

Kirchliche pädagogische Hochschule Wien/Krems
Zentrum für Weiterbildung
Hochschullehrgang mit Masterabschluss
Achtsamkeit in Bildung, Beratung und Gesundheitswesen

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
an der Kirchlichen Pädagogischen Hochschule Wien/Krems

Logopädie und Achtsamkeit

Die Stärkung der therapeutischen Kompetenz durch Achtsamkeit und Selbstmitgefühl

eingereicht von

Karin Hütter

Matrikelnummer.: 09204239

Graz, 28. November 2024

Begutachterin: Dr.ⁱⁿ Heike Münch, MSc

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Karin HÜTTER, geboren am 18.09.1973 in Gnas, erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe.

Ich erkläre weiters, dass ich keine andere als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch genaue Quellenangabe gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig gegeben.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit stimmt in gedruckter und elektronischer Version vollständig überein. Lediglich die gedruckte Version trägt meine Unterschrift.

Zusatz Kooperationen:

Ich erkläre ausdrücklich, dass dem genannten Kooperationspartner die vorliegende Arbeit zur Kenntnis gebracht wurde und dieser mit der Veröffentlichung einverstanden ist.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben könnte.

Graz, 28.11.2024

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Kurzzusammenfassung.....	IX
Abstract	X
Danksagung	XI
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangssituation/Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung und Fragestellungen	2
1.3 Methodische Vorgehensweise.....	4
1.4 Aufbau der Arbeit.....	6
2 Logopädie.....	8
2.1 Begriffsdefinition	8
2.2 Rechtliche Grundlagen	9
2.3 Ausbildung.....	9
2.4 Berufsbild und Tätigkeitsfelder	10
2.5 Berufsberechtigung und Berufsausübung	10
2.6 Besonderheiten und Herausforderungen	12
2.7 Wirksamkeit der logopädischen Therapie	13
2.7.1 Wirkung und Wirksamkeit	14
2.7.2 E ₃ BP: Evidence based practice, Modell nach Dollaghan.....	14
2.7.3 Das biopsychosoziale Modell der ICF.....	17
2.7.4 Wirkfaktoren.....	19
2.7.5 Resümee.....	22

3	Therapeutische Kompetenz	24
3.1	Begriffsdefinition	25
3.2	Bereiche der therapeutischen Kompetenz.....	26
3.2.1	Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale	26
3.2.2	Therapie-Beziehung	28
3.2.3	Therapeutische Kommunikation.....	30
4	Achtsamkeit	32
4.1	Begriffsbestimmung	32
4.2	Begriffsdefinition	33
4.2.1	Achtsamkeit nach Jon Kabat-Zinn.....	34
4.2.2	Der kognitiv-behaviorale Zugang zu Achtsamkeit	35
4.2.3	Achtsamkeit aus der neurobiologischen Sicht.....	36
4.2.4	Achtsamkeit aus der Perspektive der Erfahrung	38
4.3	Selbstmitgefühl	38
4.4	Wirksamkeit von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl	42
4.5	Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in Gesundheitsberufen.....	47
4.6	Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in Bezug auf die Wirkfaktoren von Therapie.....	48
5	Empirische Analyse	51
5.1	Das Forschungsdesign	51
5.2	Forschungsfrage und Zielsetzung.....	51
5.3	Darlegung der Methodik.....	52
5.3.1	Wahl der Forschungsmethode	52
5.3.2	Entwicklung des Workshops	52
5.3.3	Örtliche Rahmenbedingungen.....	56
5.3.4	Akquise der Teilnehmerinnen.....	56
5.3.5	Kommunikation mit den Teilnehmerinnen	59

5.3.6	Gestaltung des Fragebogens.....	59
5.4	Auswertung der Daten	61
5.4.1	Qualitative Inhaltsanalyse	61
5.4.2	Umsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse	63
5.5	Darstellung der Ergebnisse	65
5.5.1	Umsetzung, Umsetzbarkeit und Wirkung der Übungen.....	65
5.5.1.1	Umsetzbarkeit im Allgemeinen.....	65
5.5.1.2	Anwendung der Übungen in Planung	66
5.5.1.3	Integration spezifischer Übungen im privaten Alltag	67
5.5.1.4	Integration spezifischer Übungen in den Arbeits-Alltag	68
5.5.1.5	Auswirkungen: privater Alltag, Übungen allgemein.....	70
5.5.1.6	Auswirkungen: Arbeits-Alltag, Übungen allgemein	70
5.5.2	Therapeutische Kompetenz	70
5.5.2.1	Therapeutische Kommunikation.....	71
5.5.2.2	Therapie-Beziehung.....	73
5.5.2.3	Therapeutinnen- und Therapeuten-Merkmale	76
5.5.3	Zeitmanagement	80
5.5.4	ICF geleitetes Handeln	82
5.5.5	Urlaub	84
5.6	Limitation	84
6	Diskussion der Ergebnisse	86
7	Fazit und Ausblick	91
	Literatur- und Quellenverzeichnis	93
	Anhang.....	99
	Anhang A: Formular soziodemographische Daten Teilnehmerinnen	99
	Anhang B: Test Selbstmitgefühl (Strohbach & Zika, 2023)	100

Anhang C: Übungsanleitungen und Zusammenfassungen	111
Anhang D: Kodierleitfaden der Kategorie Therapeutische Kompetenz	116

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Art der Berufsausübung von Logopädinnen und Logopäden ..	11
Abbildung 2: Prädiktoren für Lebensqualität	13
Abbildung 3: Evidenzbasierte Praxis nach Dollaghan (2007)	16
Abbildung 4: Das Gewichtungsmodell der evidenzbasierten Praxis	17
Abbildung 5: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF	18
Abbildung 6: Wirkfaktoren in der Therapie am Beispiel der Psychotherapie (nach <i>Hubble</i> et al. 2001, 49)	20
Abbildung 7: Das Konzept der therapeutischen Beziehung in der Sprachtherapie	21
Abbildung 8: Verteilung der Integration externer und interner Evidenz im Rahmen der Stadien beruflicher Weiterentwicklung (in Anlehnung an Jacobs 2003)	23
Abbildung 9: Darstellung der Einbettung des Wirkfaktorenmodells (<i>Lambert</i> 2013) in das biopsychosoziale Modell	23
Abbildung 10: Drei-Welten-Modell: Rollenmodell der Persönlichkeit (nach B. Schmid)	25
Abbildung 11: Therapeutische Qualitäten und Verhaltensweisen für eine positiv erlebte therapeutische Beziehung	27
Abbildung 12: Veränderungen durch die „minimale Intervention“. Angaben von Therapeutinnen in roter Farbe, Angaben der Patienten in oranger Farbe	30
Abbildung 13: The three axioms of mindfulness	36
Abbildung 14: Mindfulness meditation – three different stages of practice	37
Abbildung 15: Darstellung der Gehirnregionen, die während der Achtsamkeitsmeditation aktiviert werden	37
Abbildung 16: Überblick über Fachliteratur und Studien zum Thema Selbstmitgefühl 2003 - 2021	41
Abbildung 17: Übersicht der veröffentlichten wissenschaftlichen Artikel zum Thema „Achtsamkeit“ 1980 - 2023	42
Abbildung 18: Ergebnisse der randomisierten, kontrollierten Studie des MSC-Programms ..	45
Abbildung 19: Schriftliche Vorbereitung des Workshops am 26.7.2023	54

