischen Modell wird Motivation als Veränderungsmotivation konzeptualisiert (Heidenreich 2000). Die Veränderungsmotivation wird als dynamische Größe gesehen, die im therapeutischen Prozess beeinflusst und verändert werden kann. Die Motivationslage ist stets problemspezifisch. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, in Gesprächen gezielt die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass für den Patienten eine Veränderung möglich und dauerhaft beibehalten wird. Diese Interventionsform auf Basis des TTM soll durch das Wissen um die Zugehörigkeit eines Patienten zu einer Veränderungsphase den Therapeuten ermutigen, bei der Therapieplanung stärker individuell zu sein. Den Patienten schützt das Wissen um die eigene Phase vor überzogenen Erwartungen und macht Unterschiede im Therapieverlauf im Vergleich zu anderen Patienten plausibel.

Motivierende Beratung baut auf einem patientenzentrierten Ansatz auf, das heißt dem Patienten kommt eine bedeutende Rolle bei der Gestaltung der Kommunikation und bei der Bestimmung des Veränderungsprozesses zu.

Eine Form der motivierenden Beratung ist das „Motivational Interviewing“ (MI; Miller & Rollnick 2009), welches definiert wird als ein direkter klientenzentrierter Beratungsstil mit dem Ziel, intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen

([http://de.wikipedia.org/wiki/motivierende\\_Gespraechsfuehrung](http://de.wikipedia.org/wiki/motivierende_Gespraechsfuehrung), letzter Zugriff 13.12.2009).

Phänomene wie geringe Veränderungsbereitschaft, Reaktanz, Verleugnung und Ambivalenz gegenüber Veränderungen werden aufgegriffen und in den Beratungsablauf integriert.

In der Stufe „Absichtslosigkeit“ geht es darum, das Problembewusstsein beim Patienten zu wecken. In der nächsten Stufe der „Absichtsbildung“ besteht das Ziel darin, im Patienten den Wunsch nach einer Änderung zu wecken und zu unterstützen. In der Stufe der „Vorbereitung“ wird die Selbstverpflichtung zur Änderung eines Verhaltens gestärkt und auf die Umsetzung vorbereitet. In der Stufe „Handlung“ wird der Patient in der Einbringung seines Zielverhaltens in den Alltag unterstützt. Wichtig ist auch eine weitere Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten (Selbstwirksamkeit). In der letzten Stufe der „Aufrechterhaltung“ wird die Automatisierung des Zielverhaltens unterstützt und auf eventuelle Ausrutscher vorbereitet (Keller 2004).

„Das Transtheoretische Modell und darauf aufbauende Methoden der motivierenden Beratung zur Verhaltensänderung stellen eine vielversprechende Basis für individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitsberatung dar, gerade auch im Kontext von Rehabilitationsmaßnahmen“ (Keller 2004).

Zusammenfassend kann aus der Literaturrecherche festgestellt werden, dass in der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten bezüglich der Thematik Motivation zahlreiche Studien vorliegen, die das Motivationskonzept beim Patienten beschreiben und auch wie z. B. im Paremo-20 messbar machen können. Die eingeschränkte Beurteilbarkeit bei aphasischen Patienten wurde aber aufgrund der fehlenden sprachlichen Möglichkeiten noch unzureichend beforscht. Daher können auch keine Studien gefunden werden, die sich mit Motivation und therapeutischer Interaktion in der logopädischen Therapie von aphasischen Patienten beschäftigen.

Obwohl schon viele Motivationsfaktoren in der Rehabilitation durch Studien gefunden wurden, scheint doch im Rahmen einer nötigen Fremdbeurteilung bei aphasischen Patienten durch den Therapeuten das Verständnis über entscheidende Motivationsfaktoren und deren Gewichtung im therapeutischen Prozess wichtig.

Auch Maclean et al. (2000) fordern weitere Forschung bezüglich der entscheidenden Motivationsfaktoren, denn eine derartige Forschung kann weitere Aufschlüsse über die Aufrechterhaltung der Motivation bei Rehabilitationspatienten geben.

In der vorliegenden Studie werden nun erfahrene logopädische Experten im Sinne eines bio-psycho-sozialen Verständnisses nach ihrer Einstellung zur Motivation, und wie sie diese in der Therapie einsetzen, befragt. Es soll auch ergründet werden, wie sie mit unmotivierten Patienten umgehen und welche Möglichkeiten zur Steigerung der Motivation zur Verfügung stehen. Abschließend soll auch geklärt werden, ob der Ausbildungsgrad auf diesem Gebiet ausreicht oder ob Handlungsbedarf besteht.

## **2.9 Fragestellung**

Hauptfrage:

- *Welche Einstellung haben Logopäden zur Motivation und wie setzen sie diese in der Therapie von Schlaganfallpatienten ein?*

Nebenfragen:

- *Welche Einstellung haben Logopäden gegenüber nicht motivierten Patienten? Welche Strategien werden zur Optimierung des Therapieerfolges eingesetzt?*
- *Sind Logopäden bezüglich der Anwendung von Motivationsstrategien ausreichend ausgebildet oder besteht Handlungsbedarf?*

## **2.10 Arbeitshypothese**

- Die Arbeit gibt einen Einblick, wie Logopäden den Motivationsbegriff verstehen und wie sie im klinischen Alltag damit umgehen.
- Logopäden sind sich der Wichtigkeit der Motivation bewusst. Sie setzen Motivationsstrategien jedoch intuitiv ein.
- Der Wunsch nach einer besseren Ausbildung in Bezug auf Patientenmotivation besteht.

## **3 METHODIK**

### **3.1 Fragestellung**

Ziel dieser Arbeit ist es die Einstellung von Logopäden zur Motivation von Patienten nach Schlaganfall in neurologischen Schwerpunkteinrichtungen zu untersuchen. Im Rahmen dieser Arbeit wird untersucht, welche Strategien zur Optimierung des Therapieerfolges von den Therapeutinnen gegenüber nicht motivierten Patienten eingesetzt werden.

Von Interesse ist, ob Logopäden bezüglich der Anwendung von Motivationsstrategien ausreichend ausgebildet sind oder ob Handlungsbedarf in Bezug auf Aus- und Fortbildungen besteht.

### **3.2 Design – Experteninterview**

Das Design der Studie wurde qualitativ angelegt, die Datenerhebung erfolgte durch ein leitfadengestütztes Experteninterview, welches mit 14 Logopädinnen durchgeführt.

Mittels eines Leitfadeninterviews gelingt es einen individuellen Kommunikationsprozess zu gestalten. Die Datenaufbereitung erfolgt nach der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2008) und die Datengewinnung erfolgt aus einer Befragung von angestellten Logopädinnen in neurologischen Rehabilitationskliniken. Um die psychosoziale Wirklichkeit zu erfassen, hat sich die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring etabliert.

Der vorliegende Interviewleitfaden dient der Erfassung der Sicht von Logopäden zum Verständnis von Motivation und wie sie Motivation in der klinischen Praxis mit ihren Patienten einsetzen.

#### **3.2.1 Vorbereitung der Befragung**

Für die Akquirierung möglicher Interviewpartnerinnen wurde die leitende Logopädin einer neurologischen Rehabilitationsklinik telefonisch kontaktiert. Ihr wurde das Thema der Studie: „Motivation von Patienten nach Schlaganfall“ genannt. Insgesamt stellten sich 14 Kolleginnen, die in neurologischen Rehabilitationskliniken im Angestelltenverhältnis arbeiten zur Verfügung. Sechs Kolleginnen sind auf einer Rehabilitationsstation und zusätzlich auch auf einer Akutneurorehabilitationsstation tätig. Die interviewten Logopädinnen arbeiten allesamt in Österreich in den Bundesländern Oberösterreich (3 Personen aus 3 Einrichtungen), Salzburg (1 Person) und Steiermark (10 Personen aus 3 Einrichtungen).

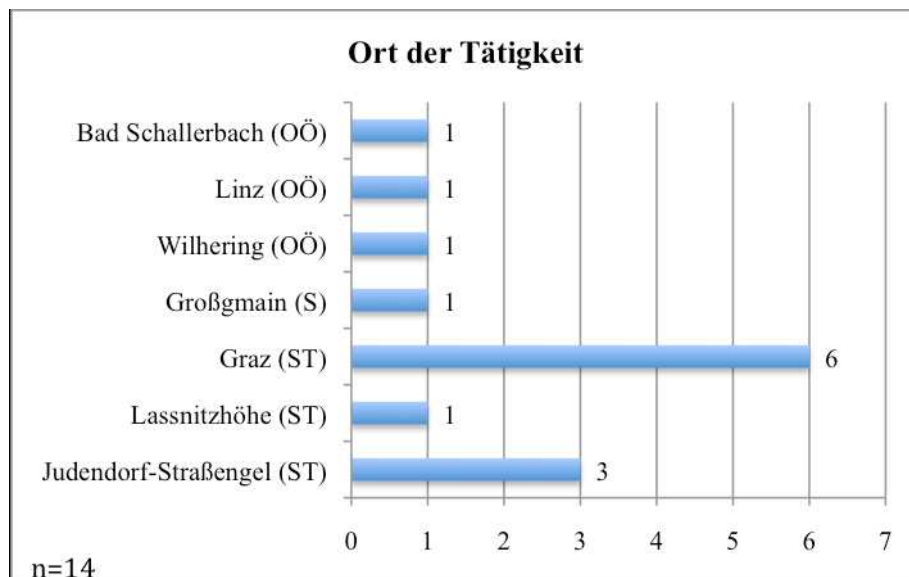


Tabelle 4: Ort der Tätigkeit der Experten

Nach einem Probeinterview im Dezember 2008 wurden die 14 Interviews im Jänner 2010 durchgeführt. Als Vorinformation wurde der Titel der Studie genannt und die ungefähre Dauer des Interviews mit einer Stunde veranschlagt. Den Interviewpartnerinnen wurden für die Auswertung und Analyse Anonymität zugesichert. Ein Interview dauerte durchschnittlich 58:18 Minuten und die Gesamtdauer ergibt 815:03 Minuten oder 13,57 Stunden.

### 3.2.2 Interview

Für die Durchführung der Interviews wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der die forschungsleitenden Themenbereiche in Form von offenen Fragen abdeckt. Der Interviewleitfaden wurde entwickelt, um anhand der alltäglichen Praxis der Logopäden im Umgang mit den Patienten, ihre subjektive Sichtweise zu erfahren und durch gezielte Fragestellungen zu reflektieren. Als Einstieg dient ein Patientenbeispiel, um die Kolleginnen in ihre vertraute Arbeit gedanklich hinzuführen. Danach schließen sich Fragen rund um das Thema Motivation an. Zum Einstieg in das Thema Übertragung/Gegenübertragung wird zum besseren Verständnis eine kurze Erklärung über Spiegelneuronen gegeben und darauf aufbauend werden noch Fragen zu diesem Thema gestellt. Abschließend folgen noch Fragen zur Fortbildung im Bereich der Motivation von Patienten.

Für die Erhebung der demografischen Daten der Interviewpartnerinnen sind das Alter, die Berufsjahre und die besuchte Akademie anzugeben. Das Alter der interviewten Logopädinnen reicht vom 28 bis 50 Jahren. Der Median beträgt 35 Jahre. Die Spannweite der Berufserfahrung reicht von 5 bis 28 Jahren. Der Median hierzu beträgt rund 12 Jahre. Fünf Logopädinnen absolvierten ihre Ausbildung in Linz, acht Kolleginnen in Graz und eine Kollegin besuchte die Akademie in Klagenfurt. Von den Interviewpartnerinnen geben vier an bereits Fortbildungen oder Seminare im Bereich Kommunikation, Psychologie und Supervision absolviert zu haben.

Die vier Fragen, die mit einem Stern versehen sind, wurden bei Bedarf gestellt, um die Kollegin beim Denkvorgang zu unterstützen und zuvor unerwähnte unklare Aussagen näher zu explorieren.

Im Folgenden wird das leitfadengestützte Interview dargestellt:

### 3.2.3 Interview- Leitlinie

#### Interview-Leitlinie

Ein Patient wird zugewiesen. Du kannst dir aussuchen, ob es ein Mann oder eine Frau sein soll. Der Patient ist fertig abgeklärt und du kommst zur Diagnose Aphasie. Du weißt was du mit ihm üben möchtest und hast die Materialien.

1. Was ist deiner Meinung nach wichtig, dass der Patient mitarbeitet?
  2. Welches Spektrum an Verhaltensweisen gibt es bei Patienten in der Therapie?\*
  3. Welche Faktoren können das Rehabilitationsergebnis nach einem Schlaganfall beeinflussen?\*
  4. Wie erkennst du, ob der Patient gut mitarbeiten wird?
  5. Gibt es Therapiesitzungen mit großen Veränderungen (hochmotiviert/gar nicht oder umgekehrt), ab welcher Sitzung kannst du das sagen?
  6. Wie ist deine Einstellung zu Gruppentherapie und Alltagstraining bei Aphasikern?
  7. Kannst du mit deiner bisherigen Erfahrung einschätzen, wie der Erfolg der Therapie sein wird?
  8. Welches Verhalten bzw. welche Charaktereigenschaften des Patienten wären von Vorteil, damit er/sie gut in der Therapie vorankommt?
  9. Welches Verhalten der Patienten wäre von Nachteil, um in der Therapie nicht gut voranzukommen?
  10. Wie hältst du Motivation über viele Sitzungen aufrecht?
  11. Welchen Stellenwert hat für dich Information über Krankheit, Ziel, Therapie? Informierst du zu Beginn oder im Laufe der Therapie oder gar nicht, weil es die Patienten nicht interessiert?
  12. Was machst du um einen unmotivierten alten/jungen Patienten zur Therapie zu gewinnen?
  13. Wodurch wird deiner Meinung nach die Motivation des Patienten am stärksten beeinflusst?  
Spiegelneuronen ermöglichen uns nicht nur, das Erleben oder Verhalten eines anderen Menschen zu verstehen, sondern sie haben darüber hinaus die Tendenz, im Beobachter wirksam werden zu lassen was er sieht. Erwachsene zeigen, dies lässt sich in Studien nachweisen, eine unbewusste Tendenz, Gesichtszüge, Stimmungen und Körperhaltungen zu imitieren.
  14. Hast du das Gefühl, das du den Patienten beeinflussen kannst?
  15. Wenn du dir vorstellst, ein Patient ist schlecht motiviert, wie beeinflusst dich das in deiner Motivation? Wie wirkt sich das auf deine Therapie aus?
  16. Wie geht es dir damit, wenn du siehst, dass kein großer Therapiefortschritt möglich ist?
  17. Wie motivierst du deine Patienten in der Therapie?\*
  18. Welche Bedeutung hat die Motivation eines Patienten im Hinblick auf das Ergebnis?\*
- Ich habe recherchiert und auf logopädischem Gebiet werden in Österreich keine Veranstaltungen über Patientenmotivation angeboten. Es gibt in der Ausbildung keine Lehrveranstaltung zur Patientenmotivation.
19. Siehst du einen Bedarf nach einer strukturierteren Aus-, bzw. Fortbildung in

## Motivationstechniken?

20. Würdest du eine Fortbildung besuchen? Hast du schon eine besucht? Was erwartest du dir?

### Anhang:

Frage zum therapeutischen Eros: Zu Beginn hast du eine Frau/einen Mann als hochmotiviert und einen Mann/eine Frau als schlecht motiviert gewählt. Was glaubst du woran das liegt? Die Beziehungsebene ist für dich wichtig. Wie gehst du mit gegengeschlechtlichen Patienten um die Andeutungen machen? Glaubst du, dass es für den Fortschritt in der Therapie etwas bringt, wenn der Patient ein bisschen in die Therapeutin verliebt ist?

Tabelle 5: Interview-Leitlinie

### 3.2.4 Aufnahme der Interviews und Transkription

Die Interviews werden mittels digitalem Medium (Olympus Digital Voice Recorder) aufgenommen und auf der Computerfestplatte gespeichert. Eine zusätzliche Sicherung der Interviewaufnahmen erfolgt auf einem USB-Stick. Im Anschluss werden die Interviews transkribiert. Die erhobenen Daten werden anonymisiert.

Die Interviewerin wird mit dem Kürzel „I“ bedacht und die Expertin mit einem „L“ für Logopädin.

Die Abkürzung in den Ergebnissen z.B.:(L3/10) bedeutet Interviewpartnerin drei, Seite zehn.

Dialektgefärbte Antworten werden aufgrund der besseren Lesbarkeit in deutsche Schriftsprache transkribiert. Dialektale Ausdrücke werden beibehalten.

Jedes Transkript enthält die Nummer des Interviews, das Aufnahmedatum sowie die Dauer des gesamten Interviews. Die Reihung der Interviews erfolgt nach deren Durchführung.

Die Länge der Interviews variiert zwischen 50 und 67 Minuten.

Expertin	Dauer in Minuten
1	54:62
2	1:02:32
3	1:02:15
4	56:19
5	52:23
6	54:26
7	59:59
8	50:50
9	1:07:51
10	57:49
11	56:04
12	1:00:20
13	58:41
14	1:03:32

Tabelle 6: Dauer der Expertininterviews

### 3.3 Auswertung der Experteninterviews nach Mayring

Zur Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt, da diese zur Bearbeitung von Experteninterviews in der Sozialforschung schon sehr gut erprobt ist und oftmals zur Verwendung kommt. Die Inhaltsanalyse ist gestützt auf ein Kategoriensystem, welches entweder induktiv oder deduktiv angelegt sein kann (Mayring 2008). Als Corpus dienen die Interviews mit den Logopädinnen. Die Autorin hat sich für eine induktive Kategorienbildung entschieden. Bei der induktiven Kategorienbildung leiten sich „die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich vorab auf formulierte Theoriekonzepte zu beziehen“ (Mayring 2008).

Die Vorgehensweise nach Mayring umfasst folgende Schritte:

Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring 2008)	
1.Schritt	Bestimmung der zu explizierenden Textstelle
2.Schritt	Überprüfung der Textstelle auf ihre grammatikalische und lexikalische Bedeutung
3.Schritt	Bestimmung des zulässigen Explikationsmaterials
4.Schritt	Materialsammlung und Entscheidung für eine enge Kontextanalyse
5.Schritt	Erklärung der Textstelle durch Formulierung der Paraphrase
6.Schritt	Überprüfung, ob eine sinnvolle Explikation erreicht wurde
7.Schritt	Überarbeitung des Kategoriensystems falls notwendig
8.Schritt	Paraphrasierung des extrahierten Materials
9.Schritt	Zusammenfassung in Unterkategorien
10.Schritt	Zusammenfassung in Hauptkategorien

Tabelle 7: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring 2008)

## 4 ERGEBNISSE

### 4.1 Hintergründe für Motivation des Patienten

#### 4.1.1 Persönlichkeit

Item:  
GP Persönlichkeit

##### 4.1.1.1 Definition

Der Begriff Persönlichkeit umfasst die einzigartigen psychologischen Eigenschaften eines Individuums, in denen es sich von anderen unterscheidet.

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Persönlichkeit>, letzter Zugriff 19.4.2010)

#### 4.1.1.2 Resultat

Mit expliziten Fragen (Frage 8 und Frage 9) wurde versucht herauszufinden, ob es Charaktereigenschaften von Patienten gibt, die förderlich für die Motivation in der Therapie und den Fortschritt in der Rehabilitation sind.

Aufgrund der Vielzahl an genannten Charaktereigenschaften wurden diese nach der untenstehenden Systematik geordnet:

Positiv	Überbegriff	Synonyme
	Ausdauer	Durchhaltevermögen, gewisses Maß an Ehrgeiz, Frustrationstoleranz, zielstrebig, Disziplin, Kämpfer, Geduld
	Mitarbeit	Interesse, Aufmerksamkeit, Pünktlichkeit, Motivation, Einlassen auf Therapie, Akzeptanz, Vertrauen gegenüber Therapeutin, Neugier, Wohlfühlen im eigenen Körper
	Positive Stimmung	Humor mit sich selber, Freude, Offenheit, Extrovertiertheit, kontaktfreudig,
	Selbstwert	Eigenständigkeit, Mut,
	Krankheitseinsicht	Selbstreflexion

Tabelle 8: Positive Persönlichkeitseigenschaften

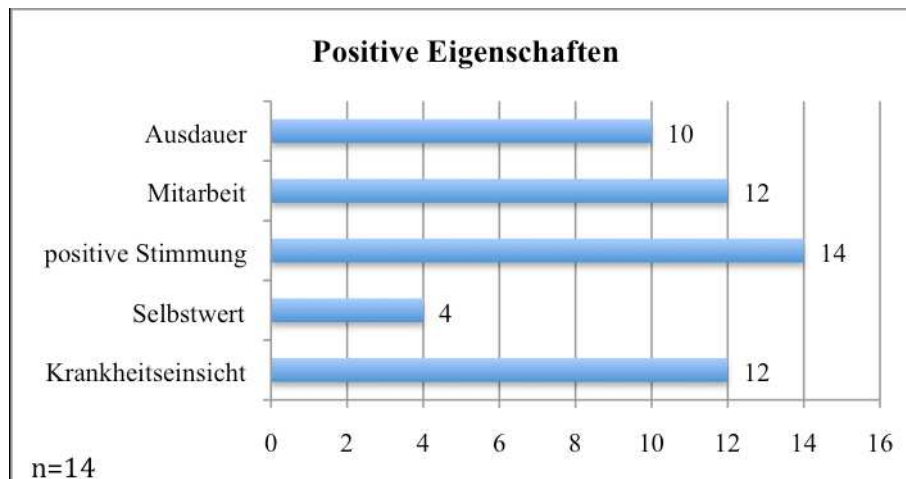


Abbildung 3: Positive Persönlichkeitseigenschaften

Negativ	Überbegriff	Synonyme
	Depression	Negative Grundeinstellung, keine Motivation
	Fehlende Krankheitseinsicht	Fehlende Akzeptanz, Ungeduld
	Perfektionismus	Zuviel Ehrgeiz
	Aggression	Ärger, Zorn auf sich selbst
	Introvertiert	verschlossen, misstrauisch, abwartend
	Verminderter Selbstwert	Versagensangst, Verantwortung abgeben, ängstlich, fehlende Mitarbeit, Verantwortung abgeben
	Fehlende Mitarbeit	Verantwortung abgeben

Tabelle 9: Negative Persönlichkeitseigenschaften

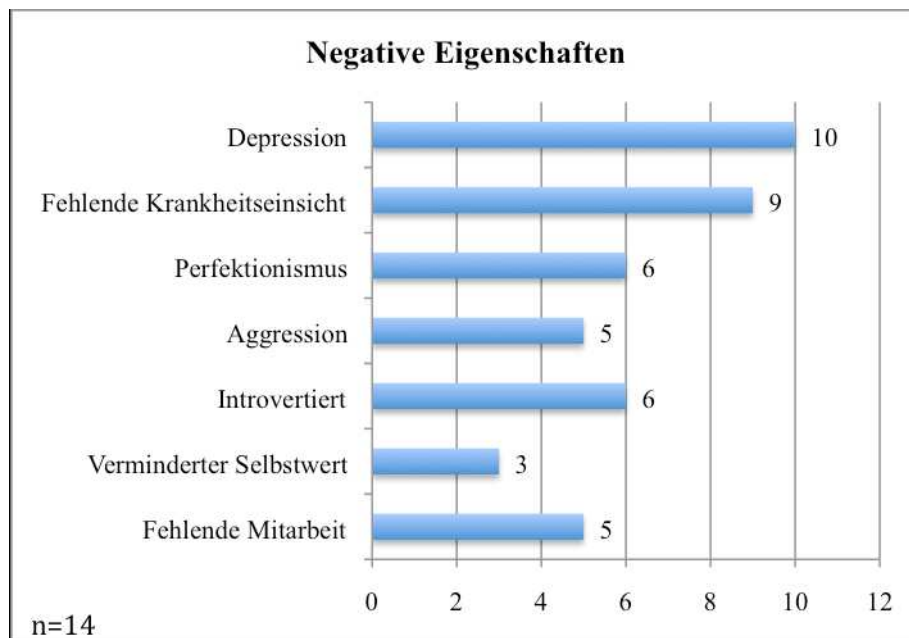


Abbildung 4: Negative Persönlichkeitseigenschaften

#### 4.1.1.3 Interpretation

Alle 14 Logopädinnen gehen im Zusammenhang mit Motivation auf Charaktereigenschaften der Patienten ein. Folgende Eigenschaften zeigen eine Assoziation zu guter Motivation: Ausdauer, Mitarbeit, positive Stimmung, Selbstwert und Krankheitseinsicht.

Andererseits zeigen Depression, fehlende Krankheitseinsicht, Perfektionismus, Aggression, Introvertiertheit, verminderter Selbstwert und fehlende Mitarbeit eine Assoziation zu schlechter Motivation und dementsprechend schlechterem Outcome.

Interessanterweise kann sich Ehrgeiz sowohl positiv in Form von Ausdauer und Durchhaltevermögen als auch in seiner übersteigernden Form, dem Perfektionismus negativ auswirken. Ebenso sind die Stimmung und die Krankheitseinsicht des Patienten wichtige Marker.

## 4.1.2 Emotion

Item:  
GE Emotion

### 4.1.2.1 Definition

Die Emotion (v. lat.: ex „heraus“ und motio „Bewegung, Erregung“) ist ein psychophysiologischer Prozess, der durch die bewusste und/oder unbewusste Wahrnehmung und Interpretation eines Objekts oder einer Situation ausgelöst wird und mit physiologischen Veränderungen, spezifischen Kognitionen, subjektivem Gefühlserleben und einer Veränderung der Verhaltensbereitschaft einhergeht.

