



— Motivation: Ein Ziel vor Augen

Motivation bezeichnet einen Zustand des Organismus, der die Richtung und die Energetisierung des aktuellen Verhaltens beeinflusst [19]. Einfacher ausgedrückt bezeichnet Motivation den Antrieb, ein Ziel zu erreichen. Die Kürze dieser Definition ist für den rehabilitativen Kontext deshalb brillant, weil sie im Kern beinhaltet, wie Motivation und die Mitarbeit der Patienten optimal gefördert werden können: Die individuellen Ziele der Patienten müssen das Zentrum der Therapiebemühungen bilden.

Bedürfniszustand beeinflusst Motivation

Nach lerntheoretischer Auffassung ist die Motivation abhängig vom Bedürfniszustand des Organismus in Verbindung mit inneren oder äußeren Reizen. Diese menschlichen Bedürfnisse lassen sich entsprechend verschiedener Theorien unterteilen. Für die Rehabilitation ist ein Modell aus der kognitiven Verhaltenstherapie gut verwendbar, welches vier menschliche Grundbedürfnisse postuliert [6]:

- Bedürfnis nach Bindung
- Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
- Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Entsprechend der Kindes- und Jugendentwicklung sowie den Erfahrungen als Erwachsener bilden sich die Bedürfnisse individuell in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlichen Formen aus. Ein Mensch fühlt sich wohl, wenn seine Bedürfnisse miteinander übereinstimmen und wenn er in der Lage ist, diese Bedürfnisse in seinem Leben zu befriedigen.

Im Zustand tiefer Verunsicherung streben die Patienten nach Veränderung

Eine akute Schädigung des Zentralnervensystems mit körperlichen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen bringt eine massive Beeinträchtigung der Bedürfnisbefriedigung mit sich. So führt eine äußerlich sichtbare Beeinträchtigung, wie z. B. eine Gangstörung, unmittelbar und unweigerlich zunächst zu einem Verlust an Selbstwertgefühl. Der Betroffene fühlt sich in diskriminierender Weise gekennzeichnet (soziale Stigmatisierung). Nach einem derartigen Ereignis ergeben sich zwangsläufig Fragen in Bezug auf den Fortbestand der Familie oder die Integration in

Motivation als Grundlage für den Therapieerfolg

Um die Motivation ihrer Patienten zu fördern, können Therapeuten einiges tun. Sie können zum Beispiel ihre Patienten in dem Glauben an die eigenen Ressourcen bestärken oder die Zuversicht an eine tägliche Veränderung der Situation während der Therapie fördern. Durch aktives Zuhören und Empathie entwickeln Therapeuten mit ihren Patienten gemeinsame Ziele und Vorstellungen für die Zukunft, und schließlich können Patienten auch durch regelmäßig durchgeführte Assessments motiviert werden. Mit welchen Fähigkeiten Sie Ihre Patienten motivieren können, zeigt dieser Artikel anhand vieler Fallbeispiele.

Sönke Johannes und Stephanie Hellweg

den Freundes- und Bekanntenkreis. Dieses kompromittiert das Bindungsbedürfnis. Schließlich erleben die Patienten sich der Situation zunächst hilflos ausgeliefert. Ärzte und Therapeuten bestimmen das medizinische Vorgehen, den Aufenthalt im Akutkrankenhaus und den Transfer in eine Rehaeinrichtung. Die berufliche Zukunft und die langfristige finanzielle Perspektive sind unklar. Die Patienten haben zunächst die Kontrolle über ihre eigene Situation verloren. Insgesamt befinden sie sich in der Frühphase in einem Zustand tiefer Verunsicherung. Natürlich streben sie fast automatisch nach einer Veränderung dieser für sie sehr belastenden Situation. Hierin liegt die motivationale Grundlage der Mitarbeit der Patienten in der rehabilitativen Therapie. Für Therapeuten und Ärzte ist es unerlässlich, ein Verständnis für die individuelle Situation und die daraus resultierenden Ziele der Patienten zu entwickeln.

Das vierte Grundbedürfnis „Lustgewinn und Unlustvermeidung“ bestätigt die häufige klinische Erfahrung, dass umso intensiver und ausdauernder Patienten in der Therapie mitarbeiten, je mehr ihnen das Verfahren Spaß macht. Das erklärt, zumindest teilweise, die hohe Akzeptanz computer- und robotergestützter Therapieangebote.

— Modelle von Motivation und Gesundheit

Fallbeispiel Herr S.:

Sinn des Stehtrainings unklar

Der 45 Jahre alte Herr S. erlitt bei einem Motorradunfall ein Polytrauma mit schwerer offener traumatischer Hirnverletzung und akutem rechtsseitigem Subduralhämatom. Der Akutverlauf war unter anderem durch bifrontale Hirnabszesse, eine Peritonitis und eine Aspirationspneumonie kompliziert. Es erfolgten mehrere Operationen an der Schädelbasis. Aufgrund der Schwere der Verletzungen befand sich der Patient vier Monate in einer Universitätsklinik, bis er in die Rehabilitationsklinik kam. Zum Aufnahmezeitpunkt war Herr S. wach. Er reagierte auf Ansprache, war aber nur zur einer Person orientiert und kooperierte in der Untersuchungssituation nur teilweise. Herr S. reagierte deutlich verlangsamt. Es bestand eine erhebliche Störung der Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfunktionen. Darüber hinaus lagen eine rechtsbetonte Tetraparese und massive Kontrakturen (insbesondere beider Sprunggelenke wie auch der Hüft- und Kniegelenke) vor.

Vor der Aufnahme in die Rehaklinik war Herr S. vorwiegend als therapeutische Maßnahme in den Passiv-Rollstuhl transferiert worden. Vorrangiges Ziel der Physiotherapie war es nun, die Selbstständigkeit von Herrn S. bei den Bewegungsübergängen und Transfers zu fördern, da er zu Beginn bei jedem Lagewechsel auf zwei Hilfspersonen angewiesen war. Eine Absprache bezüglich des Ziels mit dem Patienten war aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen nicht möglich. Es gelang den Therapeuten innerhalb weniger Tage, den Patienten mit nur einer Hilfsperson im Bett zu drehen und an den Betttrand zu mobilisieren. Zudem begann Herr S. mit dem Stehtraining, welches aufgrund der ausgeprägten Kontrakturen nicht aufrecht stattfand und nur über fünf Minuten toleriert wurde. Herr S. reagierte zunehmend unwirsch und mit Abwehr, sodass die Therapeuten die Stehversuche abbrechen mussten. Er verstand offensichtlich den Sinn der Therapie nur unzureichend.

Intrinsische und extrinsische Motivation im Zwei-Faktoren-Modell

Das Verhalten von Herrn S. lässt sich gut im Kontext des Zwei-Faktoren-Modells für psychologische Anreizmodelle erklären [17]. Dieses Modell unterscheidet zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation. Extrinsische Motivation wird durch von außen kommende positive Verstärker unterhalten. Dieses sind z. B. das Lob von Therapeuten oder auch Scores von computerbasierten Trainingsverfahren. Intrinsische Motivation bezieht sich auf Aspekte, die der inneren Interessenlage des Individuums entspringen. Es handelt sich sozusagen um Aspekte des selbstbestimmten Handelns. Im Kontext der neurologischen Rehabilitation entspringt der Wunsch, Verlorenes wieder zu erlernen, um weiterhin am Berufs- und Sozialleben teilnehmen zu können, intrinsischen Wurzeln. Der Wunsch der Patienten, selbstgesteckte Ziele zu erreichen, ist also überwiegend intrinsisch bedingt.