Abbildung 20: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung	62
Abbildung 21: Codes	64
Abbildung 22: Integration von Übungen in den privaten Alltag	67
Abbildung 23: Integration spezifischer Übungen in den Arbeits-Alltag.....	69
Abbildung 24: Subkategorien zur Therapie-Beziehung.....	73
Abbildung 25: Subkategorien der Therapeutinnen- und Therapeuten-Merkmale	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausdrucksformen des Selbstmitgefühls, eigene Darstellung.....	40
Tabelle 2: Die fünf Wege zum Selbstmitgefühl nach Germer, eigene Darstellung.....	40
Tabelle 3: Zusammenfassung exemplarischer Studienergebnisse der Auswirkungen von MSC auf unterschiedliche Personengruppen, eigene Darstellung	46
Tabelle 4: Soziodemographische Eckdaten Teilnehmerinnen	57
Tabelle 5: Auswertung Selbstmitgefühls-Test, eigene Darstellung	58

Abkürzungsverzeichnis

ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
B.Sc.	Bachelor of Science
bzw.	beziehungsweise
dbl	Bundesverband für Logopädie e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DQR ⁸	Deutscher Qualifikationsrahmen
E ₃ BP	evidence based practice, Modell nach Dollaghan
EBM	evidence based medicine
EBP	evidence based practice
ESLA	European Speech and Language Association
evt.	eventuell
FHStG	Fachhochschul-Studiengesetz
GBR	Gesundheitsberuferegister
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
IALP	International Association of Logopedics and Phoniatrics
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
J.	Jahre
lt.	laut
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
MRT	Magnetresonanztomographie
MTD	gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe
PTB	Patientinnen/Patienten-Therapeutinnen/Therapeuten-Beziehung
u.a.	unter anderem

Kurzzusammenfassung

Die therapeutische Kompetenz ist als der hauptsächliche Wirkfaktor in der logopädischen Therapie anzusehen. Sie beruht auf einem Zusammenspiel von Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmalen, therapeutischer Beziehung und therapeutischer Kommunikation. Das Konzept der Achtsamkeit und des Selbstmitgefühls bietet Ressourcen, welche die Erlangung, Erhaltung und Weiterentwicklung der therapeutischen Kompetenz unterstützen können.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, herauszufinden, ob eine Verbesserung dieser Kompetenzen durch das Einbringen von Übungen aus Achtsamkeit und Selbstmitgefühl möglich ist und welche Übungen im Besonderen dafür geeignet sind.

Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgt mittels einer qualitativen Studie. Nach dem Abhalten eines eigens für diesen Zweck konzipierten Workshops für sechs Logopädinnen über den Zeitraum von 12 Wochen wurde eine Evaluierung mittels online Fragebogen durchgeführt. Konkret beantworteten die Teilnehmerinnen Fragen nach möglichen Veränderungen von Qualitäten aus der therapeutischen Kompetenz unter Einbindung des Zeitmanagements des Arbeits-Settings und Integration von Übungen in den privaten und beruflichen Alltag.

Die Studienergebnisse belegen die positive Beeinflussbarkeit der therapeutischen Kompetenz durch Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlspraxis. Sie verweisen auf direkte Zusammenhänge zwischen besonders geeigneten Übungen und deren Auswirkungen auf Qualitäten aller drei Bereiche der therapeutischen Kompetenz.

Abstract

Therapeutic competence is widely recognized as a key determinant of effectiveness in speech and language therapy. This competence is based on an interplay between therapist characteristics, the therapeutic relationship, and therapeutic communication. Mindfulness and self-compassion practices offer resources which may help develop, maintain and enhance therapeutic competence.

The primary objective of this thesis is to determine whether therapeutic competence can be improved through mindfulness and self-compassion exercises, and to identify specific exercises that are particularly effective for this purpose.

To address the research questions, a qualitative study was conducted. A specially designed workshop was delivered to six speech and language therapists over a 12-week period. Following the workshop, an evaluation was carried out by means of an online questionnaire. The questions focused on potential changes in qualities of therapeutic competence, taking into consideration time management in the work setting and integration of the exercises into private and professional life.

The findings of this study confirm the positive impact of mindfulness and self-compassion practices on therapeutic competence. Direct correlations can be seen between certain exercises and their effects on qualities in all three areas of therapeutic competence.

Danksagung

*„Mögest du Vertrauen haben, dich auf das Unbekannte einzulassen.
Mögest du loslassen können, was dich hindert, dein Licht strahlen zu lassen.
Möge dir die Weisheit deines Herzens bewusst werden.
Mögest du in deinem Tun Klarheit haben.
Mögest du wohlwollende Menschen an deiner Seite haben.
Mögest du selbstfürsorglich auf deine Grenzen achten.
Möge dir deine innere liebevolle Stimme eine verlässliche Begleiterin sein.
Mögest du dich verbunden wissen mit dem großen Ganzen.“*

Susanne Strohbach & Ulrike Zika, Logbuch Achtsamkeit und Mitgefühl (2023)

Mein Vertrauen, mein Licht, mein Tun und meine Klarheit sind den vielen Weggefährtinnen und Weggefährten geschuldet, die mich auf dieser Reise begleitet haben. Mein besonderer Dank gilt hier