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Emotion>; Zugriff 10.04.2010)

### 4.1.2.2 Resultat

#### *Depressivität*

Depressiv (lat. deprimere „niederdrücken“) bezeichnet umgangssprachlich einen Zustand psychischer Niedergeschlagenheit. In der Psychiatrie wird die Depression den affektiven Störungen zugeordnet. Im gegenwärtig verwendeten Klassifikationssystem psychischer und anderer Erkrankungen (ICD 10) lautet die Krankheitsbezeichnung depressive Episode oder rezidivierende (wiederkehrende), depressive Störung. Die Diagnose wird allein nach Symptomen und Verlauf gestellt. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Depression>, letzter Zugriff 10.04.2010)

#### Depression nach Schlaganfall (Poststroke Depression - PSD)

Schon während der ersten Wochen nach dem Schlaganfall entwickelt sich bei vielen Patienten eine Depression, die sogenannte „Poststroke Depression“ (PSD). Die Ursache dieser Poststroke Depression ist teilweise noch unklar. Zwischen 1985 und 1995 wurden 200 wissenschaftliche Studien publiziert. Schlussfolgerungen sind schwierig, da die Ergebnisse sehr differieren (Staub & Carota 2005).

Im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung wurden bereits einige Risikofaktoren die im Zusammenhang mit einer Poststroke Depression stehen diskutiert. Dazu gehören das Alter, das Geschlecht, die soziale Situation, die Lokalisation und das Volumen der Hirnläsion, die psychiatrische Vorgeschichte, sowie die körperliche und kognitive Beeinträchtigung.

Zusammenfassend wird durch die Therapeutinnen ein „depressiver“ Patient mit folgenden Worten beschrieben:

Verbittert sein	Niedergeschlagen sein
Gedrückte Stimmungslage	Weinen
Depressiver Gesichtsausdruck	Antriebslosigkeit
Trauer	Hoffnungslosigkeit
Negatives Denken	Lethargie

*Tabelle 10: Depressivitätsmerkmale*

„was immer ein Thema ist, sind dann diese depressiven Phasen dann auch nach dem Realisieren was passiert ist und wie schwer die Behinderung ist, und ob man die Möglichkeit hat Hilfe anzunehmen in so einer Phase, das man da auch wieder herauskommt.“

(L5/3)

„Manchmal stehen schon die Augen unter Wasser und du merkst er will jetzt etwas loswerden und dann sitzt man halt so lange bis es da ist.“

(L6/7)

„die Depression, die ja fast alle im Grunde haben, wie geht man damit um, manche Leute, die waren viel krank, aber die schaffen das mit ein wenig Unterstützung medikamentös und andere versinken, geht einfach nicht anders. Ich glaube, dass der Körper mit ihnen macht was er will, ich glaube auch nicht dass das steuerbar ist, so diese exogene Depression, das die das dann steuern könnten, weil oft wird es ja so kommuniziert, er soll sich nicht so hängen lassen, stimmt nicht wirklich, da muss man vorsichtig sein.

Die Depression ist da und die Medikation passt nicht, dann haben sie ein paar Wochen verloren.“

(L7/4)

„Wenn ich merke da kommt gar nichts, ist sicher ein Gespräch mit dem Arzt an der Reihe, das man schaut wie geht es dem mit der Stimmung. Das ist so ein wesentlicher Punkt, braucht der Patient eine Stütze und das ist der Grund warum er nicht mitarbeiten kann oder er hat deswegen keine Motivation. Er hat dann eine Depression.“

(L11/5)

„ich finde wichtig, das es ihm von der Stimmung her gut geht, wenn es Probleme gibt sprich Depression, dann können sich die Leute nicht auf die Therapie einlassen. Das ist eine wichtige Grundvoraussetzung“

(L12/1)

„versinken in eine Lethargie, Depression, immer wieder daran zu denken, was doch nicht geht und was doch früher war, eine gewisse Art der Hoffnungslosigkeit.“

(L14/4)

### *Angst*

Angst ist ein menschliches Grundgefühl, welches sich in als bedrohlich empfundenen Situationen als Besorgnis und unlustbetonte Erregung äußert. Auslöser können dabei erwartete Bedrohungen etwa der körperlichen Unversehrtheit, der Selbstachtung oder des Selbstbildes sein. Begrifflich wird dabei die objektunbestimmte Angst von der objektbezogenen Furcht unterschieden. Weiterhin lässt sich die aktuelle Emotion Angst unterscheiden von der Persönlichkeitseigenschaft Ängstlichkeit, also häufiger und intensiver Angst zu fühlen als andere Menschen.

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Angst>; Zugriff 10.04.2010)

„ich habe so das Gefühl, der Erstkontakt ist wichtig, wie der Einstieg ist, ob Ängste da sind“

(L5/1)

### *Aggressivität*

Unter Aggressivität (lat.: aggredi → herangehen, angreifen: Angriffslust) versteht man in der Verhaltensforschung die innere Bereitschaft eines Organismus zur Ausführung aggressiven Verhaltens (Aggression) gegen Artgenossen.

Aggressivität allein muss in einer Lebenssituation nicht zwangsläufig Aggressionen auslösen. Erst wenn bei vorhandener Aggressivität mehr oder weniger starke Schlüsselreize, die Aggressionen

auslösen können, auf einen Organismus einwirken, wird dieser Aggressionen zeigen. Der Grad an Aggressivität kann durch innere Faktoren (zum Beispiel bestimmte Hormone wie Testosteron) oder vorausgehende Erfahrungen schwanken. Bei hoher Aggressivität kann schon ein schwacher Schlüsselreiz Aggressionen auslösen. Ist die Aggressivität gering, bedarf es stärkerer Schlüsselreize, um aggressives Verhalten zu provozieren.

Die Begriffe Aggressivität und Aggression sollten daher nicht synonym gebraucht werden. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Aggressivität>; letzter Zugriff 10.04.2010)

„... aggressiv, jähzornig, wenn er recht depressiv ist.“  
(L9/4)

„wo du damit rechnen musst, das sie auch einmal zuhauen, weil sie nicht einsehen, das sie jetzt Therapie haben, ganz niedergeschlagen, weil sie mit der Krankheitsverarbeitung noch nicht zurecht kommen. Warum ist das mir passiert, kommen aus dem Loch nicht heraus, bis wieder hin zu - ich will das verändern und ich schaffe das!“

(L10/1)

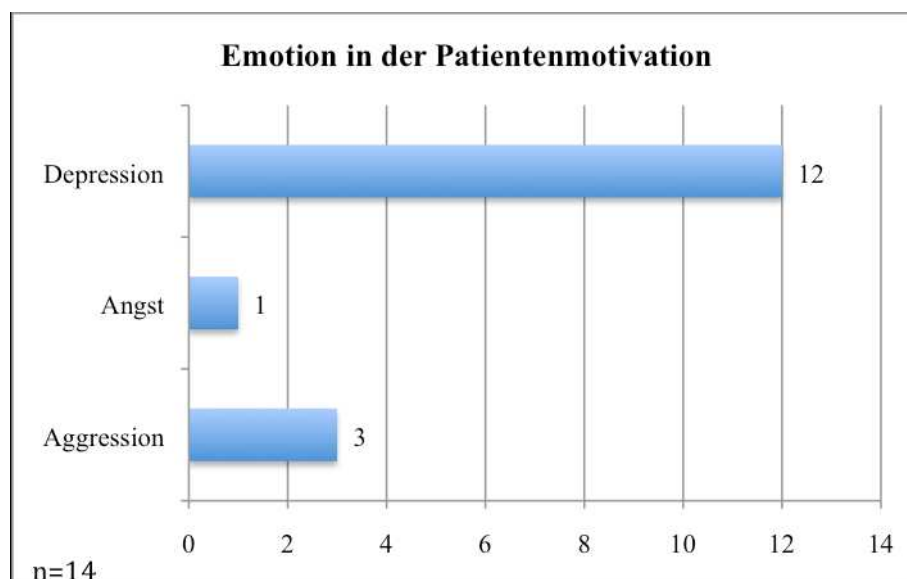


Abbildung 5: Emotion in der Patientenmotivation

#### 4.1.2.3 Interpretation

12 von 14 Logopädinnen gingen auf die emotionale Grundstimmung auf Patientenseite näher ein, wobei von allen Depressivität als negativer Einflussfaktor auf den Therapieprozess genannt wurde.

„Depression“, wie oft in den Interviews erwähnt, ist ein sehr dehnbarer beschreibender Begriff, in welchem die ursächlichen Zusammenhänge nicht erläutert werden.

12 von 14 Therapeutinnen bezeichneten mit dem Terminus „Depression“ ein Zustandbild, das sich durch Verbittert sein, Niedergeschlagenheit, Weinerlichkeit, depressiven Gesichtsausdruck, Antriebslosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit und negatives Denken skizzieren lässt. Die interviewten Logopädinnen messen der Depressivität eines Patienten einen negativen Einfluss auf den Therapieverlauf bei.

Eine Logopädin erachtet bestehende Ängste als wichtigen Klärungspunkt bevor eine Therapie begonnen wird.

3 der 12 Logopädinnen beschrieben Aggressivität, wobei 2 davon die Aggressivität in Verbindung mit einer Ablehnung der Therapie brachten. Eine Therapeutin erachtete aggressives Verhalten als Teil der depressiven Grundstimmung.

#### **4.1.3 Klinische Faktoren**

Items:

GK-KO Kognition

GK-AZ Allgemeinzustand

GK-AL Alter

GK-ND Neurologische Defizite

##### *4.1.3.1 Definition*

Unter klinische Faktoren sind alle medizinischen, kognitiven und neurologischen Faktoren zusammengefasst, die den Rehabilitationsprozess begleiten können.

##### *4.1.3.2 Resultat*

###### *Kognition*

Definition:

Kognition (lat. cognoscere: „erkennen, erfahren, kennen lernen“) ist die von einem verhaltenssteuernden System ausgeführte Informationsumgestaltung. Kognition ist ein uneinheitlich verwendeter Begriff, mit dem auf die Informationsverarbeitung von Menschen und anderen Systemen Bezug genommen wird. Oft ist mit „Kognition“ das Denken in einem umfassenden Sinne gemeint. Zu den kognitiven Fähigkeiten eines Menschen zählen zum Beispiel die Aufmerksamkeit, die Erinnerung, das Lernen, die Kreativität, das Planen, die Orientierung, die Imagination, der Wille, und einige mehr. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Kognition>, Zugriff am 12.4.2010)

„... prinzipiell einmal die Offenheit dabei zu sein, Aufmerksamkeit zu haben, sich konzentrieren zu können, (...) Wenn kognitive Fähigkeiten gegeben sind, je klarer man üben kann mit ihm desto besser ist es.“

(L2/1)

„...vorwiegend Patienten, die große Veränderungen zeigen, sind Patienten, die frisch zu uns kommen, das ist eher selten der Fall und kognitiv einen super Background haben. Sobald die Kognition zusätzlich betroffen ist, ist die Veränderung minimal bis kaum da. Wirklich große Veränderungen sind bei jungen Patienten, bei frischen Geschehnissen also diese drei Hauptpunkte.

(L4/2)

„...kognitive Fähigkeiten - Wahrnehmung, Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit – das sind Grundvoraussetzungen für die Therapie, denn das ist so oft limitierend, das macht es schwierig, denn da bin ich am Anfang schon wieder am Ende.“

(L8/5)

###### *Allgemeinzustand*

#### Definition:

Bezeichnung für die körperliche Verfassung eines Menschen unabhängig von evtl. Krankheitssymptomen.

(Pschyrembel® Online Premium Pflege, Zugriff am 12.4.2010)

„...wir haben sehr viele alte Leute, die sehr schlecht sind vom Allgemeinzustand, wo viele andere Dinge da noch drüber liegen, die einfach diese Motivation sehr hemmen.“

(L3/2)

„der Erstkontakt ist wichtig, wie der Einstieg ist, ob Ängste da sind oder ob der Allgemeinzustand schlecht ist, der einfach den Kontakt schwer macht, ...“

(L5/1)

„...am stärksten wahrscheinlich durch das körperliche Befinden, der Gesundheitszustand ist sicher entscheidend, Schmerz ist sicher am meisten einschränkend und das ist auch zu akzeptieren“

(L5/5)

„...körperliche Probleme, Lungenentzündung kriegen oder das Entkatheterisieren nicht funktioniert oder wenn sie mit dem Stuhlgang Probleme haben, aber auch über längere Zeitspannen, wenn sie auch Entzündungen haben dazu, das beeinträchtigt natürlich sehr stark.“

(L7/4)

„...Allgemeinzustand dementsprechend so ist, das er bei mir die 40 Minuten gut mitarbeitet, das ich das Gefühl habe, das schafft er, ohne das es ihm an die Substanz geht.“

(L8/1)

#### *Alter*

„...wie ist die Erstversorgung, ob jemand lange wo liegt, oder sofort gefunden wird, Alter spielt schon eine Rolle medizinische Faktoren: Ausprägung wie und wo, gibt Bereiche die von vorneherein nicht so eine gute Prognose haben.“

(L9/1)

„Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, bewusste Aufnahmefähigkeit, Zuhören, Blickkontakt aufnehmen, Ausdauer, Familie, Alter, die Motivation ...“

(L11/1)

#### *Neurologisches Defizit*

##### Definition:

durch umschriebene pathologische Veränderung des Gehirns verursachte Symptome; supratentoriell z. B. Hemiplegie bei Schlaganfall, infratentoriell z. B. zerebelläre Symptome.

(Pschyrembel® Online Premium Klinisches Wörterbuch, Zugriff am 12.4.2010)

„...auch natürlich durch die Schädigung an sich, wenn er eine frontale Schädigung hat - dann ist die Motivation einfach niedriger, und dann muss ich damit anders umgehen...“

(L5/5)

„...wie ist die Erstversorgung, ob jemand lange wo liegt, oder sofort gefunden wird, Alter spielt schon eine Rolle medizinische Faktoren: Ausprägung wie und wo, gibt Bereiche die von vorneherein nicht so eine gute Prognose haben.“

(L9/1)

„...von seiner Aufmerksamkeit, von der Einstellung, auch es ist ihm bewusst, ich bin jetzt da, auch Reha, zugewandt, hängt von der Schwere der Störung ab, erkennt es an den Patienten, neuerliches Geschehen...“

(L10/1)

„...der stärkste Faktor ist für mich die Ausprägung der Schädigung, der Schweregrad des zerebralen Geschehens...“

(L14/1)

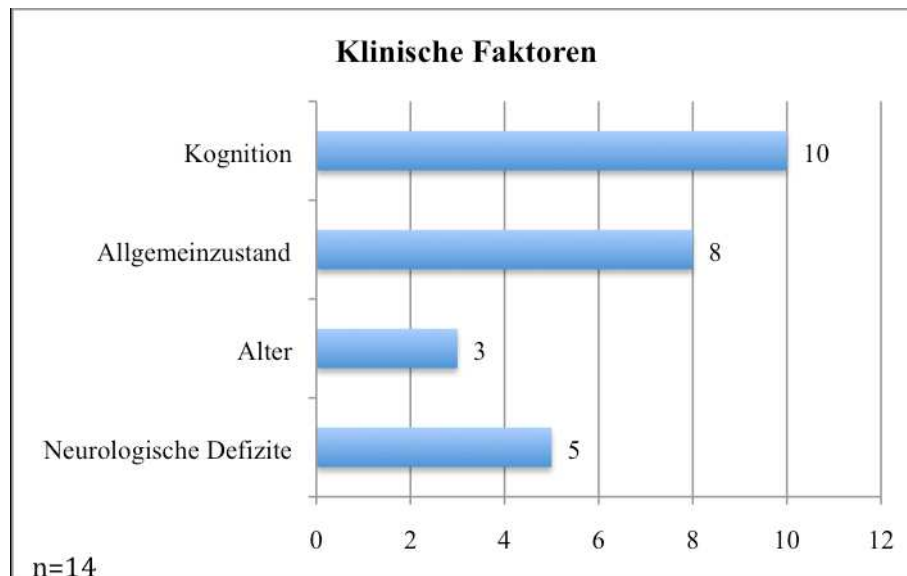


Abbildung 6: Klinische Faktoren

#### 4.1.3.3 Interpretation

13 von 14 Logopädinnen erwähnen klinische Faktoren als Einflussfaktor auf die Motivation der Patienten.

10 Interviewte meinen, dass kognitive Einbußen die Therapie stark limitieren und die Prognose verschlechtern.

Der Allgemeinzustand wird von 8 Therapeutinnen als wichtig für die Motivation und den Therapiefortschritt angeführt, denn Störungen der Grundfunktionen (Miktion, Defäkation, Fieber, ...) mit mangelndem Durchhaltevermögen limitieren die therapeutischen Bemühungen.

Alter als Einflussfaktor erwähnen drei Logopädinnen und der Grad der neurologische Defizite hat für fünf Kolleginnen einen Einfluss auf die Motivation.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass klinische Faktoren sowohl für die Patienten als auch die Therapeuten einen entscheidenden Einfluss auf die therapieassoziierte Motivation haben.

#### **4.1.4 Umgebung und soziale Interaktionen im Krankenhaus**

Items:

GU-1 räumliche Umgebung

GU-2A Soziale Interaktion im Krankenhaus – nicht-logopädisches Personal

GU-2B Soziale Interaktion im Krankenhaus - Gruppentherapie

GU-2C Soziale Interaktion im Krankenhaus - Alltagstraining

##### *4.1.4.1 Resultat*

###### *Räumliche Umgebung*

„Es gibt Patienten, die sagen, es interessiert sie nicht und sie möchten nicht, dann weiß ich, sie wollen nicht wirklich, ich biete ihnen aber trotzdem die Therapie an und vielleicht im Rahmen jetzt nicht unbedingt einer strengen logopädischen Therapie, sondern in einem anderen Setting, indem ich z.B. in die Natur rausgehe und Sprache anders vermitteln kann, als nur am Tisch...“

(L4/2)

„Das man den Patienten mit ins Therapiezimmer nimmt, dass ich die Ruhe habe und keine Störung habe.“

(L5/1)

„...schon auch dass der Rahmen passt. Die Therapie am Zimmer ist schon für den Patienten und auch für mich sehr schwierig, gute Rahmenbedingungen, kein Lärm...“

(L8/1)

###### *Soziale Interaktion im Krankenhaus*

Definition:

Soziale Interaktion bezeichnet das wechselseitige aufeinander bezogene Handeln zwischen Akteuren, also das Geschehen zwischen Personen, die aufeinander reagieren, einander beeinflussen und steuern. ([http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale\\_Interaktion](http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Interaktion), letzter Zugriff 26.04.2010)

###### *Soziale Interaktion mit nicht-logopädischem Personal*

„...das Wohlfühlen auf einer Station bei der Pflege und bei den Therapeuten.“

(L11/5)

„es beeinflusst die Stimmung im Haus – gerade die Aphasiepatienten sehr, wie wird mit ihm außerhalb der logopädischen Therapie umgegangen, wie geht der Physiotherapeut mit der Sprachstörung um, wie wohl fühlt er sich auf der Station, wo er ja auch viel Zeit verbringt.“

(L13/1)

„...die Station, der Umgang des restlichen Personals und der Station mit dem Patienten, wobei ich davon ausgehe, dass das immer positiv ist. Das er sich gut aufgehoben fühlt, beeinflusst das schon, vom Pflegepersonal würdevoll behandelt fühlt...“

(L14/1)

###### *Soziale Interaktion - Gruppentherapie*

#### Vorteile:

„Die Patienten merken sie sind nicht allein mit dem Problem. Es gibt auch andere mit demselben Problem. Sie haben weniger Hemmungen sich mitzuteilen, weil die anderen ja auch Schwierigkeiten haben. Sie sind unter Gleichgesinnten und da ist die Motivation einfach stärker, als wenn immer ein Gefälle ist. Der eine ist normal sprechend und der andere hat ein Handicap. Dann sind die Gruppen auch oft humorvoll, es sind unterschiedlichste Persönlichkeiten beisammen und es läuft natürlich nicht so intensiv ab für sie. Sie sind nicht immer gefordert, es kommen auch einmal andere dran. Sie haben mehr Pausen dazwischen und sie sind aber motiviert, dass sie sich vor den anderen nicht blamieren und sie bemühen sich noch mehr, dass sie mitarbeiten. Sie wollen sich keine Blöße geben. Sie wollen nicht im Abseits sein. Und es verbindet einfach. Es hat eine eigene Gruppendynamik.“

(L1/14)

„Ich finde es aber eine ganz tolle Situation, weil die Patienten mit anderen in Kontakt kommen, die ähnliche Störungen haben oder auch sprachliche Störungen haben. Jeder Mensch geht anders damit um und da können sich dann viele etwas Positives mitnehmen also insofern finde ich die Gruppentherapie ganz etwas Tolles. Das gemeinsame Üben macht auch Spaß, da steigert sich die Motivation, weil jeder will besser sein, jeder möchte seine Leistung zeigen und insofern ist das eine tolle Sache.“

(L12/3+4)

#### Nachteile:

„...ich stelle es mir schwierig vor, weil es wichtig ist ähnliche Störungsbilder zusammenzutun, aber ich habe nicht wirklich die Erfahrung, ich denke mir halt ein schwerer Globalaphasiker und Brocaaphasiker und einen mit amnestischer Aphasie, das stelle ich mir schwierig vor, das zu leiten.“

(L2/3)

„...die Problematik war die, dass zuwenig zusammengelassen sind mit vergleichbaren Leistungen, Leute die zusammenarbeiten können, die Gruppen waren sehr, sehr klein, waren zu unterschiedlich vom Störungsbild, die Aphasiker hatten dann unterschiedliche Schweregrade, sodass dann die einen eher unterfordert und die anderen überfordert waren, was dann doch wieder hemmt, wenn die Kluft zu groß ist. Da fragen sich dann manche was sitzt ich drinnen und andere verzweifeln. Wir haben dann damit aufgehört. Ich bedaure es. (...) 4-6 Wochen sind die Leute da und jetzt wenn jemand zusammengepasst hat, hat es sein können, dass der schon wieder abgereist ist, wenn der andere kam, das war eher das Problem der Organisation.“

(L3/4)

„Wir haben das versucht für viele Patienten, auch mit zwei Patienten, aber ich bin immer wieder daran gescheitert, weil wir nicht dasselbe Niveau der Patienten zusammengebracht haben oder dass die wirklich etwas davon gehabt haben. Das ist irgendwie schwierig, ich täte es gern machen, zusätzlich als Therapie, aber die Niveaus der Patienten waren so unterschiedlich, dass wir das nicht auf eine Reihe gebracht...“

(L7/2+3)

„Gruppentraining habe ich noch nicht gemacht. Ich habe noch nie Aphasiker gehabt, die ich mir hätte vorstellen können in einer Gruppe, weil die Störungen so unterschiedlich waren.“

(L11/2)

Vorteile	Nachteile
Gruppendynamik, gegenseitige Motivation	Organisation schwierig
Ansporn	Heterogenität der Störungsbilder
Selbstsicherheit fördern	Gewisses Niveau für Teilnahme nötig
Austausch	Frustration bei schlechterem Abschneiden oder Unterforderung
Geringerer Druck, weniger Hemmungen	
Spaß, Humor	
Reale Übungssituation	

*Tabelle 11: Vor- und Nachteile der Gruppentherapie*

### *Soziale Interaktion - Alltagstraining*

#### Vorteile:

„ja, ist ganz ein wichtiger, wesentlicher Punkt, weil das die Patienten total motivieren kann und weil sie merken, sie müssen im Alltag Fähigkeiten haben sich mitzuteilen z.B. Einkaufen gehen, etwas zum Essen und Trinken kaufen oder jemanden um den Weg fragen oder telefonieren, weil das ja auch im Alltag gewünscht und gefordert wird.“  
(L1/14)

„Alltagstraining finde ich sehr wichtig, setze ich ein und versuche es gut vorzubereiten. (...) Übungen werden ganz schnell abstrakt und die Patienten denken sich dann wofür soll ich das machen. Aber sobald da ein konkretes Ziel ist und ich Wörter vorbereite oder sagen soll um dann damit etwas zu machen ist dann die Motivation größer. Wenn ich die Einkaufsliste nur aufschreibe oder sage, jetzt gehen wir dann hinauf in die Cafeteria und bestellen das, dann ist die Motivation eine ganz andere.“  
(L8/3)

„Alltagstraining toll, egal ob sprachlich oder nonverbal, weil das den Patienten weiterbringt, weil er das braucht im Alltag.“  
(L12/3)

„Alltagstraining sowieso. Zuerst die Trockenübungen und dann in den Alltag hinaus...“  
(L13/2)

#### Nachteile:

„Ich meine, wenn es organisatorisch leichter wäre, wäre das sicher nicht schlecht. Aber bei uns haben die Patienten meistens ein Stadium, wo ihnen der geschützte Bereich nicht schlecht tut.“  
(L6/4)

„...Es ist oft sehr schwer umzusetzen, weil man oft Co-Partner braucht, die dann auch dem Patienten die Zeit lassen die er braucht...“  
(L11/3)

„Alltagstraining ist sicher sehr sinnvoll, aber in unserem Rahmen nicht möglich, weil die meisten Patienten zu schwer betroffen sind, sind auf allen Ebenen pflege- und hilfsbedürftig ...  
(L14/2)

Vorteile	Nachteile
Fördert Motivation	Organisation schwierig (Co-Partner wird benötigt)
Wird als sinnvoll erlebt	Zeitintensiv
Selbstsicherheit fördern	Gewisses Niveau für Teilnahme nötig
Reale Übungssituation	

Tabelle 12: Vor- und Nachteile des Alltagstrainings

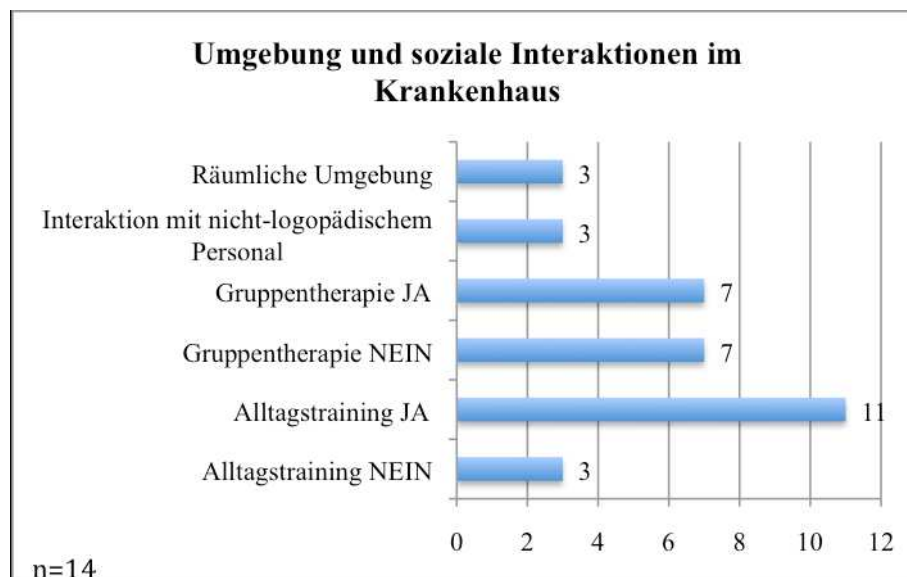


Abbildung 7: Umgebung und soziale Interaktionen im Krankenhaus

#### 4.1.4.2 Interpretation

3 Logopädinnen erwähnen, dass die räumliche Umgebung des Therapiesettings für die Motivation von Bedeutung ist. Dabei ist vor allem Ruhe wichtig. L 4 beschreibt auch die Möglichkeit räumlicher Veränderungen bei fehlender Motivation als Versuch einer Steigerung derselben.