Ganz offensichtlich war Herr S. in der geschilderten Phase der Rehabilitation aufgrund seiner kognitiven Beeinträchtigung nicht in der Lage, angemessen intrinsische Motivation zu entwickeln. Die Physiotherapie und die hierdurch bedingten Fortschritte in Bezug auf die Mobilität waren überwiegend extrinsisch motiviert. Es waren die Physiotherapeuten, die die Ziele und die Methode der Therapie vorgaben, und nicht der

Patient. Auch das kontinuierlich ausgesprochene Lob der Therapeutinnen ist den extrinsischen Faktoren zuzuordnen. Der weitere Therapieverlauf bei Herrn S., der durch eine Stagnation der Mobilität über zwei Wochen hinweg gekennzeichnet war, zeigt, dass der Effekt rein extrinsischer Motivation im Kontext der neurologischen Rehabilitation sehr begrenzt ist. Bei schwer betroffenen Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen unterstützt eine rein extrinsische Motivation die Wiedererlangung relativ einfacher Körperfunktionen und Alltagsaktivitäten. Der Besserung sind jedoch Grenzen gesetzt. Erfahrungsgemäß kommt es zu einer Stagnation des Fortschritts.

Im weiteren Verlauf besserten sich die kognitiven Funktionen von Herrn S., sodass er auf Nachfrage das Therapieziel „wieder mobil werden“ äußern konnte. Von diesem Zeitpunkt an konnte das Stehtraining wieder aufgenommen werden. Die Mitarbeit von Herrn S. war weiterhin sehr fragil und stark davon abhängig, wie er sich an die formulierte Zielsetzung erinnern konnte. Zudem war seine Frustrationstoleranz noch deutlich reduziert, sodass er auf Überforderungssituationen weiterhin unfreundlich reagierte.

Lob gezielt einsetzen

Die Wiederaufnahme des Stehtrainings war vor allem vom Willen des Patienten getragen, wieder mobil zu werden, war also intrinsisch motiviert. Intrinsische Motivation ist tragfähiger und dauerhafter als extrinsische. Insofern gilt es im therapeutischen Kontext ganz besonders, die intrinsische Motivation der Patienten zu fördern. Da es sich hierbei um Aspekte handelt, die primär den Vorstellungen und Wünschen der Patienten entspringen, ist es also unerlässlich, dass behandelnde Ärzte und Therapeuten diese Wünsche verstehen und sich während der Therapie darauf beziehen.

Idealerweise achten Therapeuten im Zuge ihrer Behandlung darauf, sowohl extrinsische Faktoren als auch die intrinsische Motivation der Patienten zu fördern. Natürlich ist Lob förderlich. Es wird von Patienten als positive Rückmeldung erlebt, und das gelobte Verhalten wird entsprechend häufiger gezeigt. Gelegentlich ausgesprochenes Lob wirkt als intermittierender Verstärker noch stärker als sehr häufig oder kontinuierlich ausgesprochenes Lob. Patienten können Lob insbesondere dann als positive Rückmeldung erleben und akzeptieren,

wenn es sich auf Anstrengungen oder Verbesserungen bezieht, die aus Patientensicht relevant sind. Zum Beispiel ist ein Lob, welches sich auf konkrete Verhaltensweisen der Patienten bezieht, die für ihre eigenen Ziele relevant sind, deutlich wirksamer als ein permanentes Klopfen auf die Schultern der Patienten.

Anwendung des Salutogenese-Konzepts in der neurologischen Rehabilitation

Es ergibt sich die Frage, welches neben angemessenen kognitiven Fähigkeiten die Voraussetzungen für die Entwicklung und Förderung von intrinsischer Motivation im Kontext der neurologischen Rehabilitation sind. In diesem Zusammenhang gewinnt das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky [11], obwohl bereits vor fast 40 Jahren veröffentlicht, zunehmend an Beachtung. In seinem Kern beschreibt es Faktoren, die für die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit eine zentrale Bedeutung haben. Gesundheit und Krankheit werden als Zustände gesehen, die sowohl von objektiven Faktoren (also zum Beispiel der Immobilität des Herrn S.) als auch von deren subjektiven Erleben (also dem Ausmaß, in dem Herr S. diese als beeinträchtigend erlebt) abhängig sind. Diese Zustände liegen auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Wir müssen bei vielen Patienten davon ausgehen, dass sich dieses Kontinuum durch die neuronale Schädigung in vielen Dimensionen in Richtung Krankheit verschiebt. Für die Motivation ist das sogenannte Kohärenzgefühl der Patienten von Bedeutung. Dieses bezeichnet das Ausmaß des Vertrauens in die Vorhersehbarkeit des Lebens und der Überzeugung, die Ressourcen zu besitzen, um in der neuen Lebenssituation klarzukommen. Auch wenn hierzu im Kontext der neurologischen Rehabilitation bisher relativ wenig Literatur existiert [15], muss aufgrund von Erkenntnissen aus dem Feld der kognitiven Verhaltenstherapie davon ausgegangen werden, dass diese Zuversicht wohl eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Entwicklung von intrinsischer Motivation ist [8].

Aus dem Salutogenese-Konzept ergibt sich zudem, dass nicht nur objektive Funktionsverbesserungen (zum Beispiel die Verbesserung der Gangstörung) zu einer Situationsverbesserung führen können, sondern dass auch subjektive Aspekte wie die zunehmende Akzeptanz der Störung eine gro-

ße Wirkung haben können. Dieses ist für Patienten mit langfristig persistierenden Störungen in Bezug auf die Lebensqualität von Bedeutung.

Phasen der Motivation Stadien der Verhaltensänderung nach dem transtheoretischen Modell

Die klinische Erfahrung lehrt, dass sich die Motivation der Patienten während der Reha verändert. Dieser Prozess lässt sich gut im Rahmen des sogenannten transtheoretischen Modells verstehen [3]. Dieses Modell wurde ursprünglich für die Raucherentwöhnung entwickelt, beschreibt mehrere Stadien der Verhaltensänderung und ist im verhaltenstherapeutischen Kontext gut validiert. Mittlerweile wird es in ganz unterschiedlichen Bereichen angewandt [1, 7]. Die Phasen sind gemäß dem folgenden Beispiel auf den rehabilitativen Kontext adaptierbar (☛ Abb. 1).

Die 53-jährige Frau A., eine Migrantin aus der Türkei, hat sich bei einem Autounfall eine traumatische Hirnverletzung und diverse Frakturen zugezogen. Zum Aufnahmezeitpunkt bestanden eine Tetraparese, eine Schluckstörung und ein Verdacht auf eine linksseitige Plexusparesie des Armes.