- ... Agnes: für dein offenes Ohr und das Teilen deiner Expertise, was das Generieren von Ideen und die Herangehensweise an das „Projekt Master Arbeit“ betrifft!
- ... meiner Betreuerin Heike: für die Bereitschaft die Betreuung zu übernehmen und deine wertvollen Tipps, die wesentlich zur Themenfindung und Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben!
- ... Gerhild: das zur Verfügung stellen deiner Wohnung am See, um in Ruhe schreiben zu können hat zur Entstehung eines Großteils dieser Arbeit beigetragen!
- ... Jutta: für deine wertvollen Rückmeldungen zum Halten des „roten Fadens“, deinen mich beruhigenden Optimismus und das Korrekturlesen meiner Arbeit!
- ... Martina: danke für deine Expertise und deine Erfahrungen, die du mit mir geteilt hast!
- ... meinem Mann Muck und meinen Kindern Helene und Fritz: für eure Unterstützung, eure Geduld v.a. in den letzten Schreibphasen. Eure Liebe erfüllt mich stetig!
- ... meinen lieben Freundinnen Alex, Ulli und Waltraud: für die vielen Gespräche, die mir stets neue Möglichkeiten aufgezeigt haben und Kraft und Zuversicht vermitteln konnten.
- ... den Workshop-Teilnehmerinnen Claudia, Christiane, Gerhild, Jutta, Lisa und Nina: ohne euer großartiges Engagement, eure Zeit und eure wertvollen Rückmeldungen wäre meine Forschung nicht möglich gewesen.
- ... meinem Schwager Falk: für deine unermüdlichen Erklärungen und Inputs zur Herangehensweise an das Forschungsprojekt und die Fragebogenerstellung.
- ... meinen Mitstudierenden Kathrin und Maria Bettina: für den belebenden Austausch während des Schreibens und eure Zuversicht, dass sich alles ausgehen wird.
- ... allen Eltern meiner Therapiekinder, die die Therapiepausen mitgetragen und mir so meine intensiv geblockten Schreibwochen ermöglicht haben!

- ... meinen Vorgesetzten Erwin und Nicole: für die mir zur Verfügung gestellten Ressourcen, die das Vollenden meiner Arbeit um so Vieles einfacher gemacht haben!
- ... Hermine: deine kluge Herangehensweise hat mir die therapeutische Stütze geliefert, die es mir möglich gemacht hat, diese Arbeit auch tatsächlich zu vollenden!
- ... zu guter Letzt meinen Eltern, die mir das Wissen und den Glauben vermittelt haben, dass ich alles werden und schaffen kann, was ich mir vorstelle und was ich möchte. Danke für eure Liebe!

1 Einleitung

In dieser Masterarbeit wird die Wichtigkeit der therapeutischen Kompetenz der Berufsgruppe der Logopädinnen und Logopäden in den Fokus gestellt und die Möglichkeiten der Stärkung dieser mittels Achtsamkeit und Selbstmitgefühl untersucht.

1.1 Ausgangssituation/Problemstellung

Die Berufsgruppe der Logopädinnen und Logopäden zählt zu den gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufen. Ihre Kernaufgabe liegt in der Untersuchung, der Diagnose, der Therapie und Rehabilitation sowie der Prävention, der Beratung und wissenschaftlichen Erforschung der menschlichen Kommunikation im verbalen und nonverbalen Bereich, des Sprechens, der Atmung, der Stimme, der Mundfunktionen, des Schluckens, des Hörvermögens und der Wahrnehmung und den damit in Zusammenhang stehenden Störungen und Behinderungen, die in allen Altersgruppen auftreten können (Berufsverband logopädieaustria, 2024).

Die Wirksamkeit der logopädischen Therapie lässt sich grob in zwei Bereichen darstellen: Auf der einen Seite finden sich spezifische Faktoren wie Methode und Technik, ihnen gegenüber stehen die allgemeinen Wirkfaktoren, in die u.a. Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale fallen wie Wertschätzung und Empathie und die Fähigkeit, positive Therapierwartungen bei Patientinnen und Patienten aufzubauen (Beier, 2018).

Jenni (2018) postuliert, dass eine starke Persönlichkeit der Logopädin/des Logopäden als Ressource ihrer/seiner therapeutischen Kompetenz dient (Jenni, 2018, S. 61) und verweist auf die Fähigkeit zur Achtsamkeit und Präsenz sowie der Selbstsorge als Komponenten zur Stärkung dieser (Jenni, 2018, S. 63).

Achtsamkeit zielt unter anderem genau darauf ab, nämlich auf den mitfühlenden und liebevollen Umgang mit sich selbst, der auch als Selbstmitgefühl oder achtsames Mitgefühl bezeichnet wird (Germer, 2019, S. 49 und Gilbert & Choden, 2020, S. 21).

In den letzten Jahren stieg das Interesse an Achtsamkeit und Selbstmitgefühl für die Forschung, die klinische Anwendung und auch für den Alltag aufgrund verschiedener gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklungen (Hölzel & Brähler, 2015, S. 7).

Zur Etablierung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl hat die wissenschaftliche Erforschung der erfolgreichen Anwendung in klinischen Bereichen einen wesentlichen Beitrag geleistet. Die daraus resultierenden Konzeptionierungen in Medizin, Psychologie und Neurowissenschaften

haben ebenso zur Popularisierung beigetragen und werden sogar als „Hype“ titulierte (Schmidt, 2015, S. 21).

Jon Kabat-Zinn (2013) beschreibt Achtsamkeit als eine besondere Art von Aufmerksamkeit (Gewahrsein) und eine spezielle Form der Aufmerksamkeitslenkung (Kabat-Zinn, 2013, S. 61). Die Erhöhung der Präsenz in der Therapie durch Achtsamkeitstraining und den damit einhergehenden entscheidenden Faktor für die Entwicklung von Resilienz kann als wichtiges Element betrachtet werden, andere Menschen bei der Heilung zu unterstützen (Siegel, 2010, S. 13).

Aus diesem Grund ist es mir ein Anliegen zu beleuchten, ob Achtsamkeit und Selbstmitgefühl Logopädinnen und Logopäden zur Stärkung ihrer therapeutischen Kompetenz dienen können und in welcher Form dies möglich ist.

1.2 Zielsetzung und Fragestellungen

Die Grundlagen der therapeutischen Beziehung haben seit den Anfängen in der Heilkunde eine wichtige, wenn auch nicht die entscheidende Rolle gespielt, gerieten jedoch Ende des 19. Jahrhunderts in den Hintergrund. Erst Mitte des 20. Jahrhunderts gewannen sie in der Psychotherapie wieder an Bedeutung und werden heute auch in der Logopädie als Wirkfaktor ernst genommen. Die Forschung zur therapeutischen Kompetenz im dezierten Kontext der logopädischen Therapie steht jedoch noch in den Anfängen, obwohl das Zusammenwirken von Methoden- und Beziehungsebene, also von technischen und sozialen Komponenten als ein zentrales Kennzeichen innerhalb der logopädischen Therapie beschrieben wird (Hansen & Grohnfeldt, 2021, S. 8 und 9).