Weitere 3 Logopädinnen beschreiben eine gute Interaktion des Patienten mit dem Klinikpersonal als unterstützend für die Motivation.

Da im Leitfaden eine Frage zum Stellenwert des Alltagstrainings und der Gruppentherapie reserviert war, nahmen alle 14 Logopädinnen dazu Stellung.

Die Hälfte der Logopädinnen organisiert Gruppentherapien. Als positiv werden die reale Übungssituation und die motivierenden gruppenspezifischen Prozesse mit gegenseitiger Motivation, Spaß und Ansporn gesehen. Zusätzlich werden die geförderte Selbstsicherheit, der Austausch mit Leidensgenossen und der geringere Druck durch weniger konfrontative Therapie genannt. Die Organisation von Gruppen wird aber als organisatorisch schwierig bezeichnet, denn es wird ein gewisses Niveau für die Teilnahme vorausgesetzt und es ist aufgrund der Heterogenität der Störungsbilder auch oft schwierig eine Gruppe zusammenzubekommen. Als negativ für den Patienten wird eine mögliche Frustration bei schlechterem Abschneiden bzw. bei Unterforderung genannt.

Alltagstraining wird von 11 Logopädinnen durchgeführt, denn ein positiver Einfluss auf die Motivation wird wahrgenommen. Erklärungen dafür sind die reale Übungssituation, die als sinnvoll erlebt wird und die durch Kompetenzzuwachs entstehende Selbstsicherheit. Die zeitintensive Organisation von Co-Partnern wird als schwierig erlebt. Wie auch bei der Gruppentherapie ist ein gewisses Niveau für die Teilnahme Grundvoraussetzung.

#### **4.1.5 Soziales Umfeld**

Items:

- GS+1 Ansporn
- GS+2 Sicherheit
- GS+3 Co-Therapeut
- GS-1 Fehlende Zusammenarbeit
- GS-2 Überbehütung
- GS-3 Überforderung

##### **4.1.5.1 Definition**

Als einen Angehörigen bezeichnet man eine zu einer anderen Person oder zu einer Gruppe von Personen in einem besonderen rechtlichen oder soziologischen Verhältnis stehende Person, wenn man dieses besondere Verhältnis hervorheben will. Zumeist sind Personen gemeint, die in engem familiären oder persönlichen Verhältnis zueinander stehen. Der Begriff ist weiter als der der Familie. Er schließt insbesondere den (i. d. R. nicht verwandten) Ehegatten (m/f) oder Lebenspartner oder verschwägte Personen ein. Darüber hinaus kann der Begriff im Sinne von „zugehören“ auch Personen umfassen, die in das Lebensumfeld der betreffenden Person gehören. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Angehörige>, letzter Zugriff 10.04.2010)

##### **4.1.5.2 Resultat**

###### *Einfluss des Sozialen Umfeldes*

Hintergrund:

Die Angehörigen nehmen eine wichtige Rolle in der Begleitung des Patienten ein. Angehörige können nach Schulung und Anwesenheit bei Therapien als Therapeut oder Coach eingesetzt werden und können dadurch wertvolle Unterstützung sein. Andererseits kann Unverständnis über die Probleme des Patienten den Fortschritt der Rehabilitation erschweren.

„so ein zwiespältiges, zweiseitiges Schwert ist die Arbeit mit den Angehörigen, da muss man sich die jeweilige Familiensituation anschauen, manchmal können Angehörige total motivierend sein und manchmal ist es genau das Gegenteil“

(L1/4)

„Angehörige haben oft schon einen großen Einfluss, positiv wie negativ in beide Richtungen...“  
(L2/7)

„Teilweise kommt mir auch vor, es hat ein Für und Wider, es gibt Angehörige, die auch den Patienten motivieren, da lade ich dann extra noch die Gattin zur Therapie ein. Aber es kann auch in die Gegenrichtung gehen, dass Therapie gar nicht möglich ist.“  
(L4/1)

„... die Angehörigen, nur wenn es passt, das weiß man meistens schnell bei Paaren vor allem, das weiß man bald einmal ob es gut ist, das der dabei ist oder mithilft, weil da kann man ordentlich einfahren.“  
(L7/5)

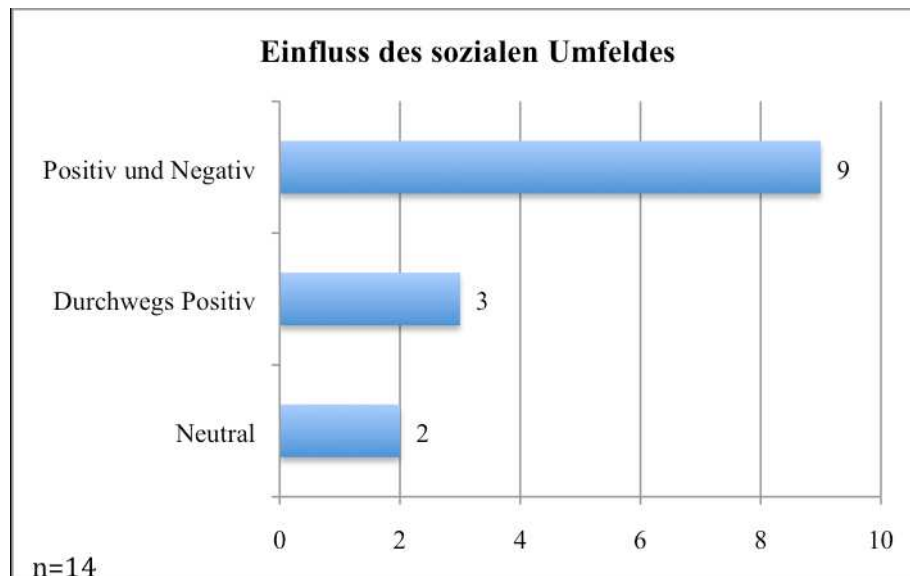


Abbildung 8: Einfluss des sozialen Umfeldes

#### Positiver Einfluss

- Ansporn
- Sicherheit
- Co-Therapeut

#### Ansporn

##### Definition:

Unter Ansporn ( $\approx$  Ermutigung) versteht man ein Verhalten oder Worte, mit denen man jemandem Mut macht und seine Motivation steigert. (<http://de.thefreedictionary.com/Ansporn>, letzter Zugriff 10.04.2010)

„Aber einige Fälle beweisen schon, dass von der Beobachtung her insbesondere, auch sprachlich auch in Richtung Demenz, Sprachgebrauch, dass die Patienten ein bisschen besser sind, motivierter sind, wenn ein Angehöriger dabei ist oder ein Enkerl dabei ist. Das sind auch Motivationsfaktoren, das muss ich gar nicht viel dazu beitragen, außer es zuzulassen, dass dann zwei Kinder dabei sind und ein Spiel gespielt wird mit dem Aphasiker. Hab ich auch schon oft gemacht. Und so haben wir gemeinsam Mensch ärgere dich nicht gespielt und so die Sprache dann auch gefördert.“  
(L4/1)

„...für manche Patienten ist es einfach schön zu sehen, die Angehörigen freuen sich so mit und sehen welche Fortschritte da sind und verstärken das noch einmal.“

(L5/4)

„...eigentlich fällt es mir auch auf, dass sich die Motivation auch steigert, wenn ich merke der hat Familie und Angehörige hinter sich, die ihn auch motivieren.“

(L8/1)

„...auch die Familie wenn es jemanden gibt, der dahinter ist, als wie wenn sich niemand schert, Sind Angehörige da die ihn motivieren und sagen das wird schon ...“

(L9/1+2)

„Ja, finde ich schon, weil die wollen wieder zurück in den Freundeskreis und in den Beruf, die haben noch Kinder, die haben so einen Druck von außen es wieder zu schaffen.“

(L11/2)

## Sicherheit

### Definition:

Subjektive Sicherheit meint „gefühlte Sicherheit“

„Es gibt Leute die haben doch am Anfang - wie wird es hier werden - Heimweh, und wenn die Familie hinter dem steht, die kommen ihn besuchen, und man merkt hoppala, der ist jetzt gefestigt, mir passiert da nichts, dann können sie sich besser auf die Therapie einlassen, aber ab welcher Einheit das ist, das kann ich jetzt nicht pauschal sagen. Auch da hängen Faktoren wie wohlfühlen dran. Es gelingen dann die Dinge wesentlich leichter.“

(L3/2)

„Angehörige, wenn er die Unterstützung spürt, ist das sehr positiv, dieses Kümmern, dass sie da sind, bei Leuten, die niemand haben, ist das auch schwer, das ist das negative ...“

(L7/4)

„... durch das Gehalten- oder Getragenwerden von der Familie, Familie: gerade die jungen Patienten sind so motiviert, weil sie wieder zurück ins Leben müssen, weil sie eine Frau, Kinder zu Hause haben, ein Haus gebaut, die Perspektive, die sie haben motiviert.“

(L11/5)

## Co-Therapeut

### Hintergrund:

Das gemeinschaftliche Üben von Angehörigen mit dem Patienten sollte gut überdacht und mit dem Patienten abgesprochen werden. Ist die Beziehung stabil, der Leidensdruck sehr hoch und die Motivation von Patient und Angehörigen sehr groß, können Angehörige mit Einverständnis des Patienten angeleitet werden, einfache Übungen auch zuhause gemeinsam durchzuführen. Dabei müssen die Angehörigen ganz genau mit ihren Aufgaben in der Durchführung vertraut gemacht werden.

(Wehmeyer, Grötzbach 2006, S. 118)

„...kann unterstützend sein, dass Angehörige mit den Patienten üben und auch co-therapeutisch wirken...“

(L2/4)

„...positiv indem sie gut mit ihm üben, Angehörige, die das so gut im Gespür haben...“

(L2/7)

„...dass die Patienten ein bisschen besser sind, motivierter sind, wenn ein Angehöriger dabei ist oder ein Enkerl dabei ist. Das sind auch Motivationsfaktoren, da muss ich gar nicht viel dazu beitragen, außer es zuzulassen, dass dann zwei Kinder dabei sind und ein Spiel gespielt wird mit dem Aphasiker. Hab ich auch schon oft gemacht. Und so haben wir gemeinsam Mensch ärgere dich nicht gespielt und so die Sprache dann auch gefördert.“

(L4/1)

„...eventuell kommt auf Patienten drauf an, sind Angehörige ganz hilfreich, manche haben es ganz gerne, wenn Angehörige dabei sind, dass man die einbezieht.“

(L9/1)

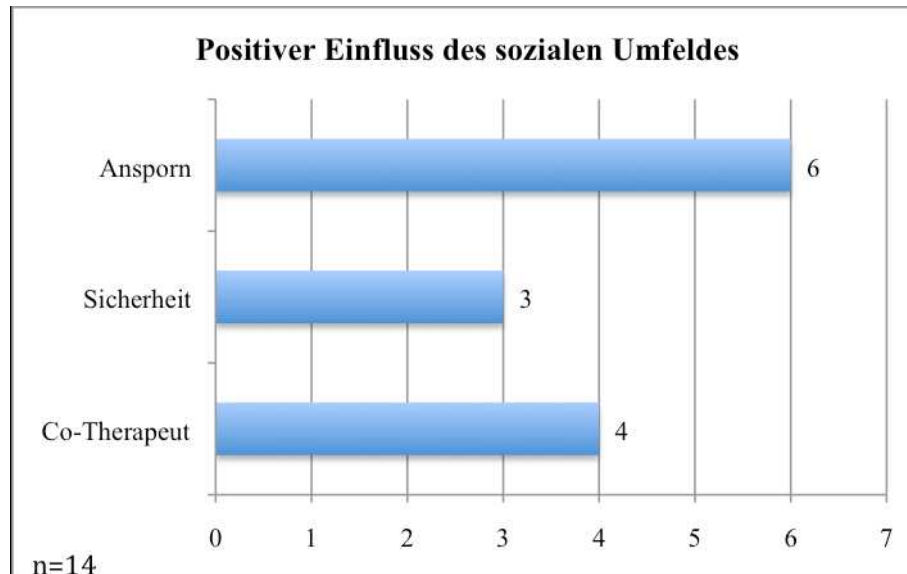


Abbildung 9: Positiver Einfluss des sozialen Umfeldes

#### Negativer Einfluss

- Fehlende Zusammenarbeit mit Therapeutin
- Überbehütung
- Überforderung

#### Fehlende Zusammenarbeit mit Therapeutin

„Wenn sie eigenes Material mitbringen und sehr kindliches verwenden, eben ihren eigenen Weg hernehmen und nicht bereit sind, von der Therapeutin Ratschläge anzunehmen, weil sie auf ihre Art und Weise dem Patienten etwas Gutes tun wollen.“

(L2/7)

#### Überbehütung

##### Definition:

Unter Überbehütung wird eine überbesorgte Haltung der Angehörigen gegenüber dem Patienten verstanden, das eine Unsicherheit und Unselbstständigkeit zur Folge haben kann.

„...die Familie insofern, weil manche Angehörige über das Thema nicht Bescheid wissen und die den Patienten sehr schnell abstempeln, sie glauben er ist nicht mehr normal oder er ist wieder ein Kind und sie schreiben ihn ab und geben ihn auf und erkennen nicht, dass der Patient sehr wohl Fähigkeiten hat, z.B. Sprachverständnis oder dass er normal denkt, dass nur die Sprache betroffen ist und halt das Schreiben. Aber dass der Intellekt noch da ist, manche Angehörige glauben, der ist deppert geworden. Der Patient gibt auf, weil er fühlt sich dann ja auch so. Er wird ja auch so behandelt und resigniert dann, weil das Umfeld ihn nicht mehr ernst nimmt oder ihn als Person nicht mehr wahrnimmt.“  
(L1/8)

„Es ist auch ganz wichtig, dass der Patient vom Angehörigen gelöst ist, d.h. es kommen immer wieder Personen, wo ich merke, dass der Angehörige sehr viel für den Patienten übernehmen und der zuwenig eigenständig agiert, man muss schauen, dass man den Patienten für sich hat und dass er jetzt gefragt ist und nicht alle Personen rundherum.“  
(L3/1)

## Überforderung

### Definition:

Als Überforderung versteht man einen in der Arbeitsaufgabe liegenden Stressor entweder quantitativer Art (Arbeitsmenge; Zeit- und Termindruck) oder qualitativer Art (Missverhältnis zwischen inhaltlichen Anforderungen der Tätigkeit und Kompetenzen der Person).  
(<http://www.psychology48.com/deu/d/ueberforderung/ueberforderung.htm>, letzter Zugriff 11.04.2010)

„Angehörige haben oft schon einen großen Einfluss, positiv wie negativ in beide Richtungen, es gibt Angehörige, die dem Patienten sehr viel Druck machen und zu viel üben wollen und es dadurch dem Patienten vermiesen, wo ich dann auch sage, es reicht wenn er in der Therapie übt oder die Art wie sie mit ihm üben.“  
(L2/7)

„...und auch ganz stark vom Umfeld, wie Angehörige einwirken auf ihn. Mach mit oder tu, ob sie es schaffen, ihn positiv zu unterstützen oder ob sie ihn eher drängen und Druck machen, das macht auch viel aus...“  
(L5/5)

„...aber wenn die sowieso ein schlechtes Verhältnis hatten oder so ein Lehrer-Schüler Verhältnis entstehen auch würde, dann muss man das sein lassen, dass sie dabei sind oder mithelfen.“  
(L7/5)

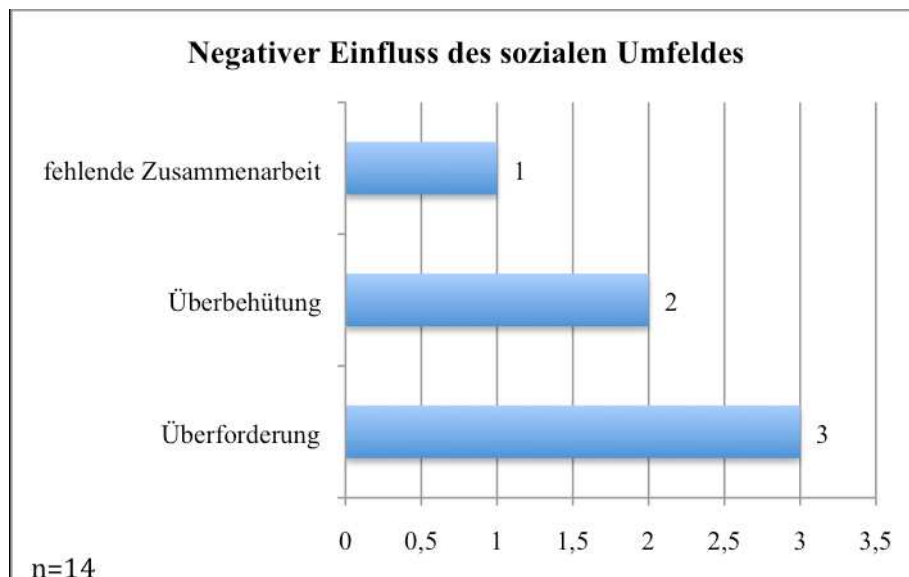


Abbildung 10: Negativer Einfluss des sozialen Umfeldes

#### 4.1.5.3 Interpretation

Alle 14 Logopädinnen erwähnen Angehörige als Einflussfaktor für die Motivation des Patienten.

9 von 14 Logopädinnen meinen, dass der familiäre Einfluss auf die Motivation sowohl positiv als auch negativ sein kann. Weitere 3 Therapeutinnen finden Angehörige generell positiv in der Unterstützung des Patienten. Die restlichen 2 Therapeutinnen äußern sich neutral über den Einfluss des sozialen Umfeldes.

Als positiver Einfluss wird von 6 Logopädinnen der Ansporn des Patienten durch Angehörige in der Therapie genannt. Besonders das „Sichkümmern“ und positive Verstärkung von Fortschritten wird von den Therapeutinnen als positiv für die Motivation erlebt.

Weitere 3 Logopädinnen finden die Sicherheit wichtig, die Angehörige durch deren Präsenz vermitteln und die für den Patienten entstehende positive private Perspektive.

4 Therapeutinnen sehen einen Vorteil in der Rehabilitation, wenn Angehörige als Co-Therapeuten auftreten.

Nachteilig wird von 3 Interviewten eine Überforderung des Patienten durch Angehörige gesehen, was sich durch Überidentifikation des Angehörigen in der Rolle des Co-Therapeuten äußert und die persönliche familiäre Beziehung belastet.

Von 2 Logopädinnen wird weiters eine Überbehütung durch Angehörige als kontraproduktiv erlebt, da ein regredierendes Verhalten gefördert wird.

1 Therapeutin sieht einen negativen Einfluss von Angehörigen, wenn die Zusammenarbeit mit der Logopädin nicht funktioniert.

#### **4.1.6 Beeinflussung der Motivation durch den Therapieverlauf**

Items:

T-1 Fortschritte in Therapie

T-2 Therapiedauer

##### *4.1.6.1 Resultat*

###### *Fortschritte*

Definition:

Fortschritt bezeichnet eine – zumeist im positiven Sinne verstandene – Änderung eines Zustandes. Gegenbegriffe sind Rückschritt oder Stillstand. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Fortschritt>, letzter Zugriff 26.04.2010)

„...gibt es schon, also ich merke, der Patient ist hoch motiviert, arbeitet gern mit, aber nach eineinhalb, zwei Monaten, wenn es vielleicht auch einen Stillstand gibt, dass die Motivation nachlässt. Und wenn der Patient das Gefühl es geht zuwenig weiter...“

(L2/2)

„...bei manchen Menschen ist es so, dass man sagt am Anfang ist die Motivation gegeben, aber schon nach einigen, 10 Sitzungen ungefähr, wenn wenig Fortschritte erreicht werden, dann nimmt die Motivation auch ab.“

(L8/4)

„In der Therapie gibt es auch die Situation, dass etwas gelingt, was die letzten zwei Wochen nicht gelungen ist. Wenn wir das beide positiv registrieren können, der Patient und ich, dann gibt es Freude. Das sind die logopädischen Sternstunden, da steigt die Motivation, gleichzeitig mit dem Besserwerden...“

(L14/2)

###### *Therapiedauer*

„Außer die Zeit wird verlängert, dann kann es schon passieren, dass die Motivation nachlässt...“

(L3/2)

„Das hängt mit dem Verlauf zusammen. Kann sein, dass die Patienten lange im Krankenhaus waren, dann schon motiviert sind, aber verlängert werden und sie wissen, sie müssen noch einmal vier Wochen bleiben, dass sie da in ein Loch hineinfallen und sich denken, ich möchte einmal heimkommen...“

(L10/2)

„Es ist zu beobachten bei Langzeitpatienten, die doch 3, 4, 5 Monate bei uns da sind, dass man einfach merkt, obwohl der Patient möchte und will, dass es einfach genug ist - die Motivation unbewusst nachlässt, weil Erschöpfung gegeben ist und weil einfach das Alltagsleben ein bisschen fehlt. Weil wenn man monatelang im Krankenhaus ist, das ist einfach eine ganz andere Situation und da merkt man einfach bei vielen, vielen Menschen und da würde es mir auch so gehen, dass es irgendwann nimmer geht, man braucht einfach eine Pause, man braucht Erholung sowohl der Körper als auch der Geist.“

(L12/3)

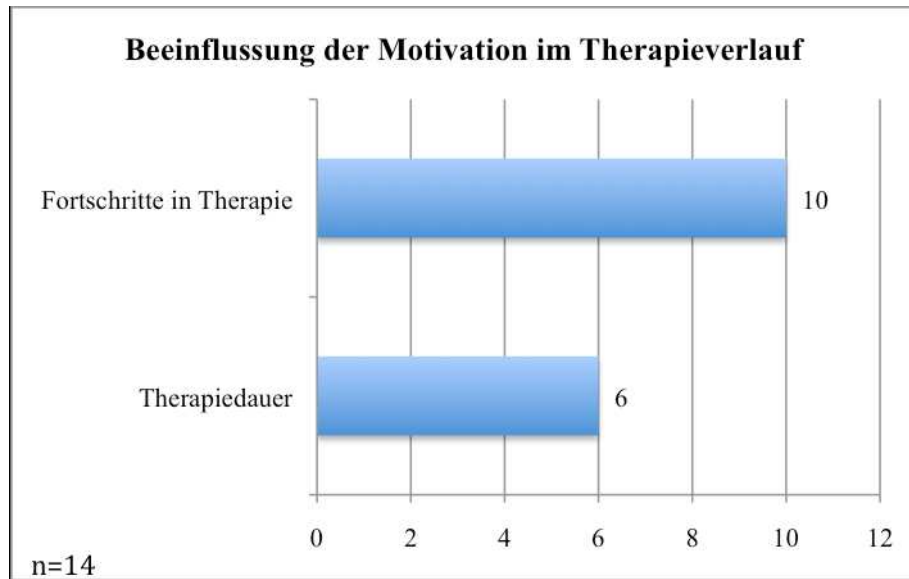


Abbildung 11: Beeinflussung der Motivation im Therapieverlauf

#### 4.1.6.2 Interpretation

Als Faktoren, welche die Motivation im Therapieverlauf beeinflussen, können in den Interviews die Fortschritte in der Therapie und die Therapiedauer identifiziert werden.

10 der 14 Therapeutinnen finden, dass Fortschritte in der Therapie die Motivation fördern. Dabei ist laut L14 die Registrierung der Fortschritte sowohl bei der Logopädin als auch beim Patienten wichtig. Werden fehlende und unzureichende Fortschritte wahrgenommen, kann die Motivation sinken.

Die Therapiedauer wird in den Gesprächen von 6 Logopädinnen erwähnt. Das wochen- und oft monatelange kontinuierliche Rehabilitationssetting kann sich dabei negativ auf die Patientenmotivation auswirken.