- Stadium der Absichtslosigkeit („Precontemplation“): In der ersten Woche des Aufenthaltes fühlte sich Frau A. ihrer Störung hilflos ausgeliefert. Sie hatte nicht die Gewissheit, dass sie durch Mitwirkung in der Rehabilitation ihre Situ-



Abb. 1 Transtheoretisches Modell, adaptiert für den Kontext der neurologischen Rehabilitation (DiClemente et al. 1991): Die Patienten durchlaufen die Stadien sequenziell, beginnend im Stadium der Absichtslosigkeit. Die Geschwindigkeit der Veränderung kann individuell stark variieren. Zum Teil werden die ersten zwei Stadien bereits während der Akutbehandlung durchlaufen. Rückwärtsentwicklungen in ein Vorstadium kommen ebenfalls vor.

ation relevant beeinflussen konnte. Ihr Selbstwirksamkeitserleben war also gering. Vielmehr gab Frau A. mehrfach an, dass ihre Störung durch einen Unfall, also durch ein externes Ereignis, entstanden sei. Entsprechend hoffte sie, dass ihre Störung auch von außen, nämlich durch Maßnahmen der Therapeuten in Kombination mit medikamentöser Therapie verschwinden werde. Ihre Mitarbeit in den Therapien war gering.

- Stadium der Absichtsbildung („Contemplation“) und Vorbereitung („Preparation“): Im weiteren Verlauf begann Frau A. zu verstehen, dass sie durch ihre Mitwirkung an der Behandlung das Ausmaß ihrer Störung beeinflussen konnte. Entsprechend intensivierte sich auch ihre Mitarbeit. Die Therapeuten versuchten, durch das Aufzeigen von kleinen Verbesserungsschritten die Überzeugung von Frau A. in die Wirksamkeit ihrer Übungen zu verstärken.
- Handlungsstadium („Action“): Schließlich arbeitete Frau A. maximal in der Therapie mit. Sie hatte die Gewissheit, durch die Therapie ein optimales Ergebnis erzielen zu können. Sie erlernte das Gehen wieder, zuerst mit Rollator, dann ohne Hilfsmittel. Die Therapeuten unterstützten diese Überzeugung, indem sie mit der Patientin das eigenständige Kochen als Therapieziel vereinbarten, für das sie gehen können musste.
- Stadium der Aufrechterhaltung („Maintenance“) und Beendigung („Termination“): Frau A. berichtete anlässlich einer ambulanten Kontrolluntersuchung zwei Monate nach der stationären Therapie, dass sie zu Hause für die Familie trotz ihrer leichten fortbestehenden Tetraparese den Haushalt versorgt.

Wie Frau A. durchlaufen die Patienten diese Stufen sequenziell, wobei die Veränderungsgeschwindigkeit von einer Stufe auf die nächste individuell sehr unterschiedlich ist und es Rückwärtsbewegungen geben kann. Nachdem Frau A. wieder eigenständig mobil war, fühlte sie sich zwischenzeitlich durch Schwindel, Konzentrationsstörungen und Müdigkeit beeinträchtigt und holte sich beim Gehen verstärkt Hilfestellung beim Pflegepersonal. Manchmal erlebt man in der Rehabilitationsklinik die ersten Phasen nicht, wenn sich die Patienten in der Akutklinik rasch verändert haben. Doch für die Therapeuten sind die Ziele und die Be-

dürfnisse der Patienten klar ersichtlich, die sich entsprechend ihrer motivationalen Stadien verändern. Während Patienten im Stadium der Absichtslosigkeit als rehabilitatives Ziel in aller Regel „gesund werden“ angeben, können Patienten im Handlungsstadium oder im Stadium der Aufrechterhaltung sehr spezifische Behandlungsziele nennen. Es ist daher von großer Bedeutung, mit den Patienten in regelmäßigen Abständen ihren Behandlungsverlauf zu besprechen und auch die individuellen Behandlungsziele zu thematisieren. So kann den Patienten im Verlauf der Rehabilitation geholfen werden, ihre Ziele zu konkretisieren und zu adaptieren.

In den unterschiedlichen Stadien zeigen die Patienten ein wechselndes Maß an Aktivität in den Therapien. So verhalten sich Patienten in der Phase der Absichtslosigkeit eher passiv, in der späteren Handlungsphase dagegen sehr aktiv. Es ist wichtig zu verstehen, dass sich dadurch nicht ein Mangel an Motivation ausdrückt. Vielmehr wird verständlich, dass das Verhalten der Patienten aus der Perspektive ihrer individuellen Störungssicht heraus erklärbar wird.

Entsprechend sind es die Therapeuten, die die Situation und die Zuversicht der Patienten verändern können. Im Rahmen der täglichen rehabilitativen Arbeit fördern sie die Patienten kontinuierlich. Hierfür haben sich die Prinzipien der „motivierenden Gesprächsführung“ („Motivational Interviewing“) und der „Ressourcenaktivierung“ bewährt.

— Motivationale Techniken

Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung

Mit motivierender Gesprächsführung wird ein patientenzentrierter Kommunikationsstil bezeichnet, der das Ziel hat, die intrinsische Motivation der Patienten zu fördern und ihnen so eine optimale Mitarbeit in der Rehabilitation zu ermöglichen [12, 13]. Das Konzept wurde ursprünglich zur Beratung für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Der motivierenden Gesprächsführung liegt die Überzeugung zu Grunde, dass die Patienten in jeder Situation gute Gründe für ihr Verhalten haben.

Frau A. sah ihre Lebensperspektive durch den Unfall zunächst in Frage gestellt. Sie entwickelte erhebliche Ängste in sozialer und ökonomischer Hinsicht. Diese wiederum begründeten unbewusstes Vermeidungsverhalten und mithin ihre anfänglich geringe Mit-

wirkung in der Therapie. In einer derartigen Situation ist direktes Drängen zur Therapie, Konfrontieren mit negativen Auswirkungen vom Fernbleiben von der Therapie oder Argumentieren für eine stärkere Anstrengung in der Therapie kontraproduktiv. Dies ruft eher Widerstand der Patienten hervor und führt auf beiden Seiten zur Frustration.

Ein Prinzip der motivierenden Gesprächsführung ist, den Patienten zu helfen, Alternativen für ihr Verhalten zu entwickeln. Bei Frau A. stand die Mitarbeit in der Physio- und Ergotherapie im Vordergrund der Überlegungen. Deshalb leitete sie ihre Therapeutin in einer Therapieeinheit, in der bewusst die Schwerpunkte anders gesetzt wurden, dazu an, über kurzfristige und langfristige Vor- und Nachteile von aktiver Mitarbeit in der Therapie zu reflektieren. Wichtig war, dass Frau A. sich ihrer Situation selbstständig bewusst wurde und die Argumente für ihre Handlungsoptionen eigenständig erarbeitete. Aus psychologischer Sicht erhöhte sich hierdurch ihre Ambivalenz gegenüber ihrem passiven Verhalten, welches sich in der Therapie negativ auswirkte, und es verstärkte ihre Veränderungsbereitschaft.