Jenni (2018) geht davon aus, dass die Datenlage aus der Psychotherapie, die den Therapieerfolg betrifft, zu einem Großteil auf die Wirkweise der logopädischen Therapie übertragen werden kann (Jenni, 2018, S. 58). Neue Untersuchungen belegen, dass etwas mehr als 80% des Therapieerfolgs in der Psychotherapie (Wöller, 2016, S. 105) von der Beziehung der Therapeutin/des Therapeuten zur Klientin/zum Klienten abhängen und lediglich ein kleiner Anteil auf Methodik und Technik fällt. Beier (2018) lenkt den Fokus auf die verstärkte Beachtung und Erforschung von allgemeinen Wirkfaktoren wie z.B. Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale, diese seien „für die evidenzbasierte Sprachtherapie unerlässlich“ (S. 212).

Dehn-Hindenberg (2007) untersuchte in ihrer Studie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten hinsichtlich zentraler Therapiekriterien und das Ergebnis spiegelt die Wichtigkeit der psychosozialen Kompetenzen der Therapeutinnen und Therapeuten eindeutig wider. In einer hohen Interaktionsqualität liegt die Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung zwischen

Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient und damit eine größere Bereitschaft zur Mitarbeit (Dehn-Hindenberg, 2007, S. 26).

Eigenschaften wie Responsivität, Flexibilität, Akzeptanz und Präsenz scheinen als Schlüsselmerkmale auf, mit denen Patientinnen und Patienten eine gute Therapeutin und einen guten Therapeuten beschreiben (Wöller, 2016, S. 106).

Degenkolb-Weyers (2016) sieht die Resilienzkompetenz für therapeutische Gesundheitsberufe „als Fähigkeit Irritationen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der eigenen Integrität auszugleichen, als Fähigkeit, den Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu schaffen und Entwicklungspotential dadurch zu entfalten“ (S. 27) und ordnet sie als eine Schlüsselkompetenz innerhalb der therapeutischen Kompetenz ein.

Thomas Hiemenz (2021) weist in seinem Artikel auf die Situation helfender Berufe und das besondere Gefahrlaufen hin, sich bei der Arbeit selbst aus dem Blick zu verlieren. Er führt unter anderem auch Elemente als persönlichkeitsstärkende Möglichkeiten an, die aus der Achtsamkeit und dem Selbstmitgefühl bekannt sind, wie „Mein Kopfkino“, „(Liebevoll) Grenzen setzen oder lieben, was ist“, „Liebevoller Umgang mit anderen beginnt bei mir“ und „Bewertungen machen unangenehme Gefühle“ (S. 26 ff).

Die Wirkfaktoren der Achtsamkeit und des Selbstmitgefühl wurden in einer Vielzahl von Studien und neurowissenschaftlichen Untersuchungen herausgearbeitet und bewiesen. Das am besten erforschte 8-Wochen-Format ist das MBSR-Kursformat (Mindfulness Based Stress Reduction), das 1979 von Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn an der Universität Massachusetts entwickelt wurde. Bereits nach einem 8-wöchigen MBSR-Training lassen sich messbare Veränderungen im Gehirn der Übenden feststellen. Beispielsweise untersuchten Hölzl et al. (2011, zit. nach Orellana-Rios, 2019, S. 36) mittels MRT die Dichte der grauen Substanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor und nach einem MBSR-Kurs und verglichen diese mit einer Gruppe von Kontrollpersonen. Sie fanden bei den MBSR-Kurs-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern eine signifikant stärkere Zunahme an Dichte der grauen Substanz vor, die sich v.a. in Bereichen nachweisen ließen, die mit Lernen, emotionaler Regulation, Gedächtnis und Perspektivenübernahme korrelieren (Orellana-Rios, 2019, S. 36).

Im iga Report (Initiative Gesundheit und Arbeit) aus dem Jahr 2021 werden die Wirkungen, die Wirksamkeit und der Nutzen von Achtsamkeitstrainings im betrieblichen Kontext untersucht. Der Analyse ging eine systematische Literaturrecherche für den Veröffentlichungszeitraum 2005 bis 2019 voran und sie beruht auf 105 randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien im Setting „Arbeit“ (Michaelsen et al., 2021, S. 8). Die jüngste Übersichtsarbeit von Vonderlin et al. (2020, zit. nach Michaelsen et al., 2021, S. 13) berücksichtigt 56 randomisierte

kontrollierte Untersuchungsdesigns, die lediglich achtsamkeitsbasierte Verfahren untersuchten. Es konnten zum Teil deutliche Auswirkungen von Achtsamkeits-Interventionen auf Achtsamkeit, Wohlbefinden, Mitgefühl und Arbeitszufriedenheit gefunden werden.

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit stützt sich auf den angenommenen Hauptfaktor, zusammengefasst unter dem Begriff der „therapeutischen Kompetenz“, hinsichtlich der Wirksamkeit von logopädischer Therapie und ihre Beeinflussbarkeit durch Achtsamkeit und Selbstmitgefühl.

Demnach wurden für diese Arbeit folgende Forschungsfragen generiert:

- Inwiefern können Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlsübungen die therapeutische Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden verbessern?

Es ist anzunehmen, dass sich die therapeutische Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden durch das Einbringen von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl verbessert. Aufgrund der unterschiedlichen Ressourcen, Therapie- und Arbeitsbereiche und wechselnden Therapiesettings ergibt sich außerdem eine weitere Frage:

- Welche Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlsübungen sind im Besonderen geeignet, um die therapeutische Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden zu stärken?