## 4.2 Rolle des Therapeuten

### 4.2.1 Einfluss des Therapeuten auf die Motivation des Patienten

Items:

- VT-1 Persönliche Beziehung
- VT-2 Ressourcenfindung
- VT-3 Feedback
- VT-4+ Positive Gegenübertragung
- VT-4- Negative Gegenübertragung
- VT-5 Humor
- VT-6 Arbeitsmaterialien

#### 4.2.1.1 Resultat

##### *Persönliche Beziehung*

Definition:

Persönliche Beziehungen sind die Grundlage menschlicher Sozialität und sozialer Integration. Sie helfen, die Persönlichkeit in der Bezogenheit auf andere und mit anderen zu entwickeln und prägen das Leben. Persönliche Beziehungen sind Kristallisationspunkte unseres Denkens, Fühlens und Handelns, sind vielgestaltig und verändern sich im Lebenslauf in ihren maßgeblichen Inhalten, Strukturen, Qualitäten und Funktionen. Sie nehmen verschiedene Formen an und haben fördernde, hilfreiche und schützende Wirkungen, können aber ebenso belasten und beeinträchtigen. (<http://www.kindergartenpaedagogik.de/703.html>, letzter Zugriff 18.04.2010)

„...{wichtig, dass der Patient gut mitarbeitet} Zuerst einmal der persönliche Kontakt, Vertrauensbasis schaffen.“

(...) indem ich doch nachfrage über sein persönliches Umfeld, sei es Familie oder Feste oder was alles so passiert und umgekehrt, genauso indem man von sich etwas preisgibt, dass man erzählt, was man erlebt hat, sei es auf einer Veranstaltung oder in der Familie nicht ganz persönliche Dinge, aber vertrauenserweckenden Small talk (...) Ich habe auch Patienten gehabt, für die war es wichtig dass sie einfach nur privat reden haben können, dass sie ihre Probleme losgeworden sind. Der Patient hat geredet, das ist ja Sprache und somit auch Therapie.“

(L1/1+3+7)

„Dass es zwischen Patienten und Therapeuten passt, dass Sympathie da ist, das erleichtert das auch, auch wenn das Störungsbild sehr schwer ist. (...) oft ist eine Basissympathie da. Wenn die da ist, dann ist es wesentlich einfacher, finde ich; ich habe auch schon die Erfahrung gemacht, es ist oft überhaupt nicht abhängig vom Störungsbild, auch wie angenehm die Therapiesituation dann wird, sondern von dieser persönlichen Übereinstimmung.“

(...) ich denke mir, wenn es für ihn passt, dann ist das für ihn angenehm, denn dann ist das nicht nur die „Lehrerin“ sondern dann ist eine bestimmte Beziehung entstanden.“

(L2/1+5)

„Es ist ganz wichtig, dass man auf das eingehen kann. Ich bin weniger der Typ, der sich auf das Private einlässt, ich bin nicht so der Therapeut, der nachbohrt, eher so viel wie nötig, wenn der Patient ins Reden kommt, bin ich auf jeden Fall der Gesprächspartner, der wirklich bewusst zuhört und wir können drüber sprechen ...“

(L3/9)

„Wenn sie das Gefühl haben, das ist so ein Miteinander, da ist eine gewisse Gesprächsbasis, da bin nicht ich jetzt so die Lehrende, die alles weiß und du weißt nichts und das auch einmal scherzhaft machen.“

(L4/5)

„Was immer problematisch ist, wenn es um Aphasien geht und die Testung zu sehr forciert wird und dann der Patientenkontakt oft leidet, also wenn man gleich so loslegt in der ersten oder zweiten Einheit und dass man da oft Patienten, wo es so kritisch ist mit dem Kontakt, verliert. Das man sich dann wieder einbremsen muss und mehr Zeit lassen muss für den Patientenkontakt. (...) dass man auch über persönliche Dinge, sei es seine Krankengeschichte sprechen kann.“

(L5/1)

„Wenn die Therapeuten-Patienten-Beziehung gut funktioniert, dass es einfach aus dieser Sympathie heraus für den Patienten auch Spaß macht und er dadurch motiviert ist, weil er sich angenommen fühlt, weil er nicht nur Therapie erfährt, sondern weil er auch Dinge abladen kann, weil er eine Gesprächsbasis hat und das oft, ein wichtiger Ansprechpartner ist der Therapeut, dass er aus dem Motivation zieht.

(...) es kommt zu einer ganz starken gegenseitigen Beeinflussung, die es dem Patienten am Anfang sehr viel leichter macht in der Therapie.“

(L5/4+6)

„Ich bin ja offen für die Schwingungsfähigkeit, aber mein Gegenüber muss es auch sein. Ich bin teilweise aus meiner beruflichen Position - muss ich schon offen sein, sonst hätte ich diesen Beruf nicht gewählt. Wenn ich mit meinem Gegenüber offen wäre, also ich spüre das, ob da etwas entstehen kann – eine Schwingung oder nicht. Ich meine nicht esoterische Schwingungen, ich meine, ob „die Chemie stimmt“. Wenn man von Vornherein das Gefühl hat, der schaut dich so misstrauisch an, dann wird es total schwierig, wie es weitergeht.

(...) Dass man irgendwo ganz von Therapie weg alles ausreizt, dass man zur Information kommt, die mir der Patient zu geben hat. Da kommt oft viel heraus, dass sie einfach mal das Gefühl haben, sie werden etwas los. Dann ist auch wieder Platz für Neues.“

(L6/3+6)

„...ist es für mich wichtig, dass diese Beziehung zwischen uns gut ist, dass ich so merke wir finden einen Draht.“

(L8/1)

„Es ist wichtig, wie man den Patienten empfängt und dass er das Gefühl hat, es gehört Sympathie dazu, dass man sich zum Gesicht steht - das macht es sicher leichter.“

(L9/1)

„Es gibt Einheiten, wo wir keine Übungen machen. Wenn ich merke, es ist ganz ein schlechter Tag, dass wir nur eine halbe Stunde reden, was bedrückt ihn gerade, wie wir immer gehört haben, den Patienten dort abholen, wo er steht.

(...) das hat schon mit dem Begrüßen zu tun, wenn ich den Patienten das erste Mal sehe, einfach wie du auf den Patienten zugehst und wie sich das Gespräch dann einfach ergibt. Das ist so wie bei einer anderen Beziehung, wenn man jemanden kennen lernt - das muss sich gegenseitig aufbauen - sei es mit jungen Patienten, dass du ihnen das Du-Wort anbietest, dann hast du schon eine ganz andere Beziehung, wenn sie in dem selben Alter sind oder wenn du sie mit Sie anredest, dann bin ich schon auf einer anderen Ebene, andererseits ihnen auch was mitgeben, was mich persönlich betrifft, dass sie auch von mir persönlich etwas wissen.“

(L10/4+6)

„Wie ich wirke auf einen Patienten hat einen Einfluss auf mein Gegenüber. Das ist das Zwischenmenschliche, wo man merkt, da tut sich etwas, der Patient beobachtet mich und probiert nachzuahmen.

(...) Ich denke, es ist einfach eine Verbindung, die man außerhalb der Therapie hat und ich denke, das ist schon auch in der Therapie angenehmer und von der Zusammenarbeit das Verhältnis wärmer und freundlicher ist. (...) aber es ist ganz etwas Wichtiges, dass ich mich als Person einbringe.“  
(L11/6+7)

„...Vertrauen zum Therapeuten, ein bisschen Grundvertrauen, Wertschätzung, die man ihnen gegenüber bringt, ein Wohlfühlen, ein heimeliges Gefühl, dass sich der Patient wohl fühlt in der Therapie.“  
(12/1)

„...ob man zusammenpasst als Menschen, denn wir sitzen ja auch als Menschen da, Persönlichkeit kann man ja nicht ganz abschalten und das merkt man dann so ab der 4.,5. Sitzung, wenn dann der Schmah ein bisschen läuft ...“  
(L13/2)

### *Ressourcenfindung*

#### Definition:

In der Psychotherapie sind Ressourcen innere Potentiale eines Menschen und betreffen z. B. Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken, die oftmals gar nicht bewusst sind. Innerhalb einer Psychotherapie können diese Kraftquellen genutzt werden, um den Heilungsprozess zu fördern. Die Therapie kann insgesamt ressourcenorientiert angelegt sein oder ganz gezielt bestimmte Ressourcen hervorheben und festigen. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Ressource>, letzter Zugriff 18.04.2010)

„Ich suche mir einen Bereich, den er gern hat, also sei es, ich konzentriere mich auf nicht sprachliche Dinge, versuche möglichst viel herauszufinden über seine Vorlieben, Hobbys und über diese Schiene, (...) und es gibt immer einen Bereich, wo jemand gut ist oder was jemand gerne gemacht hat. Basteln, Kochen oder was auch immer und über das, was sie gerne gemacht haben, probiere ich anzuknüpfen - das nehme ich als Motivationsfaktor, was ihm wichtig ist.“  
(L1/6)

„Also zuerst einmal ich versuche immer Themen zu wählen, die für den Patienten von persönlichem Interesse sind, wenn es zu weit entfernt ist, sinkt die Motivation und man hat keine gute Basis, ich versuche ein sehr wechselndes Angebot zu machen, das heißt nicht nur ein technisches, sehr störungsspezifisches, sondern ich versuche dann auch Dinge zu machen, die die Fähigkeit, die er hat, hervorheben, kommunikative Situationen, die positive Fähigkeiten verstärken, immer wieder Gespräche, wie es im Alltag geht und welche Erfahrungen die Leute machen, um das zu reflektieren und zu besprechen ...  
(...) da versuche ich die Interessen und die Hobbys zu eruieren, wenn der Patient das selber formulieren kann, dann eben im Gespräch, zuerst relativ neutral, ohne das ich direkt die Motivation anspreche, wenn der das nicht kann, dann über Angehörige, was hat der gerne gemacht, was hat er beruflich gemacht hat, hat er Haustiere, was sind Themen die ihn interessieren, war er bei einem Verein dabei, ...“  
(L3/6+7)

„Ich frage den Patienten oder die Angehörigen, was er gerne getan hat, was er gerne tut; so seine Vorlieben, seine Vorstellung einer lebenswerten Kommunikation ist. Das ist bei jedem individuell verschieden und ich finde das sehr wichtig, weil wenn ich mit Patienten Zettel ausfülle und die Stapel sind dann so hoch und er kann damit nichts anfangen. Die Kommunikationsbücher z.B. wendet kein Mensch an.  
(...) Wenn ich einen Geschäftsführer habe, der immer Briefe geschrieben hat, dann werde ich auf diese Schiene gehen, wenn ich eine Lehrerin habe, deren Ziel das Schreiben ist oder ich habe einen Botaniker, werde ich nichts architektonisches mit ihm machen, sondern die Pflanzen- und die Tierwelt

und ihm das Gefühl geben, er weiß mehr als ich. Oft ist das dann auch der Fall. Ich habe oft Professoren und Doktoren in der Therapie und denen taugt es dann irrsinnig, wenn sie mir etwas erklären können. Ich drucke mir das aus dem Wikipedia aus und ich muss mich da selber einlesen und ich sage ihnen: „Bitte sind sie mir nicht böse, aber ich kenne mich da nicht aus und dass sie mir das erklären. Das taugt den Leuten irrsinnig.“

(L4/3+5)

“.. indem man sich immer wieder daran erinnert, was die Bedürfnisse des Patienten sind und nicht nur seine eigenen therapeutischen Ziele im Blickfeld hat, das ist das Wichtigste, solange der Patient merkt, dass es um ihn geht und auf seine Bedürfnisse ausgerichtet ist, ist er auch motiviert.

(...) also man geht immer vom Optimum aus, dass der Therapeut den Patienten dort abholt, wo er steht.“

(L5/3+5)

“Einstellen auf den Patienten, private Geschichten einfließen lassen, was ist bei ihm passiert, was ist bei mir passiert im Rahmen, Hobbys, Humor, Ehrlichkeit und ernst nehmen des Patienten wirkt gut auf die Beziehung.“

(L8/7)

„Wenn ich weiß, der tut daheim gern Garten arbeiten und ich nehme mir jetzt eine Zeitschrift „Garten“, dann ist er sicher eher motiviert, also die Themenauswahl auch berücksichtigen, ...“

(L9/5)

„Weil man da auch eine Alltagssituation schafft, man setzt sich gemütlich zurück und man unterhält sich, worüber man sich unterhalten möchte, ob das das Haustier ist oder der Beruf, aber einfach die Leistungen, was man bisher erarbeitet hat, einzusetzen, es dem Therapeuten zu beweisen, ich kann dir das vermitteln, auch wenn es {Zeit} braucht, das sind so meine Dinge, die ich gerne mache.

(...) dem Patienten die Möglichkeit geben, die Therapie mitzugestalten, das er sieht, seine Interessen stehen im Mittelpunkt und ich gehe darauf ein.“

(L12/6+9)

„Ganz, ganz wichtig, wie es angeboten wird, ist es individuell gestaltet oder ist es ein Standardmaterial, das ist für mich persönlich sehr interessant, wie viel da weitergeht, wenn die eigenen Interessen und Leidenschaften eingebunden sind. Das ist für den Therapieerfolg sehr maßgebend.“

(L13/1)

### *Feedback der Fortschritte*

#### Definition:

Feedback ist die Bekanntgabe einer Wahrnehmung oder die Beurteilung von etwas, die wiederum zur Veränderung bzw. Verbesserung dieser Sache genutzt werden kann. (<http://de.wiktionary.org/wiki/Feedback>, letzter Zugriff 18.04.2010)

„Indem ich ihm immer wieder Rückmeldungen gebe, wie die Ausgangssituation war und was er inzwischen schon erreicht hat. So weit Fortschritte erkennbar sind.

(...) von der Sprachtherapie, wie er es erlebt, ob er es jetzt frustrierend erlebt, weil er soviel nicht kann, dass er praktisch sich auf die Fehler hingewiesen fühlt, oder ob er merkt, aha das habe ich schon wieder erreicht. Das habe ich vorher nicht gekonnt und das geht jetzt wieder vorwärts.“

(L1/3+8)

„...was ich schon kenne, dass man auch mit kleinen Schritten eine Freude haben kann, auch wenn es anders besser und schöner wäre, aber wenn etwas lange nicht funktioniert hat und es funktioniert auf

einmal, man merkt eine kleine Veränderung, die auf der Station oder von den Angehörigen zwar nicht bemerkt wird, dann melde ich das schon zurück, wie wichtig das ist und was ich immer sage, es ist alles besser, als das nichts weitergeht, eine Veränderung ist immer gut in der Therapie, wenn es nur klein ist, dann versuche ich den Patienten und mich zu motivieren.“  
(L2/8)

„Für mich ist das Erkennen ein Fortschritt, das ist für mich megawichtig, weil aus dem dieses Selbstwertgefühl resultiert und das ist, finde ich, eines der Kronjuwelen unserer Therapie, wenn man den Patienten so weit bringt, dass er sieht, was er leistet im Vergleich zu vorher.“  
L(6/5)

„...durch Lob, auch dass man oft wiederholen muss, um gut zu lernen, auch dass die Wiederholung nicht als negativ angesehen wird, z.B. klare Abgrenzung, dass man sagt: „Noch dreimal oder ein letztes Mal“, ...  
(L7/8)

„Ich glaube, dass Abwechslung sehr wichtig ist und wirklich nur dann lobt, wenn jemand etwas sehr gut macht -und dann richtig gut lobt.  
Manchmal mache ich, das muss passen, etwas nach sechs Wochen wieder und dann sage ich: „Schauen Sie am Anfang waren das so und soviel und jetzt so und soviel“ - da merkt man schon einen Unterschied. Oder einfach eine Übung vom Anfang machen, die wir schon länger nicht gemacht haben. „Wissen Sie noch, damals war es so schwierig“ - diese Situation wieder herholen – „Wie war das und wie geht es Ihnen jetzt schon“...“  
(L9/5)

„Nicht nur die Misserfolge zu sehen, sondern zu sehen, es geht was weiter, kann funktionieren ...“  
(L10/4)

„Kleine Fortschritte sind ja auch o.k., die muss ich dann gut rückmelden.  
(...) Mit Rückmeldung, mit Lob, mit anschaulich machen, mit meiner Stimmung – wenn ich mich besonders freue, wenn etwas funktioniert, was vorher drei Wochen nicht funktioniert hat, aufs Papier bringen die Fortschritte...“  
(L11/8)

„Ich behalte mir auch gerne Übungszettel auf vom Patienten und zeige ihm: „Das haben Sie am Anfang gemacht, da haben Sie noch das und das dazu gesagt und jetzt nach ein paar Wochen gelingt Ihnen schon ein viel längerer Satz und Sie können das besser vermitteln“.  
(L12/4)

„Hin und wieder mache ich einen Zwischenstatus: wo sind wir, was haben wir erreicht und wo wollen wir hin, wie geht es dem Patienten, mit dem, was wir machen. Eine Feedback-Runde, wenn der Patient in der Lage ist, das kann auch neue Aspekte bringen...“  
(L13/4)

„...durch Lob, positive Verstärkung, positive Rückmeldung, auch klare Vorgaben, und zwar das machen wir jetzt fünf Mal oder erwähnen, dreimal war es schön, zweimal war es nicht so gut. Ich gebe schon auch, wenn es die Patienten verkraften, eine Abgleichung, was war besonders gut, was war nicht so gut...“  
(L14/9)

### *Gegenübertragung*

Definiton:

Als Gegenübertragung bezeichnet man in der Psychoanalyse eine Form der Übertragung, bei der ein Therapeut auf den Patienten (bzw. auf dessen aus Übertragungspänomenen hervorgehende Handlungen und Äußerungen) reagiert und seinerseits seine eigenen Gefühle, Vorurteile, Erwartungen und Wünsche auf diesen richtet. Der Therapeut verlässt hierbei aus verschiedenen Motiven – in der Regel vorübergehend – seine neutrale Position.

Prinzipiell lassen sich - wie bei der Übertragung - positive und negative Gegenübertragung unterscheiden, je nachdem, ob eher angenehme oder eher unangenehme Gefühle im Vordergrund stehen.

Die Formen der Gegenübertragung sind sehr vielfältig. Sie reichen von Zuneigung, sozialen oder zärtlichen Wünschen bis hin zu negativen Gefühlen, Abneigung oder abwertenden Gedanken und Äußerungen, die der Therapeut dem Patienten entgegen bringen kann. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Gegenübertragung>, letzter Zugriff 18.04.2010)

### *Positive Gegenübertragung*

„.. indem ich motiviert zur Sache gehe, durch meine Offenheit, durch mein Engagement, ich versuche ihn einfach mitzunehmen, ihn mitzureißen

(...) Weil wenn ich unmotiviert zur Therapie komme, dann wird sich der Patient nicht motivieren können.“

(L1/8)

„... die {Patienten} lassen sich gern führen, die haben dann Vertrauen in die Situation und ich denke mir oft, die Leute sind so verzweifelt, für die reicht das, da kommt jemand und sagt, wir werden Übungen machen, damit sie sich wieder leichter tun.

(...) wie gesagt, ich versuche freundlich zu sein, verständnisvoll, ich möchte ihm prinzipiell das Gefühl geben, er hat jetzt die Chance bei mir Therapie zu kriegen. Mein oberstes Ziel, wenn ich hingehe ist, ich möchte ihm beistehen, dass er weiterkommt, die Patienten lehnen weiter ab, dann probiere ich das eine Zeitlang und eben wie gesagt mit dem Humor und dem Lustigsein...“

(L2/5+6)

„... auf jeden Fall versuchen den Patienten aufzufangen, das ist vielleicht die psychologische Seite der Logopädie, auch da zu sein, Tipps zu geben, wenn es in Alltagssituationen nicht klappt, Alternativen bieten, Gespräche immer wieder, aber sich nicht drin zu verlieren, und gemeinsam in eine Trauer zu versinken, sondern zu versuchen, Alternativen anbieten, wie könnte man in der Situation reagieren, dass man den Leuten auch Mut macht.

(...) es ist für mich persönlich sehr wichtig, dass man möglichst neutral in die Therapiestunde hineingeht, das heißt, keine persönlichen Stimmungen und Probleme, die negativ sind, mitbringt. Es liegt am Therapeuten daran zu arbeiten, dass er in einer möglichst neutralen Position in die Therapie reingehen kann.“

(L3/6+8)

„Ich meine, ich sage dem Patienten nicht, das hat jetzt keinen Sinn. Ich versuche seine Stärken herauszuholen. Wenn ich ganz ehrlich bin, dann mache ich da keine Logopädie mehr. Ich mache ein „Mischmasch“ aus Malen, aus Ergotherapie, dann gehe ich in den Turnsaal und tu den Ball hin und her, versuche da ein bisschen was reinzubringen, also Dinge, die dann mehr motorisch sind. Ich rede mich mit den Ergotherapeuten und Physiotherapeuten zusammen, da geht sprachlich so gar nichts mehr, was kann ich euch abnehmen, was wäre noch wichtig, was kann ich mit ihm tun, natürlich gebe ich Sprachliches dazu, aber vorrangig das, wo er motorisch gut ist, damit er Erfolgserlebnisse hat. Körperpflege, Einschmieren, Finger benennen, wenn nichts möglich ist, dann gehe ich auf diese Schiene und da ist ja auch Spüren, Wahrnehmung ist genauso Therapie, es heißt ja nicht, dass ich unbedingt reden muss.“

L(4/10)

„Was noch ganz hilfreich ist, ich bitte eine Logopädiekollegin sich den Patienten einmal anzuschauen. Siehst du etwas, was ich jetzt nicht mehr sehe, weil ich schon so belastet bin und nicht mehr weiß, was ich mit dem tun soll. (...) Kann ja sein, dass es nur bei mir so ist. Dann versuche ich schon an mir selber zu reflektieren.“

(L4/10)

„Mehr Zeit mit dem Patienten zu kommunizieren, mehr Möglichkeiten auch, dadurch eine Ruhe ist, dass man nicht dauernd gestört wird. Dass man auch einmal 20 Minuten warten kann, bis der Patient einen Satz herausbringt, wenn man merkt, dass es wichtig ist für ihn.“

(...) Das kommt darauf an, wie er mir seine Unmotiviertheit präsentiert. Wenn es wirklich nur aus einer Mutlosigkeit herauskommt, dann würde ich sagen, ist es nicht wahnsinnig schwer, weil da hilft ein offenes Ohr...

(...) Manchmal muss man sich wirklich zum „Deppn“ machen, manchmal muss man 15x hingehen und immer wieder probieren, ich meine, da biete ich mich an.“

(L6/7+9+10)

„Ja ich glaube, dass er sich gerade am Anfang, wenn er starke Defizite hat, sich stark an mir orientiert und ich glaube schon, dass man ihn da positiv beeinflussen oder lenken kann.“

(...)wenn man etwas lernt als Therapeut, dann ist das eine gute Fassade, also das merken die Patienten nicht, auch wenn es mir einmal nicht gut geht, ich setze ein Dauergrinsen auf. Der Patient verdient in der Zeit, wo er bei mir ist, dass ich ihn nicht mit meinen Problemen belaste. Ich versuche das zurückzunehmen und versuche ihn das nicht spüren zu lassen.“

(L8/6)

„...je positiver dass ich das bringe, was ich jetzt machen will, desto leichter ist es für den Patienten darauf einzusteigen. Wenn ich die Übungen sehr unmotiviert, müde präsentiere, wird der Patient weit nicht so mitarbeiten (...) aber es soll nicht so sein, dass der Patient das unbedingt mitkriegt, dass es einen jetzt nicht freut.“

(L10/6)

„In erster Linie freundlich hingehen, d.h. ich verhalte mich zu Beginn neutral, freundlich. Wenn ich merke, es ist eine gewisse Skeptik vom Patienten da, die doch sehr oft zu beobachten ist, dann versuche ich das ein bisschen „auszumärzen“, versuche noch mehr auf den Patienten einzugehen, damit er die Möglichkeit hat mich kennen zu lernen, dass er sich dann wohl und aufgehoben fühlt, dass er merkt, er ist mir nicht nur als Nummer wichtig, sondern mich interessiert er als Mensch.“

(...) von dem her spüren das die Patienten schon und es ist auch das Gleiche, wenn du gut drauf bist und ich finde, wenn du als Therapeut einfach gut gelaunt bist und einen Spaß machst, ist der genauso besser gelaunt, als wie wenn man neutral ist und eben wenn man nicht so gut drauf ist, dann merkt man automatisch, dass die Patienten ein bisschen ruhiger sind oder sich zurücknehmen und das schon irgendwie spüren ...“

(L12/1+9)

„Ich versuche viel mehr Hoffnung zu geben, auch wenn ich weiß, es wird nicht so viel drinnen sein. Das ist ziemlich individuell, denn man merkt ja die Erwartungshaltung und da versuche ich darauf einzusteigen.“

(...) Ich beobachte Stimmungen des Patienten und gehe darauf ein, ich schaue, dass er den Mut nicht verliert und seine Motivation, indem ich seine Schwankungen beobachte im Laufe der Reha...“

(L13/3)

„Mit meinem Verhalten kann ich viel beeinflussen. Wenn der Patient depressiv ist oder ungehalten, dass ich bei mir bleibe und positiv bleibe und empathisch bleibe, damit er geknackt wird, das ist schwierig.“

Ich muss die Führung übernehmen mit meiner Positivität. die Körperspannung kann unangenehm werden, man kann das willkürlich beeinflussen, man muss es nur bemerken und dann reagiert auch der Patient wieder drauf.“

(...) Ich habe das in der Hand. Ziel ist, dass der Patient motiviert hinausgeht und morgen eine bessere Stimmung mitbringt.“  
(L13/5+6)

„Als Therapeutin habe ich die Vorgabe, dass ich positive und beruhigende Stimmung verströme, eine sichere Stimmung, die komplette Bereitschaft dem anderen jetzt zu helfen und nicht zu kritisieren, zusammenzuschimpfen ...“  
(L14/8)

### *Negative Gegenübertragung*

„Bei Schlaganfallpatienten ist das ganz extrem, dass man als Therapeut ziemlich aufpassen muss, weil dieses Niedergedrückte, dieses körperlich Schwache, Gelähmte, da muss man ziemlich aufpassen, dass man das nicht übernimmt. Also man übernimmt es eh, aber dass man es auch wieder los wird. Es passiert sowohl in diese als auch in die andere Richtung.“  
(L1/8)

„Fällt mir schon auf, dass das immer wieder passiert oder auch wenn ich in der Therapie ungeduldig werde und ich nicht weiß, kann ich das wohl gut genug vor dem Patienten verbergen und dann aber schon merke, hoppla, der spürt das sehr wohl, das sind schon Erfahrungen, die man macht und auch von der Stimmung her, so wie du gesagt hast, positiv wie auch negativ, wenn ein Patient ungut ist zu mir, da merke ich, das ich da sehr mitschwinge, so wie auch umgekehrt, wenn er lustig ist und vice versa.“  
(L2/7)

„Wenn ich es übersehe, da gibt es Patienten, die können mich runterziehen und ich bin mir sicher, das ist umgekehrt auch möglich. Wenn ich keinen guten Tag habe, dass der Patient das genauso merkt, oder wenn ich nervös bin, oder wenn es mir nicht gut geht.“  
(L4/8)

„Ich denke auch, dass das Auswirkungen hat auf den Patienten; wenn ich einen schlechten Tag habe und mich besonders bemühe, dass ich das meinen Patienten nicht spüren lasse, dass das ein Patient schon unbewusst merkt. Da denke ich schon, dass der Patient das sieht, spürt, hört, merkt.“  
(L11/6)

### *Humor*

#### **Definition:**

Humor (lat. [h]umor = Feuchtigkeit, Saft; in der Antike im Sinne von der richtigen Mischung der Körpersäfte, die zu einer guten Stimmung verhilft) gilt auf den ersten Blick als eine Fähigkeit, ein Lachen hervorrufen zu können bzw. selbst zu lachen. Als „humorvoll“ werden daher oft Personen bezeichnet, die andere zum Lachen bringen oder selbst auffällig häufig „die lustigen Dinge einer Situation“ zum Ausdruck bringen. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Humor>, letzter Zugriff 18.04.2010)

„Humor, das ist wichtig für beide, das wird jetzt psychoanalytisch, mir ist Spaß ganz, ganz wichtig und wenn etwas lustig ist und nicht so steif, dass es das ganz einfach macht und wenn man mit Spaß lernt, ist das fein. Ich konnte sicher auch einige Patienten mit dem Humor knacken, z.B. dieser eine Patient.