Vier Techniken der motivierenden Gesprächsführung

In der motivierenden Gesprächsführung wenden Therapeuten vier wesentliche Techniken an:

- Den Patienten Empathie ausdrücken durch aktives Zuhören und Verständnis für ihre Situation: Natürlich musste Frau A. die dramatischen Auswirkungen ihrer Hirnverletzung verarbeiten. Entsprechend viel Raum benötigte sie in der Frühphase, um ihre Situation zu schildern und ihren damit verknüpften Emotionen wie Wut, Trauer und Angst Ausdruck zu geben. Therapeutischerseits war es wichtig, Offenheit und Gesprächsbereitschaft zu signalisieren, auch wenn hierdurch gelegentlich Zeit für funktionsorientierte Therapie verloren ging.
- Die Patienten in ihrer Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken, indem sie ermutigt werden, ihre Situation durch aktive Mitarbeit in der Therapie verändern zu können: Mit Frau A. wurden wöchentlich die durch die Therapie erzielten Verbesserungen herausgearbeitet.
- Den Patienten helfen, ihre Ziele und Vorstellungen für ihre Zukunft zu entwickeln: Mit Frau A. wurde regelmäßig das

Kochen thematisiert, und es wurde von Fertiggerichten bis hin zu 3-Gang-Menüs das Kochen mit steigendem Schwierigkeitsgrad besprochen.

- Flexibel mit Widerstand der Patienten umgehen: Häufig nehmen Patienten sichtbare Beeinträchtigungen wie Bewegungseinschränkungen als soziale Diskriminierung wahr und scheuen sich deshalb, in die Öffentlichkeit zu gehen. Mit therapeutischer Unterstützung können sie Alternativen für ihr Verhalten entwickeln und diese im geschützten Rahmen testen. Frau A. entschied sich, in therapeutischer Begleitung zunächst ins Dorf zum Einkaufen zu gehen, bevor sie am Mobilitätstraining in der Stadt teilnahm.

Die Grundregeln der Gesprächsführung beinhalten das Stellen von offenen Fragen („Was denken Sie selbst über Ihre Störung?“), ein aktives Zuhören mit häufigem verbalem und nonverbalem Feedback, die Würdigung der Patienten als Personen und die Akzeptanz ihrer Äußerungen. Durch periodisches Zusammenfassen wird die Auseinandersetzung der Patienten mit ihrer eigenen Situation gestärkt.

Die Grundregeln der Gesprächsführung beinhalten das Stellen von offenen Fragen, aktives Zuhören, Würdigung der Patienten und die Akzeptanz ihrer Äußerungen.

— Ressourcen und ihre Aktivierung

Die Ressourcenperspektive ist das Gegenstück zu der in der Rehabilitationsmedizin fest verwurzelten Defizit- oder Problemperspektive. Mit letzterem Begriff bezeichnen wir das Störungsbild mit seinen negativen Auswirkungen auf das Leben der Patienten. Frau A. beispielsweise begab sich deshalb in rehabilitative Behandlung, weil sie durch die Folgen der linksseitigen Halbseitenlähmung in ihrem Alltag beeinträchtigt war. Schließlich suchen alle Patienten wegen eines Gesundheitsproblems den Therapeuten auf.

Positives Potenzial nutzen

In dieser Situation ist es wichtig zu beachten, dass Patienten neben ihren Beeinträchtigungen auch viele positive Faktoren mit sich bringen, die therapeutisch nutzbar sind. Frau A. kommt aus einer Familie, die sie sehr unterstützt, und sie hat einen fes-

ten Freundeskreis. Sie ist es gewohnt, aktiv und für die Familie da zu sein. Sie hat Enkel, die sie zeitweise unter der Woche beaufsichtigt, was ihr große Freude bereitet. Allgemein bezeichnet man mit Ressourcen jeden positiven Aspekt der Lebenssituation der Patienten und ihres seelischen Geschehens. Es handelt sich zum Beispiel um physische Fähigkeiten, finanzielle Möglichkeiten, zwischenmenschliche Beziehungen, aber auch um motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Wissen, Bildung, Einstellungen und Gewohnheiten. Anders ausgedrückt handelt es sich um die Bereiche „Können“, also um Fähigkeiten und Kompetenzen der Patienten, um „Wissen“ über sich, ihre Situation und ihre Probleme, „Wollen“ im Sinne von Motivation und Engagement, „Beziehungen“ und allgemeine Lebenssituation. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, das positive Potenzial dar, das den Patienten trotz ihrer Störung zur Verfügung steht [4]. Bedeutend ist, dass Patienten ihre Ressourcen nur nutzen können, wenn sie diese entsprechend wahrnehmen. Deshalb ist es wichtig, den Patienten bei dieser Wahrnehmung zu helfen. Dieses bezeichnet man als Ressourcenaktivierung. Hierdurch verstärkt sich wiederum die Besserungs- und Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten mit positiven Auswirkungen auf die Therapie.

Es hat sich bewährt, die Ressourcen der Patienten genauso wie ihre Defizite systematisch zu erfassen. Ansonsten werden therapeutisch nutzbare Ressourcen nach unserer Erfahrung allzu leicht übersehen. Die Aktivierung von Ressourcen kann im Rahmen der Therapien ständig erfolgen (☞ Kasten „Aktivierung von Ressourcen“).

Psychotherapeutische Forschung belegt, dass die Aktivierung von Ressourcen in der Psychotherapie mit einem verbesserten Therapieergebnis verknüpft ist [5]. Im Kontext der Rehabilitation stehen die Belege hierfür noch aus.

Eine gute Patienten-Therapeuten-Beziehung ist motivierender als jede Technik

Die Berücksichtigung der Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung und der Ressourcenaktivierung unterstützt die Schaffung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses nachhaltig. Dieses hat wesentliche Auswirkungen auf die Motiva-

tion der Patienten und somit auf den Therapieerfolg. So ist zum Beispiel aus der Psychotherapieforschung bekannt, dass die Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten stärkere Auswirkungen auf den Ausgang der Therapien hat als die neuesten therapeutischen Techniken [2, 18]. Zwar liegen derart klare Daten in Bezug auf die Bedeutung der Patientenbeziehung für die neurologische Rehabilitation noch nicht vor, doch belegt unsere Erfahrung aus der täglichen rehabilitativen Arbeit, dass dieser Aspekt auch hier eine wichtige Rolle spielt.

Motivation und Arbeiten im Team

Ungleich komplexer als in der ambulanten Einzeltherapie wird die Situation im stationären oder tagesklinischen Setting, wenn Patienten nicht nur mit einem Therapeuten, sondern mit einer Gruppe von Therapeuten interagieren.

Die 49 Jahre alte Frau K. erlitt bei einem Sturz von der Treppe eine Gehirnerschütterung und eine Distorsion der Halswirbelsäule. Sechs Monate nach dem Trauma persistierten Kopf- und Nackenschmerzen und hieraus resultierende Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Bei der Magnetresonanztomografie des Kopfes zeigten sich keine dauerhaften strukturellen Hirnverletzungen. Aufgrund einer fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit wurde die Patientin in ein tagesklinisches Therapiezentrum zugewiesen. In der körperlichen Untersuchung fanden sich Verspannungen in der Nackenmuskulatur. In der psychopathologischen Untersuchung ergaben sich Hinweise für eine leichte Depression. Im Rahmen der interdisziplinären Schmerztherapie versuchte die Psychologin, der Patientin ein Schmerzkonzept mit somatischen und psychischen Faktoren zu vermitteln. Der Physiotherapeut erwähnte der Patientin gegenüber Blockaden in der HWS und fokussierte sich auf eine vorsichtige Mobilisation der Wirbelsäule. Fortan zeigte sich Frau K. verschlossen für jedweden Ansatz der psychologischen Schmerztherapie und war nur noch auf die somatisch-strukturelle HWS-Behandlung fixiert.