1.3 Methodische Vorgehensweise

Eine umfassende Literaturrecherche stellt die Basis dar, um die theoretischen Grundlagen forschungsbasiert darzustellen. In verschiedenen Recherchetools wird mit den im Folgenden aufgezählten Suchbegriffen die Recherche betrieben:

Recherchetools:

- Literaturlisten aus dem Master-Lehrgang
- Fachjournale (forum:logopädie, Die Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Reinhardt e-Journals, Springer)
- Bibliotheken (FH Joanneum, Hochschule Burgenland)
- Datenbanken (google scholar, researchGate, pubmed)

Suche nach folgenden, zentralen Begriffen:

- Logopädie, Wirksamkeit von logopädischer Therapie, therapeutische Kompetenz, Interaktion, Interaktionsqualität, therapeutische Kommunikation, therapeutisches Handeln, therapeutische Beziehung, Resilienz, evidenzbasierte logopädische Therapie, therapeutische Beziehung, biopsychosoziales Modell, ICF, Wirksamkeitskriterien, Wirkfaktoren in der Psychotherapie
- Achtsamkeit, Achtsamkeit in der Therapie, Achtsamkeitsübungen, Präsenz, Effekte achtsamkeitsbasierter Interventionen, Wirkung von Achtsamkeit, Wirkung von MBSR, Achtsamkeit und Selbstmitgefühl, MSC, Stressbewältigung durch Achtsamkeit, Achtsamkeit für Gesundheitsberufe

Mayring (2023) definiert in seinem Buch „Einführung in die qualitative Sozialforschung“ fünf Grundlagen des qualitativen Denkens:

- Subjektbezogenheit der Forschung
- Umfassende und genaue Beschreibung des Gegenstandsbereiches
- Erschließung des Untersuchungsgegenstandes durch Interpretation
- Untersuchung erfolgt im vertrauten Umfeld
- Generalisierung der Ergebnisse durch schrittweise Begründung

Bezugnehmend auf oben genannte Postulate wurde folgender Ablauf definiert:

Auf die Literaturanalyse folgt ein empirischer Forschungsteil, dessen Rahmen ein Achtsamkeits-Workshop inklusive qualitativ ausgewerteter Fragebögen darstellt.

Das speziell für diese Masterarbeit konzipierte Kursformat wird als Workshop mit einem darauffolgenden 12-Wochen-„Reflexions-Zeitraum“ angelegt und stützt sich auf das „Logbuch Achtsamkeit und Mitgefühl“ (Strobach & Zika, 2023).

Zur Teilnahme werden sechs Logopädinnen eingeladen, die über mehrjährige Berufserfahrung verfügen und in unterschiedlichen Therapiebereichen tätig sind. Ein der Teilnahme vorangehender Selbsttest zum Selbstmitgefühl aus dem „Logbuch Achtsamkeit und Mitgefühl“ (Strobach & Zika 2023, S. 38-43) plus Erhebung von Eckdaten bezüglich Arbeitssetting und Therapiebereich(en) und Berufserfahrung zeigen einen Anfangsstatus zum Thema auf.

Workshop:

- Einführung in Achtsamkeit und Selbstmitgefühl
- Vorstellen der thematischen Schwerpunkte für den 12-Wochen-Zeitraum
- Erarbeiten und Praktizieren von ausgewählten auf Achtsamkeit und Selbstmitgefühl basierenden Übungen mit Anleitung zur eigenständigen Umsetzung

Aufrechterhaltung des Kontakts zu den Workshop-Teilnehmerinnen durch wöchentliches Zusenden von Tipps für das Dranbleiben an den erarbeiteten Schwerpunkten, den erlernten Techniken und deren Umsetzung. Wöchentliche Erfassung der potenziellen Veränderungen durch Ausfüllen eines Online-Fragebogens mit denselben Fragestellungen über einen Zeitraum von 12 Wochen.

Die Aufklärung über die Teilnahmebedingungen inklusive der Anforderung, wöchentliches Feedback mittels Ausfüllens eines Fragebogens zu geben, werden mit der Workshop Einladung kundgetan.

Die Auswertung erfolgt im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse unter der Zuhilfenahme der Festlegung einer Kodierung, die einem Kategoriensystems zugeführt wird. Diese Art der Analyse erfolgt in logisch nachvollziehbaren, aufeinanderfolgenden Schritten nach Mayring (2023). Nach Fertigstellung der Kodierung werden die Ergebnisse ausgewertet und interpretiert.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im Theorieteil der vorliegenden Arbeit wird im ersten Schritt dem Themenbereich Logopädie (Kap. 2) Aufmerksamkeit geschenkt und besonderes Augenmerk auf die Wirksamkeit der logopädischen Therapie mit allen Faktoren gelegt, die dieser zugrunde liegen. Das dritte Kapitel setzt sich mit der therapeutischen Kompetenz auseinander, die sich u.a. aus Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmalen und Therapiebeziehung zusammensetzt und mit den unterschiedlichen Faktoren der therapeutischen Wirksamkeit für diese Arbeit im Vordergrund der Rechercheergebnisse steht. Kapitel vier ist der Achtsamkeit und dem Selbstmitgefühl gewidmet, wobei auf die Bereiche Achtsamkeit in Gesundheitsberufen und Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in der Therapie der größte Fokus gelenkt wird. Hierauf folgt in Kapitel fünf die empirische Auseinandersetzung mit den Forschungsfragen. Zunächst wird auf das Forschungsdesign eingegangen, wobei die Kriterien für die Teilnahme am Workshop, der Workshop an sich

und die darauffolgenden Erhebungs- und Auswertungsmethoden erläutert werden. Die Auswertungsergebnisse finden sich ebenfalls in diesem Kapitel wieder. Das abschließende Kapitel (Kapitel 6) wird als Diskussion der Ergebnisse der generierten Daten mit den in der Literatur gewonnenen Erkenntnissen gesehen um anschließend die zentralen Erkenntnisse zusammenzufassen.

2 Logopädie

Dieses Kapitel nimmt Bezug auf die Logopädie in Österreich. Rechtliche Grundlagen, Ausbildung und Berufsberechtigung betreffen und beziehen sich also vollkommen auf die österreichische Landschaft der Logopädinnen und Logopäden. Berufsähnliche Berufsgruppen wie Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen oder (klinische) Linguistinnen und Linguisten finden hierbei keine Berücksichtigung. Die Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit der logopädischen Therapie nimmt Bezug auf nationale und internationale Forschungsergebnisse aus der Logopädie, berufsverwandten und Komplementär-Disziplinen. Da die Logopädie im deutschsprachigen Raum eine jung akademisierte Berufsgruppe darstellt und kaum berufsspezifische, wissenschaftliche Forschung betrieben wurde, wird für diese Masterthesis für ausgewählte Kapitel auf Studienergebnisse aus Bezugswissenschaften wie z.B. der Psychotherapie zurückgegriffen (Göldner et al., 2017, S. 12).