(...) ich habe seinen Humor getroffen und es muss Humor übereinstimmen, das war eine feine Erfahrung und das war so ein introvertierter Patient und das hat funktioniert damit.“  
(L2/3)

„Das ist die Kunst. Ich versuche es über die Gaudischiene, über Spaß, je nach Patient unterschiedlich, ich kann mich nicht so festlegen, dass ich da das Rezept A habe und da das Rezept B. Ich muss schauen, wie viel verträgt der Patient. Manche brauchen das, dass man mehr „Stoff“ gibt, andere fühlen sich gefrotzelt, hängt von der Persönlichkeit des Patienten ab.

(...) Wenn mir einmal was hinunterfällt, nachsehen sie das oder bei den Dysphagiepatienten, da patze ich auch und dann sage ich: „Schauen sie mich an, ich schau aus, ich bräuchte eigentlich das Latzer!“ Und das sind so Sachen. Das taugt den Leuten, wenn sie merken, du hast auch Fehler.“

(L4/5)

„Zu einem Bauer sage ich: „Zum Heueinfahren brauche ich auch mehrere Leute, das schaffe ich auch nicht allein. Erst dann ist es eine erfolgreiche Ernte. Stellen sie sich vor, sie stehen dort und die anderen tun nur jausnen“. Mit Bildern arbeite ich gerne. Da müssen die Leute einmal lachen.“

(L4/8)

„Ich denke, Therapie ist immer eine ernste Sache und ein Gehen an Grenzen, aber es muss auch immer, es darf der Humor nicht zu kurz kommen, es soll immer mit etwas Positivem besetzt sein, es soll nie nur ein hartes Arbeiten an Defiziten sein, sondern es muss auch immer etwas Positives und Angenehmes für den Patienten zurückbleiben, wenn er aus der Tür raus ist.“

(L5/4)

„Dass man versucht, ihn mit Schmä h probiert zu überreden oder so.

(...) Es kommt ja nicht von irgendwo her, dass da dauernd gelacht wird da herinnen. Das ist für mich schon ein Thema. Erstens geht es mir viel besser damit und ich sehe, dass die Stimmung eine ganz andere ist. Ich merke auch, dass meine Stimmung sackt, wenn der andere gar nicht darauf einsteigt.“

(L6/10+11)

„Vielleicht auch noch, dass man die Therapiesituation entspannt, dass es nicht todernst ist, dass einmal ein Schmä h läuft oder dass man ein bisschen - dass man einen Witz erzählt, er kann vielleicht mitlachen oder er probiert, wenn ich weiß, er hat das gut können. Das würde ich vorher abfragen, aber so etwas ist immer auflockernd und dann wieder motivierend etwas Schwieriges anzugehen.“

(L7/5)

„Weil ich merke, der Patient ist soweit wieder genesen, dass er mit mir lachen kann, dann entspannt das die Therapieeinheit. Es entspannt unser Verhältnis. Ich versuche sehr viel über Humor die Leute zu motivieren.

(...) bei mir ist es sicher der Humor, als ein Punkt, Zwischenfortschritte den Patienten erkennen lassen, auch immer wieder Ziele definieren...“

(L8/4)

„Ja, also wenn es lustig ist in der Therapie und dem Patienten Spaß macht, dann ist er sicher mehr motiviert.“

(L9/5)

„Humor dient für den Zugang, für die Erleichterung sich selbst den Weg zu erleichtern und auch meinen therapeutischen Einsatz zu erleichtern, das wäre sozusagen ein Schmiermittel“

(L14/3)

### *Arbeitsmaterial*

#### Hintergrund:

Die logopädische Therapie wird durch Arbeitsmaterialien d.h. mündliche und schriftliche Übungen zu den Bereichen Sprachverständnis, Wortfindung, Nachsprechen, Benennen, Spontansprache, Lesen, Schreiben, Kommunikationsfähigkeit unterstützt. Eine Logopädin greift auf Arbeitsmaterialien in Form von Übungszetteln aus den verschiedensten Therapieprogrammen (z.B. NAT, MODAK, ...),

Bildkarten (z.B. Fotoserien: ELA, Fotodidac,...), realen Gegenständen, Spielen zur Sprachförderung wie Rätsel, Liedern als Rhythmusübung, Wortlisten zum Nachsprechen, Kommunikationsbüchern usw. als Unterstützung zurück.

„Was ich immer wieder versuche, wenn eine Übung nicht passt oder zu langweilig wird, dann versuche ich Material zu verändern, dass es nicht immer das gleiche ist.“  
(L2/5)

„.. vom Therapiematerial kannst du ganz viel... jetzt dass du ganz einen anderen Ansatz nimmst. Wir haben viele Möglichkeiten anzusetzen. Dass du eine andere Möglichkeit suchst, wie du mit dem Patienten arbeitest.“  
(L6/6)

„Ich gehe aufs Material bzw. Übungen abändern vom Schweregrad.“  
(L10/4)

„Ich mache zwischendurch sehr gerne Kommunikationsspiele oder ich habe so allgemeine Ravensburger Spiele da, wie das Ratefix , oder Spiele wie Stadt, Land, Fluss, was ich irrsinnig gern herausnehme, um es so zu verpacken, dass ihnen in dem Moment nicht so bewusst ist und dass Spaß und Freude am Tun da ist, das ist etwas, was ich zwischendurch immer wieder gerne einfließen lasse ...“  
(L12/5)

„Von meiner Seite ist es wichtig, ein schönes Therapiematerial zu haben, Qualität zu bieten, die mir gefällt, ist für mich eine hohe Motivation. Dass ich für mich das Gefühl habe, ich biete das optimal an und bin zufrieden damit.  
(...) wenn ich mit was nicht weiterkomme, dann probiere ich schon einmal was anderes aus.“  
(L14/4)

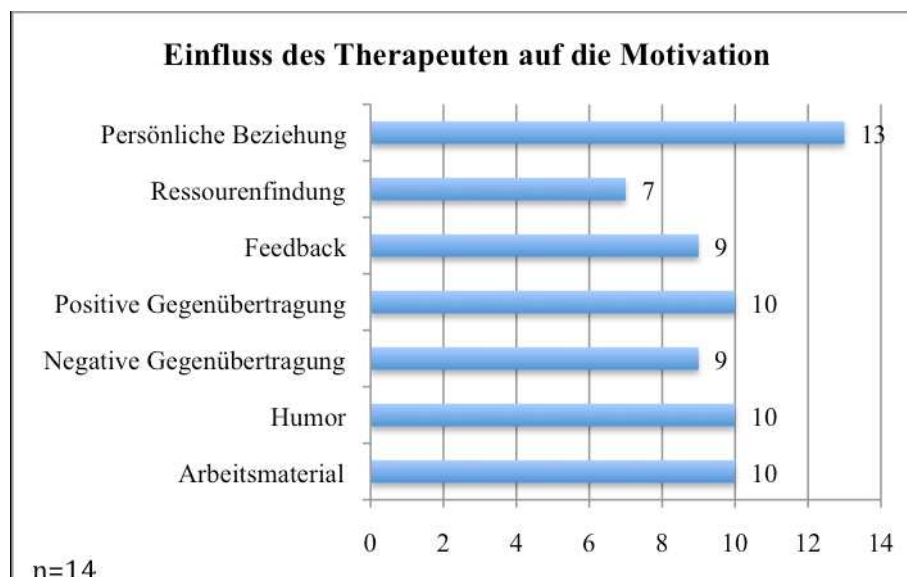


Abbildung 12: Einfluss des Therapeuten auf die Motivation

#### *4.2.1.2 Interpretation*

13 von 14 Therapeutinnen messen der persönlichen Beziehungen im therapeutischen Prozess eine sehr wichtige Rolle bei. Sie finden für die Motivation in der Therapie den wechselseitigen Austausch auch über das persönliche Leben befruchtend. Eine gute Interaktion wird mit Phrasen wie „die Chemie stimmt“, „wir finden einen Draht“ und Wörter wie „Sympathie“, „Verbindung“, „zusammenpassen“, „ein Miteinander“, „gute persönliche Beziehung“ und „Schwingungsfähigkeit“ beschrieben.

7 Therapeutinnen betonen den positiven Einfluss der Ressourcenfindung durch patientenbezogene Biografiearbeit als wertvolles Instrument, um die Therapiemotivation zu initiieren bzw. aufrecht zu erhalten. Im Besonderen werden Hobbies, Beruf, Interessensgebiete, Vorlieben und Haustiere genannt. Damit versuchen die Therapeutinnen Patienten für die Therapie zu gewinnen und die Motivation für eine Mitarbeit zu steigern.

Auf die positiven Mechanismen einer Übertragung/Gegenübertragung gehen 10 Logopädinnen ein. Durch „Offenheit“, „Engagement“, „Humor“, „Abwechslung“, „Geduld“, „Hoffnung geben“ und „Empathie“ wird versucht, den Patienten „zu lenken“, „mitzureißen“, „mitzunehmen“, „zu beraten“, „zu unterstützen“ und ihm „Führung zu geben“.

9 Logopädinnen beschreiben in den Interviews auch negative Gegenübertragungsphänomene, welche sich z.B. durch Schermut, Ungeduld und Nervosität äußern können. Sie scheinen sich über die wechselseitigen negativen Implikationen auf den Therapieprozess durchwegs im Klaren zu sein.

Das Feedback von Fortschritten in der Therapie wird von 9 Logopädinnen als positives Instrumentarium bewertet. Es werden dabei auch kleine Fortschritte in einem oft lange währenden Therapieprozess einer Aphasie rückgemeldet, um Fortschritte bewusst zu machen. Durch eine positive Sichtweise des Erreichten und einen optimistischen Ausblick auf Zukünftiges soll die Motivation des Patienten für weiteres ausdauerndes Üben aufrechterhalten werden.

10 Logopädinnen finden Humor, Spaß und Witz für die Motivation ihrer Patienten unterstützend. Die Heterogenität des Humors wird dementsprechend unterschiedlich eingesetzt. Zum einen werden Motivationsprobleme z.B. durch plakativ-ironische Darstellung besprechbar. Zum anderen trägt Humor zu einer entspannten, lockeren Stimmung zwischen Therapeutin und Patienten bei und fördert die zwischenmenschliche Beziehung. Humor scheint so die Motivation sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten positiv zu beeinflussen.

10 Therapeutinnen erwähnen das Therapiematerial, das sie zur Unterstützung in der Motivation ihrer Patienten einsetzen. Dieses dient zur abwechslungsreichen unterhaltsamen Gestaltung der Therapie und wird bei Bedarf dem Schweregrad angepasst.

#### **4.2.2 Zieldefinition**

Items:

VZ Zieldefinition

##### *4.2.2.1 Definition*

Zielsetzung einer Rehabilitationsleistung, i. Allg. die Selbstbestimmung des Individuums u. die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 4 SGB IX) u. a. durch Besserung der funktionalen Gesundheit, Abwendung von Beeinträchtigungen, Adaptation der verbliebenen Fähigkeiten u. Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten. (Pschyrembel® Online Premium Sozialmedizin, Zugriff am 19.4.2010)

#### 4.2.2.2 Resultat

##### *Zieldefinition*

„ Ich suche mir einen Bereich, wo ich mir am meisten Hoffnungen mache, dass sich etwas bessert. Je nachdem wo ich mir denke, da hat er Erfolgserlebnisse...“

(L1/6)

„ Also ich versuche schon zu Beginn der Therapie gewisse Ziele mit dem Patienten zu formulieren. Das ist schon wichtig, um konkret auf etwas hinarbeiten zu können, sonst geht das alles ein bisschen ins Blaue. Ich versuche eher die Nahziele zu definieren, nicht die Fernziele, damit kein Stress aufkommt beim Patienten.

(L3/6)

„...entweder direkt, wenn es möglich ist mit dem Patienten gleich am Anfang der Therapie und dann auch zwischendurch, dass man auffordert, aktiv Wünsche, Bedürfnisse an die Therapeutin mitzuteilen...“

(L5/3)

„ Was können wir tun, wo können wir einschreiten, wo können wir ansetzen und uns Ziele stecken. Das mache ich am Anfang und verlaufend immer wieder.“

(L8/1+4)

„Ziel ist immer ganz, ganz wichtig. Ohne Ziel kann ich nicht arbeiten.

(...) Ziele anschaulich gestalten und vor Augen halten, warum es sich lohnt mitzutun...“

(L11/4+5)

„...dann versuche ich in den ersten Therapieeinheiten kleine Ziele zu definieren...“

(12/6)

„ Ziel und Therapie stelle ich von Anfang an klar, damit keine Enttäuschung oder Unstimmigkeiten entstehen.“

(L13/4)

##### *Gemeinsame Zieldefinition*

„...also ich versuche schon zu Beginn der Therapie gewisse Ziele mit dem Patienten zu formulieren.

(...) Ganz am Anfang frage ich schon bei der Befundaufnahme, was für den Patienten am Wichtigsten ist. Wenn es die Sprache ist, dann frage ich, wo beruflich die Schwerpunkte sind und wo die persönlichen Schwerpunkte wären, sodass der Patient das formulieren kann. Nicht mit dem Programm drüberfahren, individuell“

(L3/6)

„... für mich {ist es} auch wichtig, dass der Patient selber ein Ziel vor Augen hat, dass er einfach weiß, wo er hin will...“

(L8/1)

„Und wenn wir die Diagnostik haben, dann sage ich: „Mir ist das und das aufgefallen, was ist Ihnen wichtig, oder gibt es von Ihrer Seite noch etwas, wo sie sagen, das wollen sie unbedingt machen und in der Therapie dabei haben.“

(L9/6)

„Wichtig ist dann nicht mein Ziel. Ich möchte wissen, was der Patient lernen möchte. Was möchte er von mir, wie soll meine Unterstützung aussehen.“  
(L11/4)

#### 4.2.2.3 Interpretation

13 der 14 Logopädinnen erwähnen, dass eine Zieldefinition in der Therapie einen festen Platz hat, wobei sowohl am Beginn als auch im Laufe der Therapie Ziele gesteckt werden. Zur Steigerung bzw. Aufrechterhaltung der Motivation werden dabei in erster Linie Nahziele definiert.

10 Logopädinnen beschreiben, dass die Zieldefinition in enger Abstimmung mit den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten vorgenommen wird.

#### 4.2.3 Informationen

Items:

IK Information über Krankheit

IT Information über Therapie

IP Information über Prognose

IAA Information Aufklärung aktiv

IAZ Information Aufklärung zurückhaltend

IAN Information Aufklärung neutral

##### 4.2.3.1 Resultat

###### *Information über Krankheit*

Unter Diagnoseaufklärung ist die Information des Patienten über den medizinischen Befund und die daraus resultierende Diagnose zu verstehen.  
(<http://www.anwaltundarzt.de/de/diagnoseaufkneu.phpnavid=143>, letzter Zugriff 22.04.2010)

„Im akuten Stadium bringe ich das sofort auf den Tisch, warum ich da bin, was passiert ist und was ich mache und was das Ziel ist, dass wir möglichst schnell daran arbeiten, Verbesserungen zu erzielen.“  
(L1/5)

„In das Medizinische gehe ich nicht sehr tief, weil ich mir denke das ist ärztliche Aufgabe, aber natürlich probiere ich es einfach zu erklären, warum geht eine bestimmte Sache nicht mehr so, was ist mein Ziel, wie wird sich das für den Patienten auswirken.“  
(L2/5)

„Das sehe ich auch als meine Aufgabe, den Patienten aufzuklären, was überhaupt passiert ist und dass die Dinge jetzt so sind wie sie sind.“  
(L8/4)

### *Information über Therapie*

Für eine therapeutische Aufklärung wird der Patient über alle Umstände informiert, die zur Sicherung des Heilungserfolgs und zu einem therapiegerechten Verhalten des Patienten erforderlich sind.

„Wenn ich mich vorstelle, sage ich gleich dazu, wer ich bin und versuche es in solche Worte zu fassen, dass der Patient weiß, ich komme wegen der Sprache und da kommt es darauf an, wie stark der betroffen ist und wie weit der dann mitbekommt, was ich wirklich mache. Aber das funktioniert oft sehr schnell, wenn ich mit ihm in die Materie gehe: Sprechen, Sprache, aha Logopädin!“

(L3/1)

„Wenn ich Therapie habe, dann erkläre ich das dem Patienten, in einer Gesprächsform oder mit Bildmaterial, wenn es im Bereich des Schluckens geht, dass ich genau aufkläre, worum es da geht. Das hängt natürlich von der kognitiven Funktion ab, ob er Sprache überhaupt verarbeiten kann. Wenn es nicht verarbeiten kann, dann spare ich mir das und mache das mehr mit den Angehörigen. Es gibt Patienten, die fordern sowieso die Information ein und denen erkläre ich dann ganz genau, warum ich was mache, was das für einen Sinn hat, was das für einen Zusammenhang mit ihrem Symptom hat.“

(L4/6)

„Über die Therapie kläre ich immer auf, d.h. wenn der das erste Mal da ist, dann sage ich schon, wir fangen jetzt mit der Diagnostik an oder wir schauen jetzt einmal alles durch. Wir machen Lesen und Schreiben und das und das und dann sehen wir, was schwierig ist und wo wir weiter tun. (...) Im Laufe der Therapie wird dann wenig geredet darüber - das ist wirklich am Anfang - jetzt ist Diagnostik und dann ist klar, wir machen das und das, und dann wird gearbeitet.“

(L9/5)

„Ziel und Therapie stelle ich von Anfang an klar, damit keine Enttäuschungen oder Unstimmigkeiten entstehen.“

(L13/4)

### *Information über Prognose*

Die Prognose (griechisch, πρόγνωσις – wörtlich „das Vorwissen“, die „Voraus-Kenntnis“), deutsch Vorhersage oder Voraussage ist eine Aussage über Ereignisse, Zustände oder Entwicklung in der Zukunft. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Prognose>, letzter Zugriff 22.04.2010)

„Da sage ich immer klar: „So wie früher wird es nicht mehr“. Je nachdem wie die Aphasie ist, bei einer amnestischen Aphasie sage ich dann, je nachdem wie es vorangeht, aber wenn es eine globale oder eine Broca Aphasie ist und er kann mir das mitteilen, dann sage ich ihm: „So wie früher wird es nicht mehr, aber wir werden an der Kommunikationsfähigkeit arbeiten, wir schauen, dass wir das Beste erreichen können.“

(L1/5)

„... Grafik dem Patienten verdeutlichen anhand von einer Leiter - wo sind wir am Anfang, wie viele Stufen haben wir noch zu bewältigen, wie weit wollen wir rauf. Wenn man das schriftlich zeigen kann, das motiviert irrsinnig.“

(L11/4)

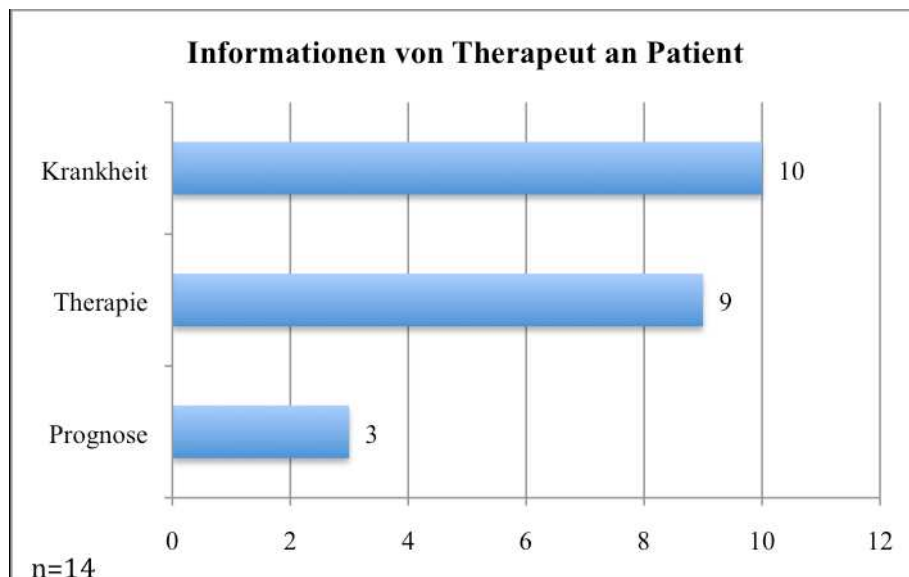


Abbildung 13: Informationen von Therapeut an Patient

### Aufklärung des Patienten

#### Eher neutrale Aufklärung

„... was so geplant ist. Ich mache das, wenn es der Allgemeinzustand des Patienten zulässt, - mache ich das wirklich beim Erstkontakt schon – abzuklären, was ist passiert, was kann ich ihm anbieten, was könnte für die nächsten Tage der Schwerpunkt sein.“

(L5/4)

„Wenn ich merke, da ist ein Gesprächsbedarf, dann wird das angeboten oder auch nicht, je nach Bedürfnis des Patienten.“

(L11/4)

#### Eher aktive Aufklärung

„Ich mache das, so gut es geht, am Beginn. Ich finde das ganz, ganz wichtig.“

(L4/6)

„Einen sehr hohen {Stellenwert}, weil sie ganz, ganz oft nicht wissen, wo sie stehen, was sie für Aussichten haben, wo man irgendwo eine Prognose ansetzen kann. Die haben oft Vorstellungen, sowohl in positiver als auch in negativer Richtung.“

(L6/8)

„Das ist total wichtig, das ist für mich gleich am Anfang ein Thema, wo ich versuche den Patienten und auch die Angehörigen aufzuklären darüber, was ist passiert, weil die Ärzte das oft vergessen, weil man oft auch merkt, die Patienten kommen in die Therapie und die Patienten wissen nicht, was ist passiert mit mir.“

(L8/4)

#### Eher zurückhaltende Aufklärung

„Ich betone die Sprache ist schwer betroffen, aber ich sage nichts Konkretes. Da gibt es alle möglichen Varianten, wenn Leute nach Jahren wiederkommen, und man ist teilweise wahnsinnig überrascht. Was könnte passieren, wenn man zu viel sagt, es gibt ja einen Grund, warum du nicht mehr sagst. (...) Die Motivation, kann ich vermuten, könnte es beeinträchtigen, warum soll ich mich so anstrengen, wenn ich eh keine Chance habe, das kann blockieren.“

(L3/5)

„...über Krankheit kläre ich nicht auf, weil da nehme ich an, dass das schon geschehen ist. Außer es kommt gezielt eine Frage, dann sage ich das natürlich, wenn ich das weiß.“

(L9/5)

„Den Patienten - eigentlich wenn ich mit der Therapie beginne, erkläre ich ihm nicht. Wenn der Patient anfängt, besser zu werden (...) aber immer erst ab einem gewissen Niveau.“

(L14/6)

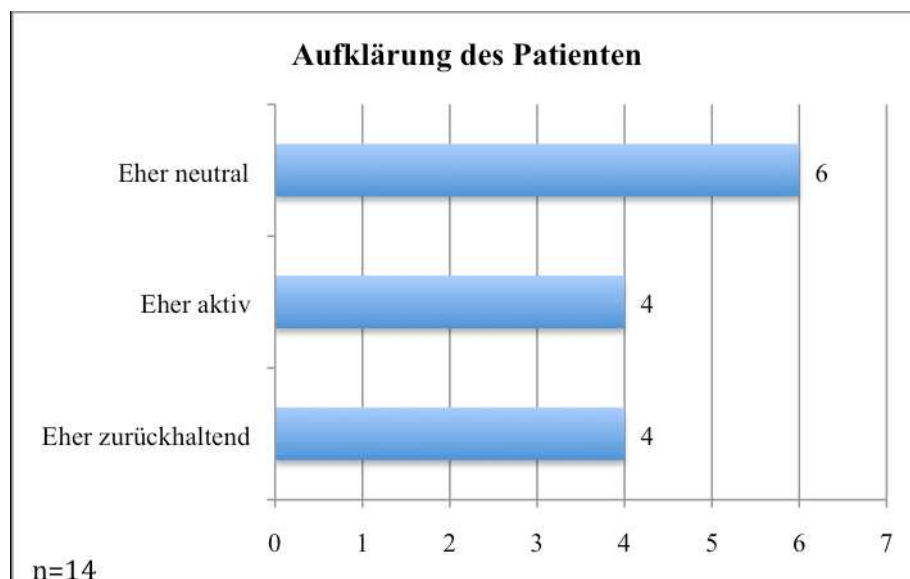


Abbildung 14: Aufklärung des Patienten

#### 4.2.3.2 Interpretation

In allen Interviews wurde das Thema Informationsvermittlung durch eine eigene Frage (Frage 11) nach deren Stellenwert diskutiert. Es können drei Themenbereiche abgegrenzt werden: Information über die Krankheit, Information über die logopädische Therapie und Information über das prognostische Outcome.