In diesem Fallbeispiel hatten Neuropsychologin und Physiotherapeut ein unterschiedliches Verständnis für die Beschwerdeursachen der Patientin. Hieraus resultierten stark voneinander abweichende therapeutische Vorgehensweisen. Aus Sicht

Aktivierung von Ressourcen

Therapeuten können folgendermaßen vorgehen:

- Verbesserungen herausarbeiten: Das wöchentliche Herausarbeiten der erzielten Verbesserungen hat die Besserungserwartung von Frau A. verstärkt.
- Positives therapeutisches Motto: Die Therapeutin vereinbarte mit Frau A. das Motto der Therapie „Mein Lieblingsessen – bis zur Entlassung kochen können“.
- Normalisieren: Erklären, dass die Funktionseinschränkungen der Patienten häufig vorkommen und sich verbessern. Frau A. wurde anhand der computertomografischen Bilder erklärt, dass ihre Lähmungserscheinungen eine natürliche Folge der traumatischen Hirnverletzung waren und dass der Verdacht auf Plexusparesie nicht bestätigt werden konnte.
- Wunderfrage stellen: Die Therapeutin fragte Frau A., was sie machen würde, wenn sie morgen gesund wäre.
- Lösungsorientierung: Es wurde darauf geachtet, die von Frau A. aufgeworfenen Anliegen und in der Therapie geäußerte Probleme konkret zu lösen.
- Reframing: Umdeuten von negativen Einstellungen. Mit Frau A. war es wichtig zu klären, dass es ein unglücklicher Zufall war, der zu ihrem Unfall geführt hatte und nicht die Konsequenz möglichen früheren Fehlverhaltens im Sinne einer Bestrafung durch höhere Instanzen.

von Frau K. waren sich die Experten über ihr Störungsbild also nicht einig. Sie konnte nicht anders, als zunächst mit Verunsicherung zu reagieren. Schließlich wendete sie sich als Konsequenz eines weitgehend unbewussten Entscheidungsprozesses der Seite zu, von der sie sich am ehesten Besserung erhoffte. Aus motivationaler Sicht resultierte die Konsequenz, dass die Therapiebeziehung zur Neuropsychologin stark beeinträchtigt wurde.

Derartige Fälle sind, wenn auch in schwächerer Ausprägung, in der neurologischen Rehabilitation häufig zu finden. Gerade in der Frühphase der Therapie sind Patienten oft sehr sensibel für subtile Unterschiede in ihrer Kommunikation mit Therapeuten.

Dieses können leicht voneinander abweichende Zielformulierungen, prognostische Einschätzungen oder pathophysiologische Erklärungsansätze der Therapeuten sein. Hieraus können Verunsicherungen der Patienten und schließlich motivationale Einbrüche resultieren. Deshalb ist es für rehabilitative Teams unerlässlich, ein gemeinsames Verständnis für Störungen, Ressourcen und Bedürfnisse der Patienten zu entwickeln und die Interaktion der Teammitglieder mit den Patienten eng zu koordinieren.

Ethische Grundhaltung beeinflusst Therapieerfolge

Die Grundhaltung, die Patienten als Individuen wahrzunehmen, sie mit ihren Beeinträchtigungen, aber auch mit ihren Ressourcen zu betrachten und vor allem ihre Bedürfnisse und Zielsetzungen zum Mittelpunkt der Therapie zu machen, entspricht einem Menschenbild der humanistischen Ethik. Maßgeblich prägte Carl Rogers dieses Bild [16]. Er schlussfolgert, dass ein ethisches therapeutisches Verhalten den Patienten in ihrem Sinne einen Nutzen bringt. Unethisch wäre ein Verhalten, welches die Patienten in ihren Entfaltungsmöglichkeiten und ihren Zielsetzungen nicht ideal unterstützt oder gar behindert.

Der 20 Jahre alte Herr Y. aus Bosnien erlitt bei einem Sturz vom Baugerüst eine schwere traumatische Hirnverletzung. Bei Aufnahme in die Rehabilitationsklinik bestanden eine mittelschwere Störung von Gedächtnis, Konzentration und exekutiven Funktionen, wobei bei der Testung aufgrund geringer Deutschkenntnisse ein Dolmetscher zugezogen wurde. Ataxie und eine rechtsseitige Halbseitenlähmung beeinträchtigten die Mobilität und den Gebrauch des rechten Armes. Aus Sicht der Physiotherapeuten war aufgrund der Sprachbarriere und der kognitiven Beeinträchtigung von Herrn Y. nur eine geringe verbale Kommunikation möglich. So wurde in den ersten Wochen der Therapie vor allem am Gang gearbeitet. Anlässlich einer ausführlichen Patientenbesprechung, die erst sechs Wochen nach Aufnahme in die Klinik stattfand, bei der auch ein professioneller Dolmetscher zugegen war, äußerte Herr Y., dass für ihn der Einsatz des Armes eigentlich ein viel wichtigeres therapeutisches Ziel sei als die Verbesserung seiner Mobilität.

Das Handeln der Physiotherapeutin war, in Ermangelung einer ausreichenden Mög-

lichkeit, sich mit Herrn Y. inhaltlich austauschen zu können, geprägt von ihrem Bild, was sie vom Patienten hatte. Es basierte auf den Informationen wie der Diagnose, dem Alter, dem kulturellen Hintergrund und natürlich ihren Vorerfahrungen, dass Patienten mit ähnlichen Störungsbildern häufig zunächst wieder laufen lernen wollen. Aufgrund dieses Bildes wählte sie auch die vorrangige Zielsetzung der Behandlung, nämlich die Verbesserung der Mobilität.

Missverständnisse demotivieren

Immer wieder erleben Therapeuten ähnliche Situationen insbesondere bei schwer betroffenen Patienten, die kognitiv beeinträchtigt oder zumindest verlangsamt reagieren. Auch hier sind es dann die Therapeuten, die entsprechend ihrer Erfahrung die Zielsetzungen der Patienten vermuten und hierauf die Therapieschwerpunkte zuschneiden. Dieses Vorgehen kann Patienten demotivieren und sich in Lust- oder Hilflosigkeit äußern.

In diesem Sinne gehört es zu einer angemessenen Therapiebeziehung, Anstrengungen zu unternehmen, um die Ziele der Patienten zu verstehen und zur Grundlage der Behandlung werden zu lassen. In diesem Sinne arbeiten in der Therapie zwei Experten miteinander: Der Patient als Experte für seine Ziele, der diese für die Therapie vorgibt. Der Therapeut ist der Experte für den Prozess, der zur Erreichung dieser Ziele führt, wenn diese aus therapeutischer Sicht realistisch erreichbar sind. Dieses Rollenverständnis lässt sich gut mit der Metapher eines Bergführers und seines Gastes vergleichen: Der Gast gibt das Gipfelziel vor, der Bergführer kennt den Weg nach oben. Allerdings muss der Gast selbstständig laufen und auch sein Gepäck tragen.