2.1 Begriffsdefinition

Der Begriff „Logopädie“ leitet sich aus dem Altgriechischen von „lógos“ (Wort) und „paideuein“ (erziehen) wörtlich übersetzt mit „Sprecherziehung“ ab, wurde 1913 erstmals benutzt und 1924 durch den Wiener Mediziner Emil Fröschels für die (medizinische) Sprachheilkunde eingeführt. 2012 fand die Logopädie Aufnahme in die österreichische Systematik der Wissenschaftszweige (Österreichische Systematik der Wissenschaftszweige, 2012) in der 3. Hauptgruppe (Humanmedizin, Gesundheitswissenschaften Human Medicine, Health Sciences), erfasst mit der Nummer 302042. In der Logopädie vereinen sich der wissenschaftliche Fachbereich und die eigenständige Profession. Sie ist eine interdisziplinär geprägte wissenschaftliche Disziplin und grenzt an Teilgebiete der Medizin, der Linguistik, der Pädagogik und der Psychologie (Rausch 2018, S. 4).

In Deutschland ist die Bezeichnung „Logopädie“ seit 1980 eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung, jedoch wird „Sprachtherapie“ häufig synonym verwendet (Rausch, 2018, S. 4). In Europa ist der Begriff „Logopaedics“ ebenso zu finden, aber auch „Orthophonie“ und „Speech Language Therapy (SLT)“ sind gebräuchlich (ESLA, 2024). International verzeichnet die IALP (The International Association of Communication Sciences and Disorders) „more than 300.000 Logopedists, Speech-Language Therapists/Pathologists, Audiologists, Clinical Linguists, ENTs and Phoniatriicians in more than 40 countries across the globe“ Mitglieder (IALP, 2024).

2.2 Rechtliche Grundlagen

Der Beruf der Logopädinnen und Logopäden zählt zu den gesetzlich geregelten gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufen (MTD), welche ab 1961 gemeinsam mit weiteren Berufen über das Krankenpflegegesetz geregelt wurden. Erst mit 1. August 1992 trat ein eigenes Berufsgesetz für die folgenden sieben Sparten in Kraft, das mit 1. September 2024 eine weitere Neugestaltung erfuhr (MTD-Gesetz, 2024):

- Biomedizinische Analytik
- Diätologie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Orthoptik
- Physiotherapie
- Radiologietechnologie

Das Gesetz regelt neben der Berufsausübung, den Tätigkeitsbereich und der Berufsbezeichnung (MTD-Austria, 2024) auch die Ausbildung, die seit 2010 geschlossen an Fachhochschulen stattfindet. Laut Information des Gesundheitsberuferegister (GBR, 2023) waren mit Ende 2023 insgesamt 41.211 Personen in (mind.) einem MTD-Gesundheitsberuf registriert. Davon werden 2.427 Berufsangehörige der Logopädie zugeordnet, womit sie die fünftgrößte Gruppe innerhalb der MTD darstellt. Die Berufsgruppe der Logopädinnen und Logopäden ist durch 96% Frauen und 4% Männern vertreten.

2.3 Ausbildung

In Österreich wurde im Jahr 1968 die erste zweijährige „Schule für Logopädie“ in Linz gegründet, weitere Bundesländer schlossen sich mit Ausbildungsstätten an Krankenanstalten an. Um dem Akademisierungsanspruch Folge zu leisten, wurde die Ausbildung 1992 auf ein dreijähriges Studium an „Akademien für den logopädisch-phoniatriisch-audiologischen Dienst“ angehoben. Durch die gesetzliche Neuregelung, die aufgrund des Bologna-Prozesses nötig wurde, kam es auch in Österreich 2007 zu einer Überführung aller sieben MTD-Ausbildungen in Fachhochschulen. Das Studium der Logopädie ist seitdem an einer von sieben Fachhochschulen in Form eines sechssemestrigen Vollzeitstudiums möglich und durch die FH-MTD-Ausbildungsverordnung (FH-MTD-Ausbildungsverordnung, 2024) geregelt.

Die Abschlüsse aller Ausbildungsformen (Diplom an der Schule bzw. Akademie, B.Sc. Abschluss mit 180 ECTS an Fachhochschulen) wurden, was die Berufsausübung betrifft, nach der Ausbildungs-Reformierung gleichgestellt. Die Berufsbezeichnung nach erfolgter Ausbildung lautet einheitlich „Logopädin/Logopäde“ (Berufsverband logopädieaustria, 2024).

2.4 Berufsbild und Tätigkeitsfelder

Logopädinnen und Logopäden sind befähigt, eigenverantwortlich Befunderhebung und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen sowie audiometrische Untersuchungen nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung durchzuführen (Weiß et al., 2023, S. 10).

Die Kernaufgabe der Logopädinnen und Logopäden liegt in der Untersuchung, der Diagnosestellung, der Therapie und Rehabilitation sowie der Prävention, der Beratung und wissenschaftlichen Erforschung der menschlichen Kommunikation im verbalen und nonverbalen Bereich, des Sprechens, der Atmung, der Stimme, der Mundfunktionen, des Schluckens, des Hörvermögens und der Wahrnehmung und den damit in Zusammenhang stehenden Störungen und Behinderungen, die in jedem Alter auftreten können (Berufsverband logopädieaustria, 2024).

Die Tätigkeitsfelder sind somit vielfältig, decken sämtliche Altersgruppen ab und erstrecken sich über die Fachbereiche der „Audiologie, Chirurgie (HNO-, Kiefer-, Gesichts-, Neurochirurgie), Geriatrie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, innere Medizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Neuropädiatrie, Neurorehabilitation, Phoniatrie, Psychiatrie und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (Weiß et al., 2023, S. 100) im intra- und extramuralen Bereich.