10 Logopädinnen geben Informationen über die Erkrankung, 9 Logopädinnen bieten Informationen über die bevorstehenden therapeutischen Schritte. 3 Therapeutinnen erwähnen, dass sie sich auch auf Informationen bezüglich der Prognose einlassen.

Weiters werden die Gespräche auf die Einstellung der Therapeutinnen, wie sie Informationen vermitteln, analysiert. Es entstehen drei Kategorien bezüglich der Aufklärungsart: Eher aktiv, eher zurückhaltend, eher neutral. Als „eher aktiv“ werden 4 Logopädinnen klassifiziert, die der Informationsgabe einen wichtigen Stellenwert für die weitere Therapie zuordnen. Eine gleich große Gruppe zeigt eine „eher zurückhaltend“, skeptische Einstellung, da sie die Wirkung der Information als möglich negativ beurteilt, ein gewisses Niveau des Patienten voraussetzt, bevor Information gegeben wird oder erst auf Nachfrage des Patienten Informationen anbietet.

Als „eher neutral“ werden 6 Logopädinnen eingeordnet, die Informationen weder sehr aktiv noch zurückhaltend, skeptisch anbieten und Information je nach Bedarf geben.

#### **4.2.4 Initiale Einschätzung der Prognose**

Items:

- B-1 Therapieverlauf
- B-2 Individuelle Erfahrung
- B-3 Medizinische Parameter

##### *4.2.4.1 Definition*

Die Prognose (griechisch, πρόγνωσις – wörtlich „das Vorwissen“, die „Voraus-Kenntnis“), deutsch Vorhersage oder Voraussage, selten auch: Prädiktion (lat. praedicere – „voraussagen“) ist eine Aussage über Ereignisse, Zustände oder Entwicklung in der Zukunft. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Prognose>, letzter Zugriff 17.4.2010)

##### *4.2.4.2 Resultat*

###### *Therapieverlauf*

„sicherlich nicht nach dem ersten Mal, nach ein paar Behandlungseinheiten kann ich eine Tendenz abschätzen, ob da Chancen bestehen oder nicht. Ich bin schon draufgekommen, dass man die Leute in verschiedenen Situationen beobachten und anschauen muss, um sich dann wirklich ein einigermaßen adäquates Urteil zu erlauben. Allerdings muss ich sagen, es gibt immer wieder Überraschungen, ich denke, niemand kann das 100-prozentig sagen und ich finde es auch gefährlich, eine Prognose zu stellen, sei es von ärztlicher oder logopädischer Seite, das hemmt ungemein. Viele fragen auch, aber wenn man was sagt, dann ist da auch eine Erwartung, ich halte mich zurück.“  
(L3/5)

„Ich beobachte den Patienten, welchen Fortschritt er hat, wie er selber seinen Fortschritt sieht ... das ist meiner Meinung nach ein absolutes Kriterium, weil wenn er selber den Fortschritt erkennt, kommt er auch weiter. Wenn er seinen Fortschritt nicht erkennt, ist es meistens schwierig, weil er sich selber bremst. Im Prinzip ist es an der Kontinuität des Fortschrittes erkennbar.“  
(L6/5)

###### *Individuelle Erfahrung*

„Also ich sage einmal – in 80 Prozent kann man es erahnen. Also auf der Intensiv- oder Akutstation, da kann sich sehr viel tun, da kann man es nicht einschätzen. ... nur wenig. Die ersten Tage nach dem Schlaganfall kann man nur wenig sagen. Wenn die Patienten schon einen oder mehrere Reha-Aufenthalte gehabt haben – da kann man es schon abschätzen, wie der Erfolg sich weiterentwickeln wird“  
(L1/2)

„Das ist für mich viel Gefühlssache, wenn ich zu einem Patienten hingehere und spüre, wie viel wird der mitarbeiten können, Grundempfindungen habe ich, aber nicht immer ein Gespür hab ich, aber das stimmt nicht immer“  
(L2/4)

„sofort hab ich nicht das Gefühl, aber so 3.- 4. Sitzung kann ich es einschätzen, da kenne ich den Patienten auch schon besser.“  
(L13/3+4)

#### *Medizinische Parameter*

„Wenn sich im Bereich der Stimmung, der Kognition und der Depression nichts verändert und wenn ich auch vom MR oder CT weiß und sehe, da ist nicht mehr viel da, dann kann ich mir ungefähr vorstellen, dass es nur bis zu einem gewissen Teil besser werden kann wenn überhaupt. Da wären die medizinischen Befunde.“  
(L4/3)

„Störungsbild, sozialer Hintergrund, Motivation des Patienten, zusätzliche Begleiterkrankungen wie Kognition, da gibt es da große Defizite, wie lange ist das Ereignis her,...“  
(L8/3)

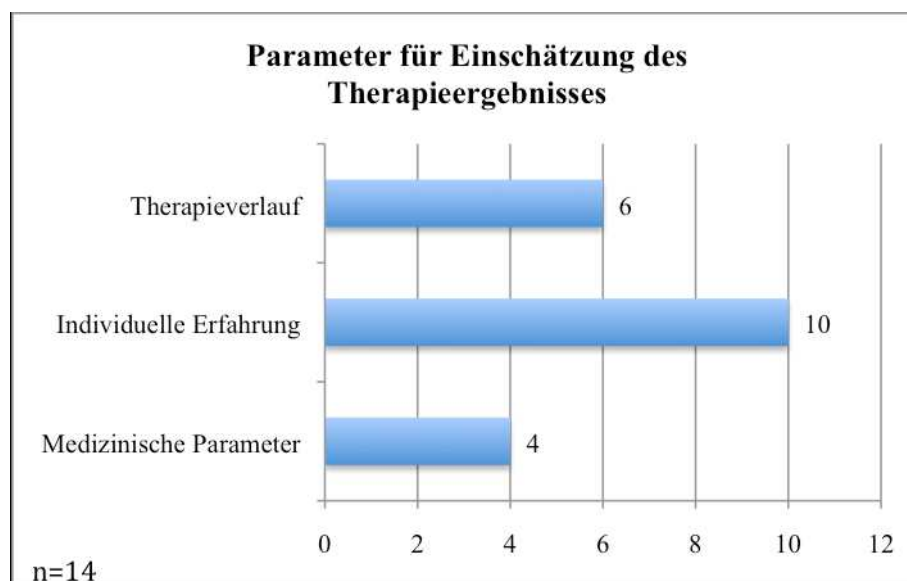


Abbildung 15: Parameter für Einschätzung des Therapieergebnisses

#### *4.2.4.3 Interpretation*

Die befragten Logopädinnen kommen zu einer initialen Einschätzung der Prognose für den Patienten, indem sie verschiedene Parameter in die Urteilsbildung einfließen lassen. Dazu gehören insbesondere die individuelle Erfahrung, aber auch der Therapieverlauf und medizinische Parameter.

10 Therapeutinnen nennen die individuelle Erfahrung, die sich im Laufe der Berufsausübung gebildet hat, als wichtiges Instrumentarium zum Einschätzen des zukünftigen Therapieergebnisses, obwohl einschränkend eine Irrtumsmöglichkeit durch das komplexe Störungsbild eingeräumt wird.

Auch der Therapieverlauf (6x genannt) ermöglicht anhand von Fortschritten während der ersten Therapieeinheiten eine vorsichtige Prognoseeinschätzung.

Zur weiteren Verfeinerung der Prognose erwähnen 4 Logopädinnen das Einbeziehen verschiedenster medizinischer Befunde, wie CT, MRI, somatische und psychologisch/psychiatrische Komorbiditäten.

#### **4.2.5 Geschlechtsbezogene Unterschiede in der therapeutischen Beziehung**

Items:

- PU1 Positivere Interaktion mit Frauen
- PU2 Positivere Interaktion mit Männern
- PU3 Geschlechtsunabhängige Interaktion

##### *4.2.5.1 Resultat*

###### *Positivere Interaktion mit Frauen*

„Für mich waren immer eher die Frauen mehr motiviert, bei Männern war eher die Gefahr der Depression, dieser Hilflosigkeit, das ist auch ganz global gesagt.“

(L1/10)

„Also bei Frauen läuft es halt, der Mittelweg, bei Männern sind mehr Problemfälle, aber auch diese ganz positiven Patienten, wenn ich so zurückdenke, positive und negative Erinnerungen.“

(L5/9)

„...dass Männer eher die Verschlussenen sind, dass man leichter an Frauen herankommt. Deshalb denke ich bei diesen negativen Motivationssachen immer eher an Männer, aber nicht an einen bestimmten Patienten.“

(L6/13)

„Schwer zu sagen, naja, eine Spur die Frauen, die sind zäher, auch wenn ihre Motivation im Keller oder ihr körperliches Befinden an dem Tag, sie probieren es vielleicht eher.“

(L7/9)

„Ja die Erfahrung habe ich gemacht, dass Frauen, dass die oft motivierter sind, man kann es nicht verallgemeinern, mir fallen sofort auch Männer ein, die hoch motiviert waren, ich weiß nicht, ob es daran liegt, dass ich eine Frau bin oder vielleicht ändert sich das auch mit der nächsten Generation, ich weiß es wirklich nicht.“

(L8/8)

„Wenn ich so drüber nachdenke, dass Frauen sich mit so Themen, die in der logopädischen Therapie vorkommen, eher beschäftigen. Wenn ich jetzt so an die jungen Patienten denke, die ich gehabt habe, und vergleiche, da sind eher die Frauen die, die motivierter sind. Vielleicht liegt es auch daran, dass ich die Themenwahl zu wenig berücksichtigt habe. Ich glaube, dass ich in meiner Therapie weniger von Autos rede und von handwerklichen Dinge. Das mag schon sein, dass man mit Frauen unbewusst (...) mehr übereinstimmende Themen hat.“

(L9/10)

„Von der Tendenz her würde ich sagen, sind die Frauen motivierter.“

(L14/9)

###### *Positivere Interaktion mit Männern*

„Es gibt für mich männliche als auch weibliche Patienten, die sehr motiviert waren. Ich merke, dass es mit Männern lustiger ist, und ich sehr wohl glaube, dass es damit zu tun hat, dass ich eine Frau bin und

der Patient Mann ist - glaube ich schon. Da ist oft ein bestimmter Schmah, eine andere Art von Beziehung, es ist nicht mehr gleichgeschlechtlich.“  
(L2/10)

„Es sind eher die Frauen, wenn etwas passiert, Insult oder tragische Sache, dann sind es die Frauen, die sich fallen und gehen lassen.“  
(L13/7)

#### *Geschlechtsunabhängige Interaktion*

„Nein, das könnte ich persönlich nicht sagen.“  
(L3/11)

„Ich würde das nicht als geschlechtsspezifisch bezeichnen, sondern auch Persönlichkeit, Charakter, Umfeld. Es ist eine beschissene Situation, wenn man einen Schlaganfall hat. Da denke ich mir, es ist egal, ob Mann oder Frau.“  
(L4/11)

„Schwierige Frage, ich könnte es nicht sagen.“  
(L11/9)

„Nein, für mich nicht {Frauen sind nicht motivierter als Männer}. Ich hatte schon viele Extreme gehabt...“  
(L12/10)

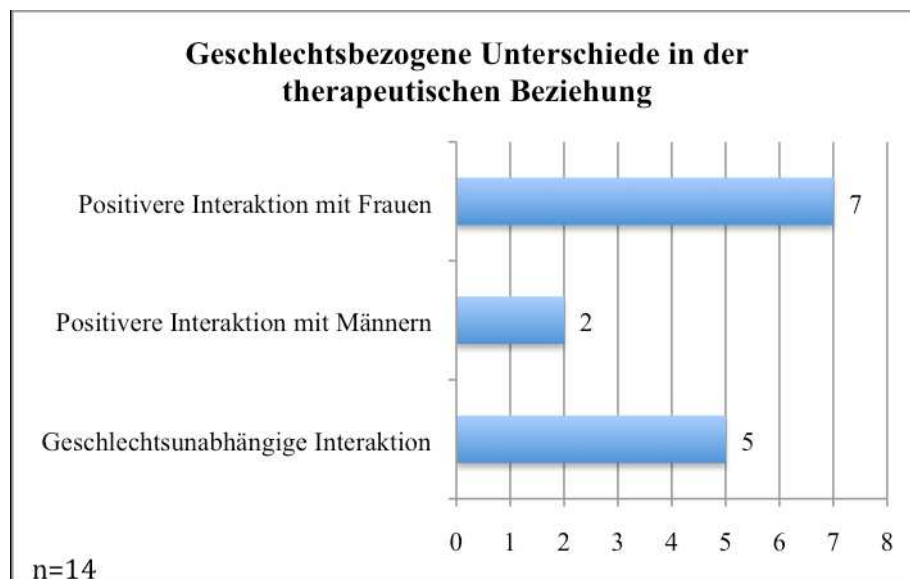


Abbildung 16: Geschlechtsbezogene Unterschiede in der therapeutischen Beziehung

#### 4.2.5.2 Interpretation

Bei der Befragung der 14 Logopädinnen geben 5 an, dass das Geschlecht des Patienten auf die therapeutische Interaktion kaum einen Einfluss hat.

7 Therapeutinnen finden, dass die Motivation weiblicher Patienten durchschnittlich besser und auch durch die Therapeutin leichter zu beeinflussen ist. Hierbei stellt eine Logopädin (L9) einen kausalen Zusammenhang mit dem Eingehen auf verbindende Interessen her, die nun mal geschlechtsspezifisch seien.

2 Therapeutinnen meinen, dass die Interaktion mit Männern hinsichtlich der Motivation besser ist. Dabei erwähnt eine Logopädin (L2) den Humor bei Gegengeschlechtlichkeit in der therapeutischen Beziehung als Erklärung für ihre Präferenz.

Tendenziell lässt sich aus den vorliegenden Daten ein geschlechtsabhängiger Faktor in der therapeutischen Beziehung erkennen, dessen Kausalität jedoch nicht weiter erklärbar ist.

### **4.3 Reaktion des Therapeuten auf unmotivierte Patienten**

Items:

- R1 Konfrontation
- R2 Verstärkte Bemühungen
- R3 Innerer Ansporn
- R4 Akzeptanz (ohne Frustration)
- R5 Frustration
- R6 Resignation

#### *4.3.1.1 Resultat*

##### *Konfrontation*

Definition:

Konfrontation (von lateinisch *confrontatio*: „Gegenüberstellung“) ist eine Gegenüberstellung von sich gegenseitig störenden und vorerst unvereinbaren Positionen. Sie eröffnet einen Konflikt und richtet sich gegen einen Kontrahenten mit dem Ziel diesen zur Aufgabe oder zu Annäherung seiner Position zu bewegen. Der aus der Konfrontation entstehende Konflikt kann mit Gewalt oder gewaltfrei ausgetragen werden. Rechtsordnung und Zivilisation führen in der Regel zur Streitaustragung auf dem Verhandlungsweg (<http://de.wikipedia.org/wiki/Konfrontation>, letzter Zugriff 22.4.2010).

„...liegt es möglicherweise an der Person, an einem selber, oder an irgendeinem organisatorischen Problem, vielleicht ist der Patient einfach nur müde, ich muss schauen, wo könnte die Ursache sein und am einfachsten ist sicher, man fragt, weil sonst ist das alles Spekulation.“  
(L1/9)

„ich sehe es nicht als meine Verpflichtung an, dass ich dem jetzt, wenn der sagt ich will nicht, dann muss man in die Offensive gehen, das ansprechen und Alternativen suchen. Ich denke, das ist meine Aufgabe als Therapeut, natürlich kann es auch sein, dass es nicht gelingt, das muss man dann dokumentierten, aber dranbleiben und es mehrmals versuchen...“  
(L3/8)

„Da muss ich ehrlich sagen, ich probiere schon, aber wenn es gar nicht funktioniert und ich habe das Gefühl, er versteht mich gut, dann sage ich ihm ganz ehrlich meine Meinung. Ich habe das Gefühl, dass sie das gar nicht wollen. Ich kann mich auch täuschen. Mir ist es lieber, ich lasse sie jetzt in Frieden. Ich kann ihnen die Therapie nicht anbieten, dass sie einen Sinn hat. Ich sage diesen Leuten auch, dass die Therapie nur dann erfolgreich ist, wenn sie auch mitarbeiten. Es sind erwachsene Leute und man sollte die Entscheidung den Patienten überlassen.“  
(L4/7)

„Und wenn wer gar nicht motiviert ist, da bin ich dann relativ schnell einmal sehr klar, sie wissen sie müssen was tun. Wenn sie nichts tun, dann lassen wir es auch.“  
(L9/6)

„...auch wenn der Patient noch so unmotiviert ist, ein bisschen Motivation und einen Spaß an den Übungen zu vermitteln, aber ich gebe auch ehrlich zu, dass ich oft dann auch nicht mehr kann und auch nicht will und ich das dem Patienten auch sage: „Hören sie zu, wenn Sie so grantig sind machen Sie es mir auch schwer und ich fühle mich auch nicht wohl in der Therapie.“  
(L12/8+9)

### *Verstärkte Bemühungen*

„...eigentlich positiv, ich mache mir noch mehr Gedanken, wie könnte ich ihn motivieren, wo kann ich noch mehr einhaken, wo sind seine Interessen, dass ich Verschiedenes probiere, was ihn interessiert.“  
(L1/9)

„... würde ich schauen über Fotos und die Familie dazuzukommen, ich hab auch schon mal ein Enkelkind bestellt. Dann über die Hobbys, dass man sagt, das haben sie gern gemacht, über Tomatis haben wir auch schon die psychische Schranke versucht zu knacken, ist auch schon gelungen...“  
„...da muss ich sehr viel mehr Kraft aufwenden, sehr viel mehr Kreativität und vielleicht die ganze Therapie binnen Minuten ändern, weil der nicht mitmachen will...“  
(L7/5+6/7)

„Bei einem jungen Patienten werde ich mich mehr ins Zeug legen um ihn zu motivieren,(...), indem ich ihn gut aufkläre und berate, versuche ich ihn zu gewinnen. Ich zeige ihm auf, was möglich sein könnte. Wenn trotzdem dann kein Interesse da ist, dann lasse ich ihn.“  
(L8/5)

„Einen Bereich finden, der ihm wichtig ist, wobei das auch mit der Zielformulierung zu tun hat, das möchte ich wieder können und das braucht er dazu und so zu schauen, ob er motivierter ist mitzumachen...“  
(L10/5)

„Am Anfang braucht der Patient mehr Aufmerksamkeit, mehr Angebote, mehr Varianten (Methodik verändern, Therapiegestaltung; eigene Pläne zurücknehmen und Patienten mehr mitgestalten lassen, um das Gefühl zu vermitteln, er kann mitplanen). Ich stelle ein Heimübungsprogramm zusammen. Ich lege so Köder aus.“  
(L11/6)

„...verschiedene Sachen ausprobieren, da sind die technischen Hilfsmittel, ich würde auf jeden Fall das Tomatis Horchtraining einsetzen, ich würde den Computer einsetzen mit vielen großen Bildern und Geräuschen dazu und versuchen herauszufinden, woran liegt es, dass er es nicht will. Ich würde dann sagen: „Schauen Sie, die Möglichkeiten hab ich. Ich habe das Material, ich möchte mit Ihnen arbeiten, Sie sprechen nicht so gut und das möchten wir verändern, verbessern und das könnte ich Ihnen anbieten, würde das für Sie passen...“  
(L14/7)

### *Innerer Ansporn der Therapeutin*

„Am Anfang, dass es mich reizt, ihn zu motivieren, dass ich eher versuche, noch mehr zu geben, um ihn aus der Reserve zu locken.“  
(L8/6)

„Es ist sicher eine größere Herausforderung, aber es ist für mich auch ein Reiz dahinter, ob ich die Nuss knacken kann, dass er mittut. Das ist ein Ansporn an mich. Ist das zu schaffen? Man freut sich natürlich, wenn man so harte Nüsse knackt...“

(L11/6)

„... wenn der Patient mit einem schlechten Bild von der Logopädie kommt, aus welchem Grund auch immer, da gibt es die eine Gruppe, da bin ich angespannt, dem zu beweisen, dass es supertoll funktioniert, dass die Logopädie eine tolle Sache ist, dass er es nur nicht richtig kennengelernt hat,...“

(L12/3)

„...es kann im Vorfeld besonders motivierend sein, jetzt erst recht, ich muss irgendeinen Weg finden, den für die Therapie zu öffnen, das ist der Anfangskick,...“

(L14/8)

### *Akzeptanz (ohne Frustration)*

„Wenn ich weiß, dass er mich versteht und er mir definitiv signalisiert, es interessiert ihn nicht, dann lasse ich ihn schlicht und ergreifend in Ruhe, weil ein jeder das Recht hat, dass er über sich selbst entscheidet.“

(L6/9)

„...ich überrede wenig; wenn ich merke, der Patient ist bei Sinnen und will nicht, dann ist es nicht meine

Aufgabe ihn zu etwas zu überreden, was er nicht will...“

(L8/5)

„...auch wenn ich die Notwendigkeit einer Therapie sehe, wenn er es vom Krankheitsbild selber einschätzen kann, wie er jetzt steht und es ist ihm nicht wichtig ist, dann brauche ich keine Therapie machen, brauche ich ihn auch nicht motivieren...“

(L10/5)

„Es gibt dann schon den Zeitpunkt, wo man sagt, bis daher haben wir es bei uns auf der Station geschafft, und vielleicht muss der Patient einfach einmal einen Tapetenwechsel erleben. Während dem Aufenthalt bei uns war es o.k. und gut, aber es ist dann einfach nicht mehr möglich. Ich denke, ich kann das dann annehmen.“ (L11/7+8)

### *Frustration*

„Ich merke auch, dass meine Stimmung sackt, wenn der andere gar nicht darauf einsteigt. Das kann man nicht lange aufrechterhalten. Das geht eine Zeitlang, aber wenn der andere überhaupt nicht darauf einsteigt, dann kippt das in die andere Richtung und ich merke, dass da eine Ungeduld kommt.“

(L6/11)

„Es gibt so diese Anfangszeit, wo man versucht, aber wenn das nicht fruchtet, dann wird es schwierig für die Therapie und für die Beziehung, weil man nicht so gerne hinget und den Patienten nicht so gerne betreut, wie einen anderen, der motiviert ist.“

(L8/6)

„...denn wenn der Patient schlecht motiviert ist, dann bin ich es meistens auch. Also das gelingt mir ein paar Therapiesitzungen, dass ich versuche die Motivation zu verbessern, wenn ich merke, das geht so nicht, dann weiß ich von mir, dass ich dann eher einmal erschöpft bin.“

(L9/8+9)

„Das wirkt sich auch auf die Qualität der Therapie aus, sollte zwar nicht so sein, aber ich denke mir, er will ja eh nicht wirklich und dann hänge ich mich gar nicht so hinein, und dann kann es mir passieren, dass ich mir denke: „So und jetzt bin ich froh, wenn die halbe Stunde vorbei ist durchhalten, schauen, dass die vier Wochen vorbeigehen...“  
(L10/6+7)

„...ich merke trotzdem, dass ich als Therapeut nimmer 100 Prozent gebe, es macht es mir schon schwierig.  
(L12/8+9)

### *Resignation*

(=Therapiepause, Therapeutenwechsel, Therapieende)

#### Definition Resignation

Resignation (von lat. re-signare das Feldzeichen (signum) senken, kapitulieren; seine Unterschrift zurückziehen, widerrufen; vgl. Pease, s.u.) bezeichnet (etwa seit Mitte des 19. Jahrhunderts) die menschliche Haltung bzw. Gestimmtheit des Sichfügens (z. B. aus [gefühlter] Aussichtslosigkeit). Aus individualpsychologischer Perspektive kann die Resignation durch die Einsicht ausgelöst werden, dass ein angestrebtes Ziel mit den zur Verfügung stehenden Mittel nicht erreichbar ist. Die resultierende Entsagung kann mit einer Dämpfung der Gefühle oder einer Antriebsschwäche und Minderung der Aktivitäten einhergehen, die jedoch von der Apathie und der Lethargie zu unterscheiden ist.  
(<http://de.wikipedia.org/wiki/Resignation>, letzter Zugriff 22.4.2010)

„...in der Reha ist es eine Teamentscheidung und wenn es nicht nur in der Logopädie so ist und wenn es nur in der Logopädie so ist, dann müsste ich mir die Frage stellen, ob nicht ein Therapeutenwechsel gut wäre...“  
(L1/6)

„Ich denke mir auch, das muss man dem Patienten auch lassen, die Entscheidung ich will das nicht und auch wenn ich 100-prozentig weiß, er würde es dringend brauchen, aber man kommt nicht weiter.“  
(L2/6)

„...schwierig wird es für mich, wenn jemand bewusst oder gar nicht mitarbeitet, dann muss man sich überlegen Therapeutenwechsel...“  
(L3/9)

„Je nachdem, wie sehr er auf meine Motivationsversuche reagiert. Wenn er überhaupt nicht darauf reagiert, resigniert man natürlich auch nach einer Zeit.“  
(L6/11)

„Ich zeige ihm auf, was möglich sein könnte. Wenn trotzdem dann kein Interesse da ist, dann lasse ich ihn. (...) Man könnte es mit einem Therapeutenwechsel probieren, vielleicht liegt es am Therapeuten...“  
(L8/5,8)

„Es wird dann wahrscheinlich keine Therapie geben, wenn es einfach nicht geht, dann soll der Platz für jemand anderen bereitgestellt werden...“  
(L14/8)

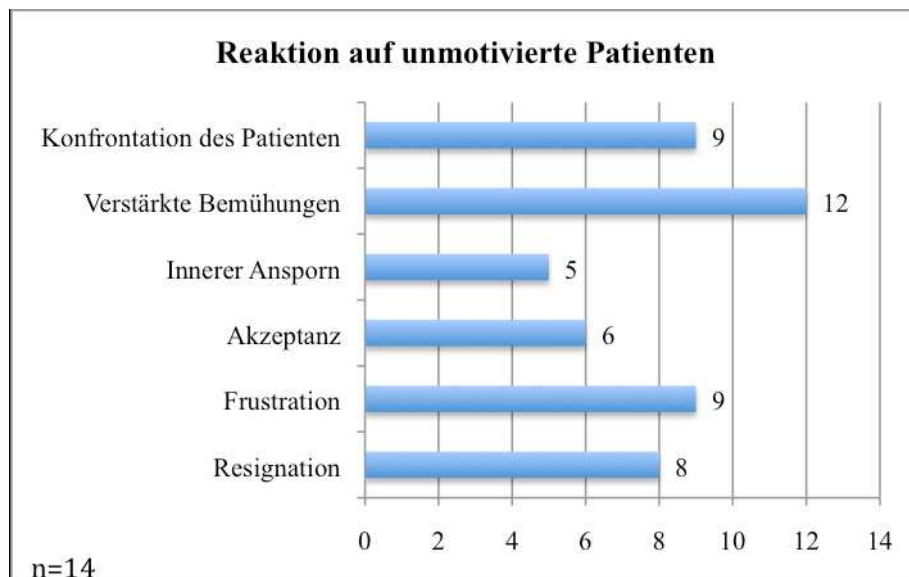


Abbildung 17: Reaktion auf unmotivierte Patienten

#### 4.3.1.2 Interpretation

Aus den Daten geht hervor, dass es bei Therapeuten, deren Patienten trotz Bemühungen nicht zur Mitarbeit zu bewegen sind, es zu einer von drei verschiedenen Reaktionsarten kommen kann: Akzeptanz ohne Frustration, Frustration oder Resignation.