In der Therapie arbeiten zwei Experten miteinander – der Patient als Experte für seine Ziele und der Therapeut als Experte für den Prozess.

Motivationale Aspekte motorischen Lernens

Die Kernelemente des Motorischen Lernens können in sensomotorische Aspekte und in kognitive Aspekte untergliedert werden, die sich wiederum wechselseitig beeinflussen.

Die alltagsnahe, kontextbezogene Übungsauswahl wie das Shaping (die Übungen sind angepasst an die jeweilige Leistungsgrenze des Patienten mit allmählicher Steigerung)

und die Repetition bilden die zentralen sensomotorischen Elemente. Kognitive Grundvoraussetzungen für Lernen sind zum einen die Fähigkeit zur Erinnerung (Gedächtnis) und zum anderen die Fähigkeit des Abrufens (Anwenden von Erlernten oder Lerntransfer). Weiter ist ein Situationsverständnis erforderlich und die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit über einen Zeitraum zu richten. Zum anderen ist für das motorische Lernen die Fähigkeit sich zu motivieren unabdingbar.

Kleine Erfolgserlebnisse steigern das Selbstvertrauen

Zu den in den letzten Jahren deutlich zunehmenden Erkenntnissen über die Zusammenhänge zwischen motorischem Lernen und Motivation haben die Arbeiten von Gabriele Wulf und Rebecca Lewthwaite wesentlich beigetragen [22]. Lewthwaite benennt für den Kontext der Physiotherapie die Motivation als einen der drei wesentlichen Aspekte für das Outcome der Therapie [9]. Sie adaptiert unter anderem Antonovskys Konzept der Selbstwirksamkeit für die Zwecke der motorischen Rehabilitation. Es gilt das Selbstvertrauen der Patienten in Bezug auf ihre spezifischen motorischen Funktionen zu erhöhen. Gleichzeitig gilt es, das Vertrauen der Patienten darin zu erhöhen, selbstständig durch aktive Therapie ihren Zustand verbessern zu können. Lewthwaite betont, dass es sinnvoll ist, darauf hinzuwirken, dass die Patienten den Therapieerfolg an kleinen, kurzfristigen Verbesserungen messen anstatt am Vergleich mit der eigenen gesunden Vergangenheit. Es ist also wichtig, mit den Patienten kurzfristige, spezifische und erreichbare Ziele zu vereinbaren und den Patienten gleichzeitig durch die angemessene Auswahl des Schwierigkeitsniveaus der Übungen kontinuierlich Erfolgserlebnisse zu ermöglichen.

Am Beispiel von Herrn M., 16 Jahre, passionierter Skateboarder, lässt sich dies verdeutlichen. Er erlitt bei einem Mofaunfall eine schwere traumatische Hirnverletzung mit regredienter rechtsseitiger Hemiparese. Sein Ziel war schnell und klar formuliert: „wieder boarden können“, was für ihn das Fahren von Stufen, Rampen und Schrägen beinhaltete.

In der Einzeltherapie integrierte die Therapeutin bereits am Anfang beim Stehtraining das Skateboard, zum Beispiel mit dem Auftrag, das weniger betroffene Bein aufs Skateboard zu stellen, wobei sich Herr M.

anfänglich noch festhalten durfte. Es fand ein sukzessives Shaping statt bis hin zum Stehen ohne Hilfsmittel, bis er mit dem weniger betroffenen Bein das Skateboard bewegte. Als nächstes Ziel wurde das Stehen auf dem Skateboard angestrebt, zuerst mit Halten, dann mit immer weniger Unterstützung. Die nächsten Ziele waren parallel geschaltet: Stehen auf dem sich bewegenden Board und der Einbeinstand auf dem Board. Hieraus ergab sich zwangsläufig das nächste Ziel: sicher bremsen können. Beim Erlernen des Antreibens des Skateboards wurde dies zunächst auf dem Kickboard geübt, bevor dies der Patient auf dem Skateboard übte. Nachdem Herr M. sicher in der Sporthalle Skateboard fahren konnte, übte er draußen, zuerst im ebenen Gelände, später mit Steigungen und Gefälle. Zum Zeitpunkt der Entlassung konnte er draußen sicher fahren, allerdings ohne Stufen, Kanten oder andere Hindernisse. Zur ambulanten Kontrolle drei Monate später berichtete Herr M., dass er daran weiter geübt und Stufen und Rampen wieder im Griff habe.

Studienergebnisse belegen, dass Gesunde stärker von motorischem Training profitieren, wenn ihr Selbstvertrauen durch den Vergleich mit einer imaginären schlechteren Gruppe gezielt gesteigert wird [10]. Auch hieraus lässt sich schlussfolgern, dass eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext des motorischen Lernens zu einem besseren Behandlungsergebnis führt.

Therapeutisches Feedback wirkt auf motorische Fähigkeiten der Patienten ein

Auch die Konzeption, die Patienten von ihren motorischen Fähigkeiten haben, wirkt sich auf das Outcome von Lernprozessen aus [10]. Sehen Probanden Fähigkeiten als stabil und somit als unveränderbare Eigenschaft ihrer Person an, hemmt diese Überzeugung Lernprozesse zur Verbesserung dieser Fähigkeiten. Werden motorische Fähigkeiten auf der anderen Seite als veränderbare Größe erlebt, unterstützt dieses die Erwartung, durch Training auf die Fähigkeiten einwirken zu können. Die Personen entwickeln die Zuversicht, höhere Leistungen erzielen zu können. Dies motiviert und führt tatsächlich zu besseren Leistungen [20]. Ein Beispiel hierfür ist die Formulierung „Sie sind ohne herunterzufallen über den Balken gegangen“ statt „Sie haben ein gutes Gleichgewicht“.

Für die motorische Rehabilitation ist es bedeutend, dass die Art des therapeutischen Feedbacks beeinflusst, wie Fähigkeiten konzeptualisiert werden. Das heißt, sie werden als veränderbar oder unveränderbar angesehen. Fehler wirken sich negativ auf die Motivation aus, wenn die Fähigkeiten als stabil angesehen werden. Im spezifischen Feedback sollte man daher die Reduktion von Beeinträchtigungen hervorheben. Es ist zudem sinnvoll, positive Bestärkung, Lob über gelungene Versuche mit der Rückmeldung über fehlerhaftes Verhalten zu mischen, um Motivation und Interesse zu erhalten.

Motivation im Kontext ICF-basierter Assessments

Assessments helfen

bei der gemeinsamen Zielfindung

Herr B., ein 43-jähriger Elektroinstallateur, war aufgrund der Folgen einer traumatischen Hirnverletzung in der Klinik. Beim therapeutischen Aufnahmebefund äußerte er auf die Frage, welche Probleme er sehe, „Ich habe keine Probleme“. Auf die Frage nach seinen Zielen bis zum Austritt äußerte er: „So schnell wie möglich nach Hause gehen und wieder arbeiten.“ Weiter nachgefragt, was wäre, wenn er jetzt bereits entlassen würde, gab er an, dass er vielleicht das Problem habe, dass er konditionell noch nicht fit genug wäre, um wieder arbeiten zu können.