2.5 Berufsberechtigung und Berufsausübung

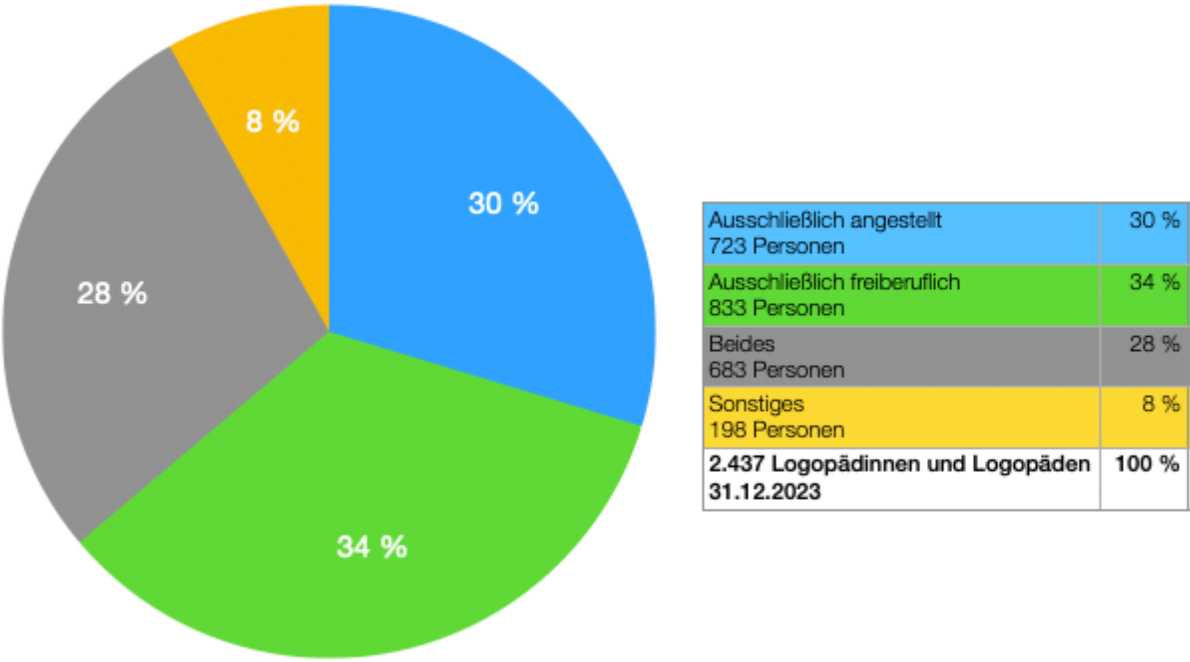
Personen, die über die im Folgenden aufgelisteten Qualifikationen verfügen und Erfordernisse erfüllen, erlangen die Berufsberechtigung des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes:

- *„Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung*
- *die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung*
- *die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit*
- *die für die Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse*
- *anerkannter Qualifikationsnachweis als Logopädin*
- *Eintragung in das Gesundheitsberuferegister.“ (Weiß et al., 2023, S. 102)*

Die im Berufsbild umschriebenen Tätigkeiten werden nach ärztlicher oder zahnärztlicher Zuweisung eigenverantwortlich ausgeführt und unabhängig davon, ob dies im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses oder einer freiberuflichen Berufsausübung passiert (Weiß et al., 2023, S. 102). 46% der in Österreich angestellten Logopädinnen und Logopäden arbeiten in Krankenanstalten, weiters finden sich Kolleginnen und Kollegen in Ambulatorien, Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen sowie Behindertenbetreuungseinrichtungen. Ebenso sind Logopädinnen und Logopäden in Ausbildungseinrichtungen, mobilen Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen tätig (Pilwarsch et al., 2024, S. 41).

Der Anteil der ausschließlich freiberuflich tätigen Logopädinnen und Logopäden (34%) liegt lt. den aktuellen Zahlen knapp über den rein angestellten Kolleginnen und Kollegen (30%), siehe Darstellung in Abbildung 1.

Abbildung 1:.....Verteilung der Art der Berufsausübung von Logopädinnen und Logopäden



Quelle: *Pilwarsch et al.* 2024, S. 35. (eigene Darstellung)

2.6 Besonderheiten und Herausforderungen

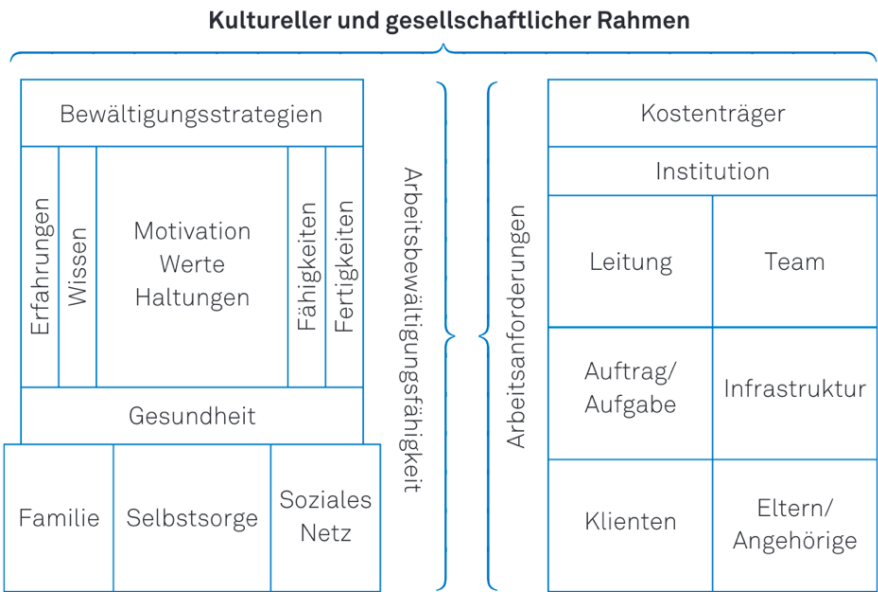
Logopädinnen und Logopäden arbeiten mit Menschen aller Altersgruppen, die an einer Einschränkung ihres Kommunikationsvermögens oder der Mundfunktionen leiden oder davon bedroht sind. Im Kompetenzprofil für Logopädinnen und Logopäden, veröffentlicht vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Weiß et al., 2023, S. 100), werden alle Arbeitsschritte des logopädischen Prozesses und die erforderlichen Kompetenzen der Angehörigen der Berufsgruppe ausführlich beschrieben. Fachlich-methodische Kompetenzen, sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstkompetenzen sowie wissenschaftliche Kompetenzen zeichnen Logopädinnen und Logopäden aus und bilden die Grundlage für die eigenverantwortliche Ausübung ihres Berufs.

Dem Erlernen und der Weiterentwicklung und Verfeinerung der fachlich-methodischen Kompetenz wird während der Ausbildung und durch eine Vielzahl an Weiterbildungsangeboten zur Genüge Rechnung getan. Die aktuelle S3-Leitlinie Sprachentwicklungsstörungen orientiert sich beispielsweise in ihren Interventions-Empfehlungen lediglich daran, „welche therapeutischen Ansätze für welche Symptomkonstellation bzw. für welches Störungsbild geeignet sind“ (Neumann, 2022, S. 11). Der Herausforderung, die sozialkommunikativen Fähigkeiten und Selbstkompetenzen weiterzuentwickeln, wird wenig Aufmerksamkeit gewidmet, obwohl die Literatur auf diese Qualitäten vermehrt hinweist. Das Eingehen einer qualitätsvollen Beziehung mit der Patientin/dem Patienten und außerdem die Befindlichkeiten möglicher Begleitpersonen im Blick zu haben, wird von Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen als eine grundlegende Bedingung für eine hohe Effektivität in der logopädischen Therapie gesehen (Hansen & Grohnfeldt, 2021, S. 9). Die Ergebnisse einer Studie von Schneeberger (2018) zeigen eindeutig, dass auch für praktizierende Logopädinnen und Logopäden Deutschlands „die Beziehung als Basis jeder Therapie, Grundvoraussetzung, wesentlicher Bestandteil, elementar, ausschlaggebend, entscheidend, maßgeblich, das Allerwichtigste überhaupt“ (S. 34) ist.