Welche Variante zum Tragen kommt, ist patientenabhängig und es können auch mehrere Möglichkeiten bei einer Logopädin vorkommen.

Neun von 14 Logopädinnen sprechen die Patienten auf ihre Unmotiviertheit an und machen es zum Thema. Dies ist eine Möglichkeit, die Situation in eine Richtung zu verändern. Ressourcen, die Logopädinnen ausschöpfen sind: Familie, Hobbies, eine andere Therapieart, Zieldefinition

12 Logopädinnen verstärken ihren Einsatz, um unmotivierte Patienten zur Therapie zu bewegen.

Fünf Therapeutinnen sehen darin sogar einen besonderen Ansporn, eine Herausforderung, den Patienten zu gewinnen.

Das Akzeptieren der Ablehnung einer Therapie ist kein einfaches Unterfangen. Sechs von 14 Therapeutinnen können dies jedoch ohne Frustration als Entscheidung des Patienten hinnehmen.

Wenn trotz vermehrten Einsatzes sich der Patient nicht zur Therapie gewinnen lässt, dann reagieren 9 von 14 Logopädinnen mit Frustration.

Wenn der Patient nicht therapiert werden möchte, dann gibt es verschiedene Möglichkeiten damit umzugehen. Ein Vorschlag war es eine Therapiepause zu machen und es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal zu versuchen. Eine weitere Variante wäre es einen Therapeutenwechsel vorzunehmen oder wirklich die Therapie zu beenden und einem anderen Patienten den Therapieplatz anzubieten.

8 Logopädinnen ziehen einen Therapeutenwechsel, eine Therapiepause oder ein Therapieende in Erwägung.

#### 4.4 Aus- und Fortbildung im Bereich Motivation

Items:

- FA Bereits absolvierte Fortbildung
- FB-AF Aus- und Fortbildung
- FB-F Fortbildung
- FB-1 Inhalt Theorie
- FB-2 Inhalt Eigenmotivation
- FB-3 Inhalt Erfahrungsaustausch

##### 4.4.1.1 Definition

Mit dem Begriff „Ausbildung“ ist die studentische Ausbildung an einer Akademie bzw. Fachhochschule für Logopädie gemeint, während der Begriff „Fortbildung“ Kurse und Workshops nach Abschluss einer logopädischen Ausbildung bezeichnet.

##### 4.4.1.2 Resultat

###### *Aus- und Fortbildungsbedarf*

###### Aus- und Fortbildung

„Als Informationsveranstaltung in der Ausbildung selber, (...)Es wäre sowieso gut, dass man schwere Patienten forciert und das Thema Motivation vielleicht anschneidet. Ich könnte es mir positiv vorstellen. (...)

Ich würde es interessant finden, wenn es etwas {eine Fortbildung} geben würde, weil es mich interessiert, wie es anderen Kolleginnen geht.“

(L3/10)

„...wahrscheinlich schon in der Ausbildung oder wenigstens in den ersten Berufsjahren, vielleicht wenn man das Richtige hören würde für eine Motivationshebung, dass nicht ein Patient etwas einstecken muss, weil man gelernt hat an ihm.“

(L7/8)

„...auf jeden Fall, es wäre ganz sicher in der Ausbildung ein Thema, aber noch wichtiger danach, in der Ausbildung hätte es den theoretischen Aspekt und dann wenn man schon Bilder im Kopf hat und Patienten schon erlebt hat, wo man an seine Grenzen gestoßen ist, dass man mit konkreten Fragen und Bildern in eine Fortbildung gehen würde. Das wäre sicher eine gute Sache. (...) In jedem Abschnitt ist es gut, in der Ausbildung und auch später.“

(L8/8)

„Es wäre ganz gut und interessant ein Grundgerüst mitzukriegen, natürlich wäre es super in der Ausbildung, aber auch in einem Kurs später...“

(L12/10)

„...es wäre sicher eine gute Idee in einem kleinen Rahmen in der Ausbildung anzubieten, um das Thema auf den Tisch zu bringen. (...) {Eine Fortbildung} würde mich sehr interessieren, wie packt man das in eine Theorie. Eine schwierige Aufgabe...“

(L13/7)

## Fortbildung

„...mich würde interessieren, was gibt es noch für Möglichkeiten.(...) Irgendwie glaube ich, wäre es berufsbegleitend als Seminar oder so besser, weil mir als Student, das ist sicher etwas, was über die Jahre erst entsteht in der Therapieerfahrung selber, dass man da wesentlich mehr davon hat, weil man sich ganz einfach viele Situationen abrufen kann, und besser das, was angeboten wird, umsetzen kann.“

(L2/9)

„Ich erwarte mir, wenn ich so etwas besuchen würde, würde ich mir schon dieses Handwerkszeug erwarten und vor allen Dingen, was ich mir erwarten würde, was oft bei solchen Fortbildungen herauskommt – einen Austausch. Manchmal gehen einem bei gewissen Sachen einfach die Augen auf. Gerade Motivation ist ganz stark eine persönliche Sache. (...) Mit anderen, nicht unbedingt aus meiner Berufsgruppe, aus der Therapeutenberufsgruppe allein finde ich das schon recht toll.

(L6/12)

„...dass die Therapeutin eine Ausbildung erhält, wie sie Patienten motivieren kann, ja das wäre ein guter Punkt.“

(L14/9)

## Bereits absolvierte Fortbildung

„Ich habe letztes Jahr ein NLP-Einführungswochenende gemacht und ich finde es extrem interessant. Das ist nicht speziell auf Patienten ausgerichtet, aber man kann es natürlich für die Therapiesituation auch verwenden und ich finde es auch wichtig, wenn man sich beobachtet und reflektiert, wie tu denn ich mit dem Patienten oder was spiegle ich dem überhaupt. (...) Sich einmal ein bisschen herausnehmen und schauen, wie läuft die Therapiesituation gerade ab. Was mache ich und was macht der Patient. Könnte ich das noch irgendwie verbessern.“

(L9/7+8)

„...wobei wir hausinterne Fortbildungen haben, wo es um das geht, was von Psychologen gemacht wird. (...) Die letzte Fortbildung hat mir gebracht, mich selber anzuschauen, dass es gar nicht so sehr am Patienten liegt, er kann ja möglicherweise jetzt gerade nicht anders, also so wie er sich gerade verhält und ich mein Verhalten dem anzupassen habe, um mit dem umgehen zu können.“

(L10/8)

„Ich spreche von Erfahrung und ich habe mir Supervision die ersten zwei Jahre gegönnt. Bei dieser Supervision ging es viel um Verhalten, Übertragung, wie kann ich das Ganze bei mir selbst beobachten, was passiert, wenn ich das mache. Es war Einzelsupervision aus der Richtung Verhaltenstherapie. Wie kann ich meine Umwelt beeinflussen, wenn ich mein Verhalten verändere. Das war ganz wichtig. Es verändert viel und war wertvoll. Das rate ich jedem. Wenn etwas Negatives zurückkommt, wie gehe ich damit um. Man muss lernen, dass man bei sich bleibt, auch wenn etwas Negatives passiert.“

(L13/5)

„Zum Thema Motivation, Lebensbewältigung, Management, Persönliches und Umgang mit Angehörigen in Grenzsituationen, da habe ich Fortbildungen gemacht und auch Literatur gelesen. Ich selber hab so zwei Kurse gemacht über Motivationstraining, das war eine Zeitlang sehr stark gewesen, wie man sich selber positiv motiviert um etwas zu erreichen, das war im Rahmen der Persönlichkeitsbildung und geistiger Entwicklung.“

(L14/9)

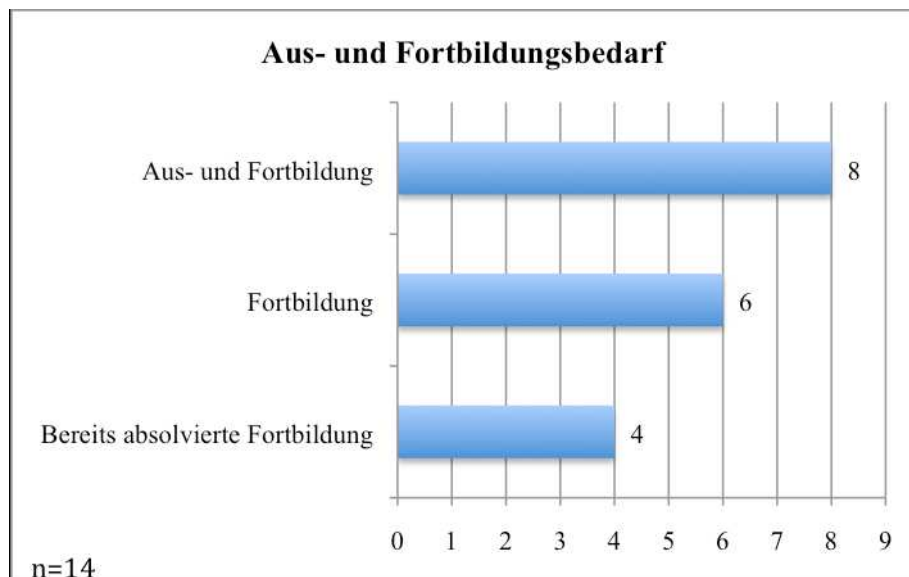


Abbildung 18: Aus- und Fortbildungsbedarf

### Gewünschte Inhalte einer Fortbildung

#### Theorie

„Man macht es zwar intuitiv, aber oft macht man es noch überzeugter, wenn man ein Grundgerüst hat und man hat Ausweichstrategien, wenn etwas nicht funktioniert. Was könnte ich noch probieren, was könnte ich noch verändern, Alternativen...“

(L1/11)

„Ich würde es interessant finden, neue Techniken und neue Möglichkeiten kennen zu lernen, außer das, was ich mache. Ich glaube nicht, dass das, was ich mache, alles ist.“

(L4/10)

„Besuchen würde ich sie {Fortbildung} schon – erwarten, dass man vielleicht nicht einen Fehler macht in der Gesprächsführung, im Erstkontakt...“

(L7/8)

„neue Tipps, Anregungen, Klärungsmodelle, was ist überhaupt Motivation, wo kommt das her, wodurch beeinflusst, Fakten, Zahlen, ein bisschen etwas Greifbares, damit die Materie griffiger wird. Das wäre spannend...“

(L11/8+9)

#### Eigenmotivation

„Sowohl wie man einen Patienten motivieren kann, als auch wie man sich selber motivieren kann bei schwierigen Fällen...“

(L1/10)

„...ich erwarte - für die eigene Motivation bringt es etwas...“

(L5/8)

„...mehr Spaß in der Therapie, wie kann ich von dieser strengen Übungssituation weggehen und wie arbeitet man mit freieren Themen, was gäbe es da für Möglichkeiten. Wie machen das andere...“

(L9/9+10)

## Erfahrungsaustausch

„Ich würde es interessant finden, wenn es etwas geben würde, weil es mich interessiert, wie es anderen Kolleginnen geht...“

(L3/10)

„Ein Austausch mit anderen Kolleginnen wäre einmal interessant, jetzt nicht nur, das was ich jetzt kenne, ich möchte auch kennen lernen, wie die tun, meine Kolleginnen. Das ist eine Bereicherung in jeder Hinsicht.“

(L4/10)

„Interesse würde durchaus bestehen, unter Supervision, dass man auch einen Erfahrungsaustausch macht.“

(L12/10)

Zusammenfassend stellt die folgende Tabelle die von den Interviewpartnerinnen genannten Wünsche dar:

Überbegriff	Synonyme
Theorie	Grundgerüst, alternative Möglichkeiten, Rezept, Techniken, neue Perspektiven, Impulse und Ideen, Handwerkszeug
Eigenmotivation	Mehr Spaß in Therapie, eigene Motivation
Erfahrungsaustausch	Austausch mit Kollegen, Austausch von Ideen

Tabelle 13: Fortbildungswünsche

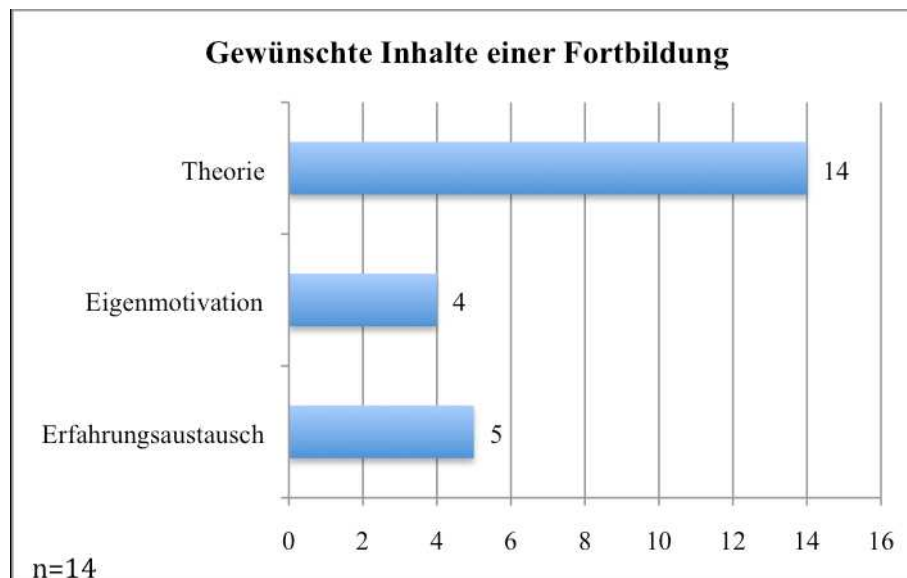


Abbildung 19: Gewünschte Inhalte einer Fortbildung

#### *4.4.1.3 Interpretation*

Alle 14 interviewten Logopädinnen bekunden bezüglich einer Fortbildung im Bereich Motivation Interesse.

8 Therapeutinnen würden es begrüßen, diese Thematik schon in die Ausbildung zu implementieren. Eine Logopädin (L2) fände eine berufsbegleitende Fortbildung sinnvoller, weil der Praxisbezug im Gegensatz zur Ausbildung mit fehlender Therapieerfahrung gegeben ist.

4 Logopädinnen berichten über Erfahrungen auf dem Gebiet Motivation, wobei die Kenntnisse auf unterschiedlichste Art erworben wurden: NLP, hausinterne Fortbildung durch Psychologen, Supervision, Motivationstraining. Obwohl diese teilweise nicht fachspezifisch waren, wurde die positive Implikation auf die Therapiearbeit hervorgehoben.

Alle 14 Logopädinnen sind bei Besuch einer Fortbildungsveranstaltung an theoretischen Inhalten zum Thema Motivation interessiert.

4 Therapeutinnen möchten einen Benefit für die eigene Motivation mitnehmen und 5 sind an einem Erfahrungsaustausch mit anderen Kolleginnen interessiert.

## 5 DISKUSSION

### 5.1 Schlussfolgerungen

Im logopädischen Bereich zählen neurologische, im besonderen aphasische Patienten, durch den schwerwiegenden Lebenschnitt der behindernden Krankheit zu einer fachlich und zugleich psycho-emotional fordernden Patientengruppe. Von den Therapeuten wird eine hohe Professionalität nicht nur in der Behandlung der Sprachstörung per se, sondern auch in einer guten psychosozialen Unterstützung gefordert. Der regelmäßige enge und oft auch körpernahe Kontakt wie auch die facettenreiche verbale und nonverbale Kommunikation eröffnen zusätzliche Therapieansätze, die im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses in die Behandlung mit einzubeziehen sind.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die verschiedensten Einstellungen von Logopäden bezüglich der Motivation von aphasischen Patienten in neurologischen Schwerpunktkliniken zu erörtern. Um die Auswertung idiosynkratischer Sichtweisen zu vermeiden, wurden die Interviews an 7 Kliniken in 3 österreichischen Bundesländern geführt.

Während bei der Studie von Maclean et al. (2002) verschiedenste Berufsgruppen mit auch geringer Berufserfahrung eingeschlossen wurden, ist die Besonderheit dieser Studie, dass es sich um eine homogene Therapeutengruppe mit mehrjähriger, einschlägiger Berufserfahrung handelt.

Weiters wurde versucht zu ergründen, wie Motivation in der Therapie verstanden und eingesetzt wird und welche Handlungsweisen bei unmotivierten Patienten zur Anwendung kommen. Es stellt sich auch die Frage, ob eine vorzeitige Aburteilung von unmotivierten Patienten zu reduzierten Therapiebemühungen von Seiten des Therapeuten führt.

Um einen eventuell bestehenden Handlungsbedarf zu größerer Professionalität im motivationalen Umgang mit dieser Patientengruppe zu bewerten, wurden die Therapeutinnen auch dahingehend befragt, ob sie Vorerfahrung mit einschlägigen Fortbildungsveranstaltungen besitzen bzw. Interesse haben, eine solche zu besuchen, denn Dibbelt et al. (2009) unterstreichen die Wichtigkeit einer qualitativen Patient-Therapeut-Interaktion für den Erfolg der Rehabilitation und folglich die Wichtigkeit fachspezifischer Kenntnisse.

Wie aus der Fülle und der Tiefgründigkeit der in den Interviews gefundenen Aussagen hervorgeht, sind sich die interviewten Logopädinnen der Wichtigkeit der Motivation, der Einflussfaktoren und einiger motivationaler Techniken durchwegs bewusst, obwohl ein primäres Ausbildungsdefizit angegeben wird, welches sich erst durch Learning-by-doing im Patientenkontakt zum derzeitig individuellen Handlungsstandard etablierte.

In der vorliegenden Studie werden aus therapeutischer Sicht folgende Einflussfaktoren auf die Motivation identifiziert: einerseits Persönlichkeit des Patienten, klinische Faktoren, soziales Umfeld, Umgebung und soziale Interaktion, Emotionen andererseits Information, Ziele und das Verhalten des Therapeuten. Diese decken sich weitgehend mit den Einflussfaktoren aus der Studie von Maclean et al. (2002). Keine Hinweise finden sich zu kulturellen Faktoren, die im multikulturellen Umfeld einer Weltstadt wie London wichtiger zu sein scheinen.

Unmotiviertes Verhalten des Patienten wird an Depressivität, fehlender Krankheitseinsicht, Aggression, Introvertiertheit, vermindertem Selbstwert und fehlender Mitarbeit erkannt. Unklar ist, inwiefern dies auf hirngorganische Schäden im Rahmen z. B. eines organischen Psychosyndroms, einer Reaktion im Trauerprozess in Hinblick auf die Einschränkung durch den Insult, eine Überforderung in der Therapie oder Probleme in der therapeutischen Beziehung, zurückzuführen ist.

Unter den zahlreichen erhobenen Persönlichkeitsfaktoren scheint erwähnenswert, dass Ehrgeiz sich sowohl positiv in Form von Ausdauer und Durchhaltevermögen als auch in seiner übersteigerten Form eines Perfektionismus negativ auswirken kann.

Bei diesem aus Therapeutesicht problematischen Verhalten scheint es sich um ein Typ-A-Persönlichkeitsmuster nach Friedman und Rosenman zu handeln. Fernández-Concepción et al. (2002) haben in ihrer Studie Hinweise auf eine Assoziation zwischen diesem Persönlichkeitstypus und einer Schlaganfallerkrankung gefunden.

Zusätzlich wird in dieser Studie von den interviewten Logopädinnen der Therapieverlauf mit Therapiedauer und Fortschritten in der Therapie und der Humor in Bezug auf die Motivation des Patienten erwähnt.

Durch den wochen- und oft monatelangen Rehabilitationsaufenthalt sind motivationale, abwechslungsreiche Techniken von großer Wichtigkeit, denn wie die Studie zeigt, wird die Länge der Therapiedauer als negativer Motivationsfaktor gesehen. Dies könnte als Hinweis dafür gesehen werden, dass auch eventuell bewusste nach gründlichem Assessment durchgeführte Therapieunterbrechungen in Erwägung gezogen werden könnten, um die Motivation wieder zu steigern.

Motivation kann weiters durch das Setzen von relevanten Rehabilitationszielen, Information über den Schlaganfall und die Rehabilitation, kreativen Einsatz von Therapiematerialien und das Verhalten des Therapeuten selbst verändert werden.

Um den Patienten für die Therapie zu gewinnen, ist das persönliche Interesse für den Patienten, Beziehungsaufbau, Eingehen auf private Interessen wichtig (vgl. Maclean 2002), auch im Sinne von Empathie (Proot et al. 2000).

Zudem sinkt die Motivation, oft trotz großer Bemühungen von Seiten des Therapeuten und des Patienten, durch zu klein erlebte Fortschritte in der Therapie. Daher werden bevorzugt Nahziele formuliert und Fernziele nicht besprochen bzw. eventuell aus Angst vor negativen Auswirkungen auf die Motivation und emotionale Stimmung ausgeklammert und nur am Rande erwähnt. Obwohl Studien (Clark and Smith 1999, Maclean et al. 2000, Bendz 2003, Jones et al. 2008, Struhkamp 2004) auf die Wichtigkeit von möglichst guter Informationsgabe hinweisen, geben die interviewten Logopädinnen Informationen zurückhaltend. Es scheint aber in diesem Falle das abwägende portionsweise und individuelle Geben von Informationen aufgrund der schweren bio-psycho-sozialen Beeinträchtigung durch den Schlaganfall sinnvoll zu sein. Um die Motivation, trotz kleiner Fortschritte aufrecht zu erhalten, wird die Rückmeldung von Fortschritten als wirkungsvoll erlebt, was natürlich eine Einsicht des Patienten und ein beidseitiges Erkennen der Fortschritte und eine maßgeschneiderte gemeinsame Zieldefinition (Proot et al. 2000) voraussetzt. Die in der neurologischen Rehabilitation vorliegende klinische Heterogenität der Störungsbilder und die oft sehr unterschiedliche Ausgangslage, die von leichten Sprach- und Sprechstörungen bis hin zu globaler Aphasie reicht, müssen in diesem Zusammenhang bedacht werden (vgl. Büttner & Quindel 2006).

Überraschend zeigte sich bei allen Therapeutinnen die Wichtigkeit des Humors als mögliche Copingstrategie in der Therapie. Gemäß der Heterogenität des Humors wird dieser unterschiedlich eingesetzt. Zum einen werden Motivationsprobleme z. B. durch plakativ-ironische Darstellung besprechbar. Zum anderen trägt Humor als „Schmiermittel“ zu einer entspannten lockeren Stimmung zwischen Therapeutin und Patienten bei und fördert die zwischenmenschliche Beziehung. Er spielt eine wichtige Rolle beim Bewältigen von Gesundheitsthemen (Marziali et al. 2008) und scheint so die Motivation sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten positiv zu beeinflussen. Wanzer et al. (2005) zeigen, dass ein vermehrter Einsatz von Humor auch die Arbeitszufriedenheit beim Therapeuten durch wirksamere Copingstrategien verbessert.

Vielleicht liegt es an der Komplexität dieses Phänomens, dass es so viele Theorien und wenig gesicherte Erkenntnisse über den Humor gibt (Titze 2007). In der paradoxen Intention zielt Viktor Frankl auf den bedeutsamen Einstellungswandel ab, der sich in einer Humorreaktion anbahnt, denn nichts lässt den Patienten von sich selbst so sehr distanzieren wie der Humor (Frankl 2007).

Auffallend ist, dass sich wenige Logopädinnen auf ein Gespräch über die Prognose bezüglich Fortschritte und Heilung der logopädischen Pathologie einlassen und dies nur mit äußerster Sensibilität und um eventuelle falsche Vorstellungen von Patientenseite zu korrigieren. Wie Wiles et al. (2004) in ihrer Studie bei Physiotherapeuten feststellen, scheint ähnliches Vermeidungsverhalten, das Wiles et al. auf den Umgang mit Enttäuschung bezüglich des Therapieergebnisses zurückführen, auch auf Logopädinnen zuzutreffen.

Im Gegensatz zur von Maclean et al. (2000) insbesondere bei geriatrischen Patienten vermuteten Stigmatisierung aufgrund des Motivationsgrades, geben die interviewten Logopädinnen große Therapiebemühungen und Engagement an, um unmotivierte Patienten zur Therapie zu bewegen und distanzieren sich von einem therapeutischen Nihilismus.

Aufgrund der zunehmenden Inzidenz geriatrischer Aphasiepatienten, bedingt durch die demografische Entwicklung (Foerch et al. 2008) und die fehlende Evidenz eines berechtigten Therapierückzuges (Rabadi et al. 2008), scheint es durchaus sinnvoll auch im Rahmen von Fortbildungen, Balint- und Supervisionsgruppen diese Einstellungen individuell zu erörtern und sie auf ethische, ökonomische und individuelle Wertesysteme bewusst zu überprüfen, denn schließlich geht es in der Rehabilitation vordergründig um Lebensqualität und nicht um Lebenszeit.