Im sensomotorischen Bereich wählte die Therapeutin die Berg-Balance-Skala, um das Gleichgewicht zu testen. Hierbei zeigten sich der Tandemstand und der Einbeinbeinstand auffällig. Herr B. sagte, dass dies daran liege, dass er seine schweren Arbeitsschuhe nicht anhaben. Die Therapeutin bat ihn, am nächsten Tag die schweren Arbeitsschuhe mitzubringen. Auch dann blieben die zwei Items der Berg-Balance-Skala trotz der schweren Arbeitsschuhe auffällig. Auf die Nachfrage der Therapeutin, wie er sich die Hose anziehe, erzählte Herr B., dass er sich seit dem Unfall immer zum Hoseanziehen hinsetze. Bei weiteren Tests war auffällig, dass er zum Treppenhinuntergehen immer das Geländer benutzte. Die Therapeutin und Herr B. einigten sich aufgrund der Assessments auf die Ziele: Hose im Stehen anziehen können, Treppe hinuntergehen und gleichzeitig etwas tragen können und auf einem Balken gehen können.

Bei diesem Beispiel, in dem der Patient ein deutlich vermindertes Störungsbe-

wusstsein zeigte, war das Assessment sehr hilfreich, um gemeinsame Ziele und hiermit die Motivation zur Therapie zu erarbeiten.

Die ICF unterstützt das therapeutische Vorgehen

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO operationalisiert Gesundheit und Behinderung der Menschen in den Teilaspekten Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten, gesellschaftliche Teilhabe, personenbezogene Faktoren sowie Umweltfaktoren. Das Gerüst ist umfassend und ermöglicht eine detaillierte Betrachtung der für die Patienten individuell relevanten Bereiche. Körperfunktionen und Aktivitäten bilden die Voraussetzungen für bestimmte Bereiche der gesellschaftlichen Teilhabe. So ist zum Beispiel eine ausreichende posturale Kontrolle eine notwendige Voraussetzung für die Ausübung eines Berufes mit körperlicher Arbeit. Allerdings hat sich in den letzten Jahren in vielen Rehabilitationseinrichtungen die Erkenntnis durchgesetzt, dass die sogenannte Top-down-Sichtweise sinnvoll ist. Hierbei werden Alltagsaktivitäten direkt trainiert, wenn dies den Patienten funktionell möglich ist.

Im Beispiel von Herrn B. zeigt sich die Wichtigkeit, dass Therapeuten die partizipations- und alltagsbezogenen Ziele aus der Patientensicht aufnehmen und sich überlegen, welche Alltags- und/oder berufsbezogenen Aktivitäten und Anforderungen die Patienten langfristig wieder benötigen, um ihr Ziel zu erreichen. Die Identifikation der Patienten mit ihren Zielen steigert die Motivation erheblich, dem entgegen kann sich eine Zielsetzung, die den Patientenwunsch zu wenig abbildet, demotivierend auswirken.

Während Herr B. seine Ziele auf der Partizipationsebene formuliert („Möglichst schnell wieder nach Hause gehen können“ und „Wiederaufnahme der Arbeit“), denkt die Therapeutin im ICF-Modell bereits, welche Aktivitäten derzeit eingeschränkt sind, und analysiert in ihrem klinischen Denkprozess, weswegen der Einbeinstand, der Tandemstand und das Treppenhinuntergehen auf Körperfunktions-/strukturebene eingeschränkt sind.

In der Therapie wirkt die regelmäßige Durchführung von Assessments oft sehr motivierend, insbesondere wenn man die Patienten mit in deren Beurteilung integriert. Therapeuten können dies durch Fra-

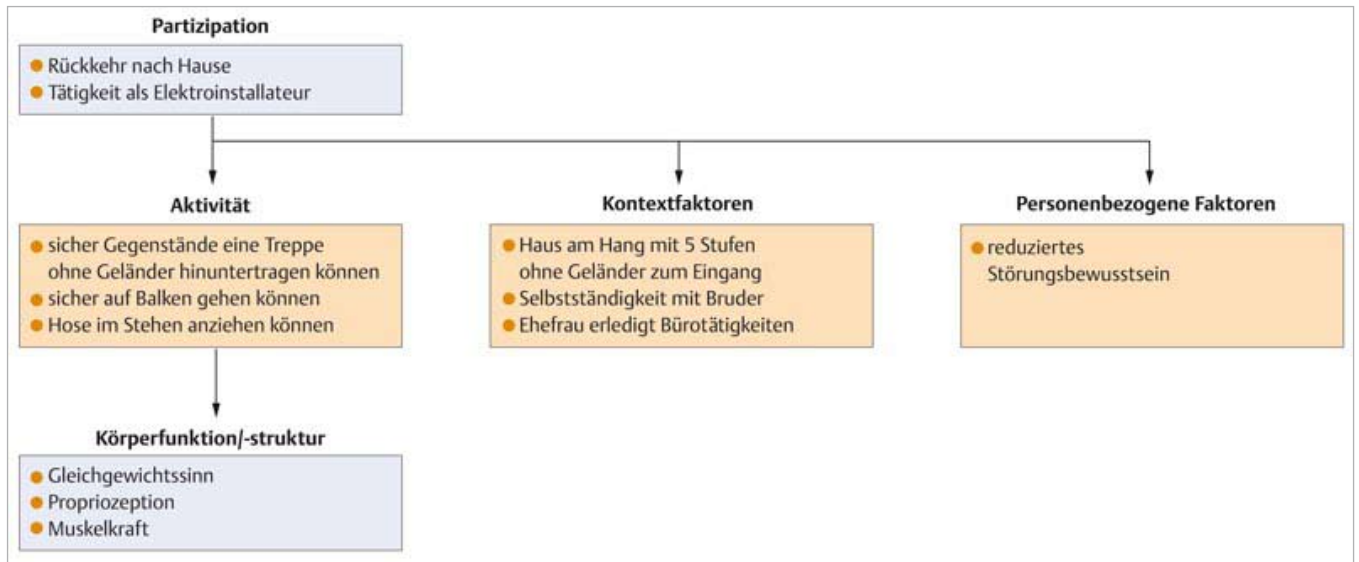


Abb. 2 Hierarchische Abhängigkeit der Zielsetzungen von Herrn B. im Kontext der ICF. Herr B. formuliert seine Zielsetzungen auf der Partizipationsebene. Der Therapeutin gelingt es, trotz verminderter Störungseinsicht des Patienten nach einem Assessment, Ziele auf Aktivitätsebene zu vereinbaren. Sie trainiert mit dem Patienten zum Teil auf Körperfunktionsebene und berücksichtigt Kontextfaktoren und personenbezogene Faktoren.

Tab. 1 Pathogenetische versus ressourcen- und selbstwirksamkeitsorientierte Formulierungen: Mit etwas Übung wird der Gebrauch der letztgenannten Formulierungen rasch vertrauter.