Das von Birren und Schaie modifizierte Atkinson Erwartungs-Mal-Wert-Modell wurde für Patienten in der Rehabilitation entwickelt (Geelen & Soons 1996). Deren Motivation ist demnach eine variable Größe und dadurch veränderbar  $\{M = (P(Os) \times V) : C\}$ .

In der Reaktion auf unmotivierte Patienten kann dieses Modell auch zur Erklärung des Verhaltens im Sinne einer patientenbezogenen, therapieassoziierten Motivation der Therapeuten verwendet werden. Konfrontation durch Ansprechen auf das problematische Verhalten, verstärkte Bemühungen und innerer Ansporn des Therapeuten können demnach als  $P(Os) \times V > C$  gesehen werden. Dies bedeutet, dass für den Therapeuten die subjektive Wahrnehmung bezüglich der Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Rehabilitationsausganges  $\{P(Os)\}$  und der Wert eines erfolgreichen Rehabilitationsprozesses  $\{V\}$  unter der Annahme, dass die gesteckten Ziele erreicht werden, größer empfunden wird, als die damit verbundenen Kosten der Rehabilitation  $\{C\}$ .

Für Akzeptanz würde eine Balance zwischen Wahrnehmung und Wert einerseits und Kosten andererseits sprechen. Frustration und Resignation treten demnach dann auf, wenn die Kosten im Vergleich zu Wahrnehmung/Wert überwiegen, d. h.  $P(Os) \times V < C$ .

In einer Synopsis der gefundenen Parameter fließen in  $\{P(Os)\}$  z. B. klinische, emotionale, persönlichkeitsbezogene und soziale Parameter, den Patienten betreffend, ein.

Dem Wert eines erfolgreichen Rehabilitationsprozesses  $\{V\}$  sind z. B. die Interaktion, bestimmbar durch die persönliche therapeutische Beziehung, Humor und positive Übertragung zuzuordnen. Hier fließt auch eine gemeinsame Zieldefinition mit ein.

Die Kosten  $\{C\}$  im Sinne von Mehraufwand z. B. in der Gruppentherapie und im Alltagstraining, aber auch negative Gegenübertragung könnten durch Erfahrungsaustausch (Balintgruppe, Supervision), Fortbildungen, einen bewussteren Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen und Geschlechterrollen, aber auch im bewussten Erkennen und Rückmelden von Fortschritten in der Therapie gesenkt werden.

Internet-Recherchen zu Fortbildungen im Bereich kommunikativer und motivationaler Fertigkeiten für Logopädinnen ergaben in Österreich keine Treffer, in Deutschland und der Schweiz wenige. Nur ein Viertel der Interviewten hat sich entsprechendes Wissen aus interdisziplinären Kursen angeeignet, der Rest erwarb die bestehenden Kenntnisse autodidaktisch.

Neben der fachspezifischen und auch begleitend unterstützenden Therapie in der (logopädischen) Rehabilitation sind weiterführende Ausbildungs- und Fortbildungsangebote zu fordern (vgl. Wiles et al. 2004, Dibbelt et al. 2009). Von den befragten Logopädinnen wird die Einführung von Lehrveranstaltungen zum Thema Kommunikation in das logopädische Ausbildungscurriculum begrüßt. Jedoch wird von vielen Kolleginnen, die durchwegs langjährige Berufserfahrung besitzen, angegeben, dass erst der Patientenkontakt die Tragweite derartiger Gesprächs- und Motivationstechniken erkennen lässt.

Als von vielen Patienten durchaus positiv erlebt wird das Alltags- und Gruppentraining (Wehmeyer & Grötzbach 2006, Geelen & Soons 1996, Proot 2000), das jedoch von therapeutischer Seite aufgrund des hohen organisatorischen Aufwands und des heterogenen Patientenkollektivs als schwer durchführbar beurteilt wird. Hierzu scheint durchwegs Handlungsbedarf, der sich durch vertiefende Fortbildungen über das Führen von Gruppen und deren Eigendynamik auf Logopädenseite verbessern ließe, indem interkollegialen Absprachen zur Gestaltung einer möglichst homogenen Gruppe und dem zeitlichen, organisatorischen Mehraufwand Rechnung getragen wird.

Da im logopädischen Beruf überwiegend Frauen als Therapeutinnen tätig sind, wurden auch alle 14 Interviews mit weiblichen Experten geführt. 9 Logopädinnen bezeichnen jeweils ein Geschlecht als motivierter (7 davon fanden Frauen motivierter, 2 Männer). Der tendenziell geschlechtsabhängige Faktor in der therapeutischen Beziehung, der durch die Präferenz unterschiedlicher Geschlechter, allerdings mit Neigung zu positiver, weiblicher Attributierung erkennbar ist, wird somit auch von den Therapeutinnen selbst mitgestaltet, was sich kausal nicht weiter erklären lässt. Lediglich Hinweise auf verbindende Interessen bei Frauen und eine Art von gegengeschlechtlichem Humor bei Männern wurde geäußert. Der geschlechtsabhängige Faktor in einem von Therapeutinnen dominierten Fachgebiet sollte durchaus kritisch betrachtet und in Fort- und Ausbildungen miteinfließen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vorliegende Arbeit einen umfassenden Einblick vermittelt, wie Logopädinnen den Motivationsbegriff verstehen und wie sie im klinischen Alltag damit

umgehen. Weiters wird die Hypothese bestätigt, dass Logopädinnen sich der Wichtigkeit der Motivation bewusst sind, aber Motivationsstrategien intuitiv einsetzen. Der Wunsch nach zusätzlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Bezug auf Motivation und Kommunikation besteht. Vordergründig wird die Vermittlung theoretischer Inhalte gewünscht, aber man ist auch an einem Benefit für die eigene Motivation und an einem Erfahrungsaustausch mit anderen Kolleginnen interessiert.

## **5.2 Ausblick**

Die Schwierigkeit in der Beurteilung der Motivation bei aphasischen Patienten besteht im insuffizienten sprachlichen Zugang, sodass lediglich eine fremdanamnestiche Beurteilung (vgl. Deck 2006) dafür in Frage kommt. Analog zum schon validierten Patientenfragebogen PAREMO-20 (Hafen et al. 2006), der in der Rehabilitation genauere Aussagen über den motivationalen Zustand des Patienten erlaubt, könnte aus dem Fundus dieser Arbeit und der Entwicklungsarbeit des PAREMO-20 ein Therapeutenfragebogen konzipiert werden, um anhand von schlussendlich validierten Parametern bessere Aussagen über Therapieverlauf und Prognose zu treffen bzw. dokumentieren zu können. Die dadurch entstandene Vergleichbarkeit zwischen Patienten bzw. therapeutischen Techniken könnte den wissenschaftlichen Diskurs auf logopädischem Gebiet unterstützen. Die erhobenen Daten können als Grundlage zur Gewichtung der Einstellung der Therapeuten zur Motivation in quantitativen Studien dienen (vgl. Pring 2004).

Die bio-psycho-soziale Sichtweise der logopädischen Therapie sollte insbesondere in der Rehabilitation in zukünftige Studien miteinfließen, um auch den schon bestehenden großen Stellenwert zu bestätigen, denn ein multimodaler Therapieansatz bietet eine positive, gegenseitige Verstärkung im Hinblick auf den Therapieerfolg.

Die vorliegenden Daten können auch eine Ressource sein, um eventuell schon präexistente Fortbildungsveranstaltungen rund um das Thema Kommunikation für Berufstätige in der Rehabilitation an praxisrelevante Problemstellungen anzupassen. Schwerpunkte können somit gezielt angegangen werden, wie zum Beispiel der Einsatz von Humor in der Therapie, der Einsatz und das Bewusstmachen von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen, aber auch die Wichtigkeit der Kommunikation in interdisziplinären Teams und mit Angehörigen.

Eine professionellere Hilfestellung aus derartigen Fortbildungen würde aber nicht nur für die betreuten Patienten, sondern auch für die Therapeutinnen selbst von großem Wert sein. Denn die Tätigkeit mit schwer betroffenen Patienten gilt als sehr fordernd und verlangt hohes Engagement, was sich in den großen Bemühungen der Therapeutinnen widerspiegelt. Das damit verbundene Burn-Out-Risiko kann daher als erhöht und eine Prophylaxe als sinnvoll angesehen werden. Denn das Bewusstsein um die Chancen einer fundierten professionellen Ausbildung kann in schwierigen Therapiesituationen Stütze geben, die Eigenmotivation fördern und den kommunikativ fachlichen Austausch mit Fachkollegen erleichtern. Dabei wird sowohl auf einen theoretischen Schwerpunkt als auch auf einen Austausch Wert gelegt. Hierzu zählen für eine strukturierte effiziente Behandlung der Thematik z.B. Balint- und Supervisionsgruppen.

### **5.3 Eigenkritisches**

Die Studie kann keine Aussage darüber treffen, inwiefern sich die erhobenen Aussagen zur Einstellung der Therapeuten mit dem hieraus möglicherweise resultierenden Verhalten in der alltäglichen Arbeit decken.

Denn wie aus der Theorie bekannt, sind zur Beurteilung des Zusammenhanges zwischen Einstellung und Verhalten die Kenntnisse verschiedenster Variablen Voraussetzung (vgl. Warth und Mayer 2008).

Der abstrakte Begriff Motivation, dessen einheitliche Definition sich auch in der Literatur als äußerst schwierig gestaltet, zeigt sich auch in den Interviews mehrdimensional und müsste zur weiteren Klärung in seinen Teilaspekten näher untersucht werden (vgl. Hafen et al. 2006).

Der Gender-Aspekt in der Therapie wurde zwar von vornherein bedacht, aber aufgrund der Komplexität der Thematik in den Interviews nur am Rande angeschnitten. Das gewonnene Material von undifferenzierten wenig spezifischen Äußerungen lässt daher nur vage Vermutungen zu, deren Einfluss auf die Therapie aber durch weitere Studien untersucht werden sollte. Der in den Ergebnissen nur erwähnte Gendereinfluss hätte noch vertiefter exploriert werden können, um weitere Rückschlüsse darüber zuzulassen.

## 6 ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Multidisziplinarität in der Schlaganfalltherapie .....	18
Abbildung 2: Logopädisches Therapiesetting .....	21
Abbildung 3: Positive Persönlichkeitseigenschaften.....	35
Abbildung 4: Negative Persönlichkeitseigenschaften .....	36
Abbildung 5: Emotion in der Patientenmotivation.....	39
Abbildung 6: Klinische Faktoren .....	42
Abbildung 7: Umgebung und soziale Interaktionen im Krankenhaus.....	46
Abbildung 8: Einfluss des sozialen Umfeldes.....	48
Abbildung 9: Positiver Einfluss des sozialen Umfeldes.....	50
Abbildung 10: Negativer Einfluss des sozialen Umfeldes .....	52
Abbildung 11: Beeinflussung der Motivation im Therapieverlauf .....	54
Abbildung 12: Einfluss des Therapeuten auf die Motivation.....	64
Abbildung 13: Informationen von Therapeut an Patient .....	69
Abbildung 14: Aufklärung des Patienten .....	70
Abbildung 15: Parameter für Einschätzung des Therapieergebnisses.....	72
Abbildung 16: Geschlechtsbezogene Unterschiede in der therapeutischen Beziehung .....	74
Abbildung 17: Reaktion auf unmotivierter Patienten .....	79
Abbildung 18: Aus- und Fortbildungsbedarf .....	82
Abbildung 19: Gewünschte Inhalte einer Fortbildung .....	83
Tabelle 1: Aphasieformen nach Huber und Poeck .....	17
Tabelle 2: Begleitstörungen zu einer Aphasie, Büttner & Quindel (2006) .....	18
Tabelle 3: Dimensionen der Reha-Motivation (Hafen 2000).....	24
Tabelle 4: Ort der Tätigkeit der Experten.....	31
Tabelle 5: Interview-Leitlinie.....	33
Tabelle 6: Dauer der Expertininterviews.....	33
Tabelle 7: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring 2008) .....	34
Tabelle 8: Positive Persönlichkeitseigenschaften.....	35
Tabelle 9: Negative Persönlichkeitseigenschaften .....	36
Tabelle 10: Depressivitätsmerkmale .....	37
Tabelle 11: Vor- und Nachteile der Gruppentherapie .....	45
Tabelle 12: Vor- und Nachteile des Alltagstrainings .....	46
Tabelle 13: Fortbildungswünsche.....	83

## 7 QUELLENVERZEICHNIS

- Barnes M, Dobkin B, Bogousslavsky J: Recovery after stroke. Cambridge University Press, Cambridge 2005
- Bartels H: Modellorientierte Diagnostik. In: Siegmüller, Bartels (Hrsg): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. Urban Fischer, München 2006, 222-225
- Bartels H: Sprachsystematische Diagnostik. In: Siegmüller, Bartels (Hrsg): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. Urban Fischer, München 2006, 222-225
- Basler H: Das Verhältnis der Compliance-Forschung zum Patienten. In: Schneider (Hrsg): Indikatoren zur Psychotherapie. Anwendungsberichte und Forschungsprobleme. Beltz, Basel 1990, 167-182
- Bauer J: Spiegelneurone, Warum ich fühle, was du fühlst – intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. 14. Aufl. Heyne, München 2006
- Becker G, Kaufman S: Managing an uncertain illness trajectory in old age: patient's and physician's view of stroke. *Med Anthropol Q* 1995; 9: 165-187
- Bendz M.: The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives. *Scand Car Science* 2003; 17: 215-222
- Büttner C, Quindel R: Gesprächsführung und Beratung. Springer, Heidelberg 2005
- Clark M, Smith D: The effects of depression and abnormal illness behaviour on outcome following rehabilitation from stroke. *Clin Rehabil* 1998; 12: 73-80
- Clark M, Smith D: Factors contributing to patient satisfaction with rehabilitation following stroke. *Int Rehabil Res.* 1999a; 21: 143-154
- Clark M, Smith D: Psychological correlates of outcome following rehabilitation from. *Clin Rehabil* 1999b; 13: 129-140
- Chang L, Hasselkur B: Occupational therapists' expectations in rehabilitation following stroke: sources of satisfaction and dissatisfaction. *Am Occup Ther* 1998; 52: 629-637
- Deck R: Erwartungen und Motivationen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. In: Nübling, Muthny, Bengel (Hrsg): Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Huber, Bern 2006, 76-95
- De Langen E: Funktionale Diagnostik. In: Siegmüller, Bartels (Hrsg): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. Urban Fischer, München 2006, 7:231-235
- De Wit L, Putman K, Baert I, Lincoln NB, Angst F, Beyens H, Bogaerts K, Brinkmann N, Connell L, Dejaeger E, De Weerd W, Jenni W, Kaske C, Komarek A, Lesaffre E, Leys M, Louckx F, Schuback B, Schupp W, Smith B, Feys H: Anxiety and depression in the first six months after stroke. A longitudinal multicentre study. *Disabil Rehabil.* 2008; 30(24):1858-66

- Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B: Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Pat Educat Couns* 2009; 76: 328–335
- Diener H.C, Putzki N: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Thieme, Stuttgart 2008, 654ff
- Dijkerman H, Wood V, Hewer R: Long term outcome after discharge from a stroke rehabilitation unit. *JR Coll Physicians Lond* 1996; 30: 538-546
- Duden: Das Fremdwörterbuch, Bibliografisches Institut Mannheim 1997
- Endler,P.C. & EU-team@inter-uni.net: Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitswissenschaften.edition@inter-uni.net, Graz 2005.
- Fernández-Concepción O, Verdecie-Feria O, Chávez-Rodríguez L, Álvarez MA, Fiallo-Sánchez MC: Patrón de conducta tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. *Rev Neurol* 2002; 34 (07): 622-627
- Foerch C, Misselwitz B, Sitzer M, Steinmetz H, Neumann-Haefelin T: Die Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2050. *Dtsch Arztebl* 2008; 105(26): 467–73
- Frankl V: Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. d tv, München 2007
- Froböse I, Nellessen G, Wilke C: Training in der Therapie. Grundlagen und Praxis. 2.Aufl. Urban Fischer, München 2003
- Geelen R, Soons P: Rehabilitation: an ‚everyday‘ motivation model. *Pat Educat Couns* 1996; 28: 69-77
- Geisler L: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. 5.Aufl. pmi, Frankfurt 2008
- Gerdes N, Weis J: Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel, Koch (Hrsg): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer, Berlin 2000, 42-68
- Gläser J, Laudel G: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 2.Aufl. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006;191-252
- Greener J, Enderby P, Whurr R: Speech language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane/Pubmed.Gov. Journal’s Datab Systemat Rev* 1999
- Hafen K, Bengel J, Nübling R: Der Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation PAREMO. In: Nübling, Muthny, Bengel (Hrsg). Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Huber Bern 2006, 141-160
- Heidenreich T: Intrapsychische Konflikte und Therapiemethoden in der Behandlung der Substanzabhängigkeit. Roderer, Regensburg 2000
- Heiss W, Kessler J, Karbe H, Fink G, Pawlik G: Cerebral glucose metabolism as a predictor of recovery from aphasia in ischemic stroke. *Arch Neurol* 1993; 50:958-964
- Huber W, Poeck K, Springer L: Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Forum Logopädie, Stuttgart 2006

- Jones F, Mandy A, Partridge C: Reasons for recovery after stroke: a perspective based on personal experience. *Disab Rehabil* 2008; 30: 507-516
- Keller S: Motivierung: Eine Standortbestimmung. In: Petermann, Ehlebrecht-König (Hrsg): *Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung*. Roderer, Regensburg 2004, 17-32
- Kriz D, Herwig J, Wirtz M, Töns N, Hafen K, Nübling R, Bengel J: Entwicklung und Validierung des PAREMO-20. In: Nübling, Muthny, Bengel (Hrsg): *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. Huber, Bern 2006, 161-178
- Lewinter M, Mikkelsen S: Therapists and the rehabilitation process after stroke. *Health Technol Assess*. 2007; 11: 1-118
- Maclean, N, Pound, P: A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Soc Science Med* 2000; 50: 495-506
- Maclean N, Pound P: The concept of patient motivation: a qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke* 2002; 33: 444-448
- Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A: Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *Br Med J* 2000; 321: 1051-1054
- Marziali E, McDonald L, Donahue P: The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging Ment Health* 2008; 12(6): 713-718
- Maurischat C, Neufang A: Das Transtheoretische Modell in der medizinischen Rehabilitation - eine Übersicht. In: Nübling, Muthny, Bengel (Hrsg): *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. Huber, Bern 2006, 38-57
- Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10.Aufl. Beltz, Weinheim 2008
- McLennana M, Stark G, Anderson B, Pain K: Rehabilitation learning needs: patient and family perceptions. *Pat Educat Couns* 1996; 27: 191-199
- Meichenbaum D, Turk D: *Therapiemotivation des Patienten: Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie*, Huber 1994
- Miller WR, Rollnick S: Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009; 37: 129-40
- Mold F, McKeivitt C, Wolfe C: A review and commentary of the social factors which influence stroke care: issues of inequality in qualitative literature. *Health Soc Care Com* 2003; 11: 405-414
- Nübling R, Muthny F, Bengel J: *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. Huber, Bern 2006
- Paß P.F. & EU-team@inter-uni.net: *Tiefenpsychologische Grundlagen. Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit*. edition@inter-uni.net, Graz 2005
- Pedersen P, Jorgensen H, Nakayama H, Raaschou H, Olsen T: Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Ann Neurol* 1995; 38: 659-666
- Petermann F, Ehlebracht-König I: *Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung*. Roderer, Regensburg 2004

- Poeck K, Huber W, Willmes K: Outcome of intensive language treatment in aphasia. *J Speech hear Dis* 1989; 54: 471-479
- Prigatano G: *Neuropsychologische Rehabilitation*. Springer, Berlin 2004
- Pring T: Ask a silly question: two decades of troublesome trials. *Int J Lang Commun Disord*. 2004; 39(3): 285-302
- Prochaska J, DiClemente C: In search of how people change: Applications to addictive behavior. *Am Psych* 1992; 47: 1102-1114
- Proot I, Crebolder H, Abu-Saad H, Macor T, Tel Meulen R: Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Pat Edu Couns* 2000; 41: 275-283
- Rabadi M, Rabadi F, Edelstein L, Peterson M: Cognitively impaired stroke patients do benefit from admission to an acute rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008; 89(3): 441-8
- Resnick B: Motivation in geriatric rehabilitation. *J Nurs Scholars* 1996; 28: 41-45
- Robey R: A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *J Speech Lang Hear Res* 1998; 41: 172-87
- Siegert R, Taylor W: Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disab Rehabil* 2004, 26:1-8
- Siegmüller J, Bartels H: *Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken*. Urban Fischer, München 2006
- Staub F, Carota A: Depression and fatigue after stroke. In: Barnes, Dobkin, Bogousslavsky (Hrsg): *Recovery after stroke*, Cambridge University Press 2005; 556-579
- Struhkamp R: Goals in their Setting a normative analysis of goal setting in physical rehabilitation. *Health Care Analysis* 2004; 12: 131-155
- Titze M, Eschenföder C: *Therapeutischer Humor*. Fischer, Frankfurt 2007
- Van Cranenburgh B: Patientenzentrierte Behandlung, In: Van Cranenburgh (Hrsg): *Neurorehabilitation*, 2007, Urban Fischer München 2007; 367-369
- Wanzer M, Booth-Butterfield M, Booth-Butterfield S: „If we didn't use humor, we'd cry“: humorous coping communication in health care settings. *J Health Commun* 2005; 10(2): 105-125
- Warth L, Mayer J: *Sozialpsychologie*. Springer, Berlin 2008, 205-257
- Watkins C, Auton M, Deans C, Dickinson H: Motivational Interviewing Early After Acute Stroke: A Randomized, Controlled Trial. *Stroke* 2007; 38: 1004-1009
- Wehmayer M, Grötzbach H: *Aphasie*. Springer, Berlin 2006
- Wiles R, Ashburn A, Payne S, Murphy C: Discharge from physiotherapy following stroke: the management of disappointment. *Soc Sci Med* 2004; 59(6): 1263-1273
- Wilkinson J: Understanding motivation to enhance patient compliance. *Brit J Nurs* 1997, 6: 879-884

Willmes K, Poeck K: Ergebnisse einer multizentrischen Untersuchung über die Spontanprognose von Aphasien vaskulärer Ätiologie. Nervenarzt 1984; 55: 62-71

Wressle E, Oberg B, Henriksson C: The rehabilitation process for the geriatric stroke patient – an exploratory study of goal setting and interventions. Disab Rehabil 1999; 21: 80-87

Yagura H, Miyai I, Suzuki T, Yanagihara T: Patients with severe stroke benefit most by interdisciplinary rehabilitation team approach. Cerebrovasc Dis. 2005; 20(4): 258-63

#### Weitere Online-Journale & Abfragen:

Pschyrembel® Online Premium Schlaganfall, letzter Zugriff am 12.5.2010

Pschyrembel® Online Premium Aphasie, letzter Zugriff am 12.5.2010

Pschyrembel® Online Premium Pflege, Zugriff am 12.4.2010

Pschyrembel® Online Premium Klinisches Wörterbuch, Zugriff am 12.4.2010

Pschyrembel® Online Premium Sozialmedizin, Zugriff am 19.4.2010

<http://www.gsund.net/cms/beitrag/10114447/2875326/>, letzter Zugriff 11.05.2010

<http://www.logopaediaustria.at>, letzter Zugriff 24.3.2010

<http://www.logopaedie-ooe.at>, letzter Zugriff 24.3.2010

<http://www.dbl-ev.de>, letzter Zugriff 24.3.2010

<http://www.logopaedie.ch>, letzter Zugriff 24.3.2010

<http://www.praxis-amrein.ch>, letzter Zugriff 24.3.2010

<http://www.fh-joanneum.at>, letzter Zugriff 24.3.2010

<http://www.deutsch-rentenversicherung.de>, letzter Zugriff 13.5.2010

[http://de.wikipedia.org/wiki/Intrinsische\\_Motivation](http://de.wikipedia.org/wiki/Intrinsische_Motivation), letzter Zugriff 24.3.2010

<http://de.wikipedia.org/uebertragung>, letzter Zugriff 9.3.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Bewaeltigungsstrategie>, letzter Zugriff 11.3.2010

[http://de.wikipedia.org/wiki/motivierende\\_Gespraechsfuehrung](http://de.wikipedia.org/wiki/motivierende_Gespraechsfuehrung), letzter Zugriff 13.12.2009

<http://de.wikipedia.org/wiki/Persoenlichkeit>, letzter Zugriff 19.4.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Emotion>; Zugriff 10.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Depression>, letzter Zugriff 10.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Angst>; Zugriff 10.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Aggressivitaet>; letzter Zugriff 10.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Kognition>, Zugriff am 12.4.2010

[http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale\\_Interaktion](http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Interaktion), letzter Zugriff 26.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Angehoerige>, letzter Zugriff 10.04.2010

<http://de.thefreedictionary.com/Ansporn>, letzter Zugriff 10.04.2010

<http://www.psychology48.com/deu/d/ueberforderung/ueberforderung.htm>, letzter Zugriff 11.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Fortschritt>, letzter Zugriff 26.04.2010

<http://www.kindergartenpaedagogik.de/703.html>, letzter Zugriff 18.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Ressource>, letzter Zugriff 18.04.2010

<http://de.wiktionary.org/wiki/Feedback>, letzter Zugriff 18.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Gegenuebertragung>, letzter Zugriff 18.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Humor>, letzter Zugriff 18.04.2010

<http://www.anwaltundarzt.de/de/diagnoseaufkneu.phpnavid=143>, letzter Zugriff 22.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Prognose>, letzter Zugriff 22.04.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Prognose>, letzter Zugriff 17.4.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Konfrontation>, letzter Zugriff 22.4.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/Resignation>, letzter Zugriff 22.4.2010

<http://www.zitate.de>, letzter Zugriff 12.5.2010

<http://www.deutsch-rentenversicherung.de>, letzter Zugriff 13.5.2010