Situation	Pathogenetische Formulierungen	Ressourcen- und selbstwirksamkeitsorientierte Formulierungen
Anamneseerhebung bei Armparese	Bei welchen Handlungen beeinträchtigt Sie die Armlähmung?	Welche Handlungen können Sie trotz Ihrer Armlähmung durchführen?
	Inwiefern hat sich die Armlähmung in den letzten Wochen verändert?	Welche Funktionen des Armes haben Sie in den letzten Wochen wiedererlernen können?
Ergebnismitteilung eines 3-Minuten-Gangtests an einen Patienten mit Hemiparese	Sie haben in 3 Minuten 180 m zurückgelegt. Ihre Gehgeschwindigkeit beträgt 3,6 km/h und ist auf die Hälfte des Normalen reduziert.	Sie haben in 3 Minuten 180 m zurückgelegt. Trotz ihrer Beinlähmung haben Sie es geschafft, mit 3,6 km/h halb so schnell wie ein Gesunder zu gehen.
Atrophie des rechten M. quadriceps bei unauffälliger Beinkraft	Ihr rechter Oberschenkelmuskel ist verschmächtigt, aber Ihre Kraft ist normal.	Sie können ihr rechtes Bein normal gebrauchen, obwohl der rechte Oberschenkelmuskel schwächer ausgeprägt ist als der linke.
Anamneseerhebung bei einem Schmerzpatienten	Wobei behindern Sie die Schmerzen?	Was können Sie trotz Ihrer Schmerzen alles tun?

gestellungen bewirken wie zum Beispiel „Welche Aufgaben sind Ihnen leichtgefallen und welche waren schwierig für Sie?“ oder: „Wie war der Einbeinstand diesmal im Vergleich zum letzten Mal?“. Anschließend lässt sich das subjektive Empfinden der Patienten mit objektiven Kriterien wie der Zeit im Einbeinstand vergleichen. Besonders wirksam in diesem Sinne sind natürlich Assessments, die den persönlichen Zielen der Patienten entsprechen (☞ Abb. 2).

Schlussbemerkungen

Natürlich gibt es kein Patentrezept, um alle Patienten in jeder Situation optimal motivieren zu können. Allerdings belegen die

klinische Erfahrung und die genannten wissenschaftlichen Studien, dass die Berücksichtigung einiger motivationaler Grundprinzipien sehr wohl zu einer Steigerung der Motivation der Patienten führen und in einem verbesserten Therapieergebnis resultieren kann.

Für das motivationale Arbeiten mit den Patienten gilt dasselbe wie für die meisten Aspekte der Therapie: Übung macht den Meister. In diesem Sinne seien gerade Berufsanfänger dazu ermuntert, über die aus motivationaler Sicht relevanten Aspekte ihrer Patienten bewusst zu reflektieren und verschiedene kommunikative Techniken zu probieren. Die Gefahr unerwünschter Wir-

kungen ist gering. Mit wachsender Erfahrung wird es hierdurch zunehmend leichter, die Therapie aus Perspektive der Patientenbedürfnisse zu betrachten. Auch Formulierungen, die empathisch sind, das Selbstwirksamkeitserleben der Patienten verstärken und Ressourcen aktivieren, werden zunehmend vertrauter (☞ Tab. 1).

Autoren



Prof. Dr. med Sönke Johannes ist Facharzt für Neurologie mit einer zusätzlichen Ausbildung in kognitiver Verhaltenstherapie. Er leitet die Abteilung für Neurologische Rehabilitation der Rehaklinik Bellikon in der Schweiz. Den Schwerpunkt seiner Tätigkeit bildet die Rehabilitation von Menschen mit traumatischer Hirnverletzung.

Stephanie Hellweg ist Physiotherapeutin und arbeitet seit 2002 in der Rehaklinik Bellikon. Als Teamleiterin in der neurologischen Rehabilitation und als Instruktorin für Therapieverfahren führt sie neue, evidenzbasierte Therapieformen in den klinischen Alltag ein und entwickelt Behandlungspfade. Im Rahmen der Masterstudienganges MSc Neurorehabilitation (2007) beschäftigte sie sich insbesondere mit evidenzbasierten physiotherapeutischen Maßnahmen nach traumatischer Hirnverletzung.

Prof. Dr. med. Sönke Johannes, MBA
Stephanie Hellweg, MSc Neurorehabilitation
 Rehaklinik Bellikon
 Neurologische Rehabilitation
 CH-5454 Bellikon
 E-Mail: Soenke.Johannes@rehabellikon.ch

Literatur

1. Bowman J, Lannin N, Cook C et al. Development and psychometric testing of the Clinician Readiness for Measuring Outcomes Scale. *J Eval Clin Pract* 2009; 15: 76–84
2. Chatoor I, Krupnick J. The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10 Suppl 1: 19–25
3. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK et al. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 295–304
4. Flückiger C, Caspar F, Holtforth MG et al. Working with patients' strengths: a microprocess approach. *Psychother Res* 2009; 19: 213–223
5. Flückiger C, Holtforth MG. Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: a preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *J Clin Psychol* 2008; 64: 876–890
6. Grawe K. *Psychologische Therapie – 2., korrigierte Aufl.* Göttingen: Hogrefe-Verlag; 2000
7. Hoepfner BB, Velicer WF, Redding CA et al. Psychometric evaluation of the smoking cessation Processes of Change scale in an adolescent sample. *Addict Behav* 2006; 31: 1363–1372
8. Joachim B, Lyon DD, Farrell SP. Augmenting treatment of obsessive-compulsive disorder with Antonovsky's sense of coherence theory. *Perspect Psychiatr Care* 2003; 39: 163–168
9. Lewthwaite R. Motivational considerations in physical activity involvement. *Phys Ther* 1990; 70: 808–819
10. Lewthwaite R, Wulf G. Social-comparative feedback affects motor skill learning. *Q J Exp Psychol*. 2009; 17:1–12
11. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 440–442
12. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav* 1996; 21: 835–842
13. Miller WR, Rollnick S.: Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009; 37: 129–140
14. Nilsson I, Axelsson K, Gustafson Y et al. Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Scand J Caring Sci* 2001; 15: 203–214
15. Pusswald G, Fleck M, Haubenberger D et al. Welche Rolle spielt das Kohärenzgefühl in der Krankheitsverarbeitung bei Morbus Parkinson? *Z Gerontol Geriatr* 2009; 42: 220–227
16. Rogers CR. *Entwicklung der Persönlichkeit*. 17. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2009
17. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol* 2000; 25: 54–67
18. Summers RF, Barber JP. Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Acad Psychiatry* 2003; 27: 160–165
19. <http://de.wikipedia.org/wiki/Motivation>; Stand: 6.2.2010
20. Wood R, Bandura A. Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 407–415
21. Wulf G, Lewthwaite R. Conceptions of ability affect motor learning. *J Mot Behav* 2009; 41: 461–467
22. Wulf G, Shea C, Lewthwaite R. Motor skill learning and performance: a review of influential factors. *Med Educ* 2010; 44: 75–84

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0030-1254342
 neuroreha 2010; 2: 72–78
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York · ISSN 1611-6496