Eine weitere Besonderheit bringt der hohe Anteil an ausschließlich freiberuflich bzw. freiberuflich und angestellt tätigen Logopädinnen und Logopäden (siehe Abbildung 1) mit sich. Im Unterschied zur Tätigkeit im angestellten Kontext widmet sich die Logopädin/der Logopäde zusätzlich zur therapeutischen Arbeit ebenso dem Unternehmen „Logopädische Praxis“, welches die Berücksichtigung organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Aspekte einschließt (Weiß et al., 2023, S. 101). Die Doppelbelastung des einerseits therapeutischen und andererseits unternehmerischen Wirkens lässt Logopädinnen und Logopäden besonders in Gefahr geraten, ihre Selbstfürsorge zu vernachlässigen, während sie für andere in ihrem helfenden Beruf Sorge tragen (Hiemenz, 2021, S. 26). Jenni (2018) spricht von der Beschränkung der eigenen

Energiereserven während Anforderungen und Ansprüche im beruflichen und privaten Leben stets steigen. Sie weist außerdem auf die regelmäßige Möglichkeit hin, „die aktuelle persönliche und berufliche Situation zu analysieren“ (S. 70). Dies gelingt beispielsweise durch die Anwendung ihres Analyseschemas, siehe Abbildung 2, wodurch evt. Handlungsbedarf bezüglich Arbeitsfähigkeit und persönliches Befinden sichtbar gemacht werden kann (Jenni, 2018, S. 70).

Abbildung 2:..... **Prädiktoren für Lebensqualität**



Quelle: Jenni 2018, S. 71

2.7 Wirksamkeit der logopädischen Therapie

Um sich der Wirksamkeit von logopädischer Therapie widmen zu können, ist es wichtig, sich der Klärung einiger Begrifflichkeiten anzunehmen. In der Recherche nach der Definition von „Wirksamkeit“ taucht auch der Begriff „Wirkung“ auf. Damit Wirkung und Wirksamkeit und ihre unterschiedlichen Bedeutungen nicht verwechselt werden, wird an dieser Stelle etwas ausgeholt und mit der allgemeinen Definition und der Gebräuchlichkeit im medizinischen Kontext fortgefahren. Zudem ist Wissen über das biopsychosoziale Modell, evidence based practices (EBP) der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in diesem Zusammenhang wichtig.

2.7.1 Wirkung und Wirksamkeit

„Wirkung“ bedeutet lt. Duden „durch eine verursachende Kraft bewirkte Veränderung, Beeinflussung, bewirktes Ergebnis“ (Duden online, o. J.). „Wirksamkeit“ wird als „das Wirksamsein“ oder „das Wirken“ definiert (Duden online, o. J.) und mit mehreren Synonymen verdeutlicht: „Auswirkung, Durchsetzungskraft, Effektivität, Erfolg, Geltung, Leistung, Wirkung, Nachhaltigkeit, Stärke“.

Köbberling (2022) setzt sich mit Wirkung und Wirksamkeit im Gesundheitsbereich auseinander und beschreibt die beiden Begriffe wie folgt:

Der Begriff Wirkung gilt für eine Betrachtung vom Ergebnis her. Auch wenn es für jede Wirkung eine Ursache geben muss, muss diese nicht bekannt sein. Aus der eingetretenen Wirkung lässt sich grundsätzlich nicht auf die Art der Ursache schließen. So lässt sich die Wirksamkeit eines medizinischen Verfahrens nicht rückwirkend aus einer eingetretenen Wirkung ableiten. Der Begriff Wirksamkeit bezieht sich dagegen nicht auf das Ergebnis, sondern auf die Methode selbst. Mit ihm wird ausgedrückt, ob und gegebenenfalls mit welcher Wahrscheinlichkeit kausal eine vorab definierte Veränderung erreicht werden kann. Für die Zulassung medizinischer Verfahren muss stets eine Wirksamkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis muss unter Berücksichtigung allgemein anerkannter Grundsätze für jedermann nachvollziehbar sein. (S. 11-13)

Schneeberger (2018) wählt für ihre Untersuchung der allgemeinen Wirkfaktoren und der Patientinnen/Patienten-Therapeutinnen/Therapeuten-Beziehung (PTB) in der Sprachtherapie für „Wirksamkeit“ das Wort „Effektivität“ (Effectiveness) aus einer der drei englischen Äquivalenten, mit denen Wirksamkeit übersetzt werden kann: Efficacy, Effectiveness und Efficiency (Schneeberger, 2018, S. 9). Sie stellt in ihrer Untersuchung die evidence based practices (EBP) dem biopsychosozialen Modell gegenüber und kreiert ein Modell, welches beide Zugänge in Beziehung setzt:

Im Fall der Wirksamkeitsnachweise wären die einseitigen Betrachtungen entweder nur aus der EBP heraus oder alleine aus dem biopsychosozialen Modell jeweils instabil und unflexibel. Eine Stabilität und Flexibilität könnte mit der Zusammenführung beider erreicht werden. [...] Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der theoretische Rahmen von Forschung und Praxis und ihrer Positionierung bezüglich EBP oder biopsychosozialem Modell relevant ist, um Therapieerfolg zu bewerten. [...] Um die Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention zu messen, müssen obligatorisch auch die unterschiedlichen Wirkfaktoren des Therapieerfolgs und deren Einfluss betrachtet werden. (S. 8)

2.7.2 E₃BP: Evidence based practice, Modell nach Dollaghan

Im Berufsalltag der Logopädinnen und Logopäden sollen die logopädischen Interventionen evidence based stattfinden, das ist der neue Anspruch an und gleichzeitig eine Herausforderung für die Praktikerinnen und Praktiker. Der Begriff der evidenzbasierten Praxis fand Einzug in der Aus- und Weiterbildung, verstärkt durch die Akademisierung der Gesundheitsberufe und wird in der Literatur großflächig diskutiert (Borgelt, 2015, S. 24). Die geschichtliche Betrachtung der Entwicklung der E₃BP aus der evidence based medicine (EBM) nahm ihren Start in

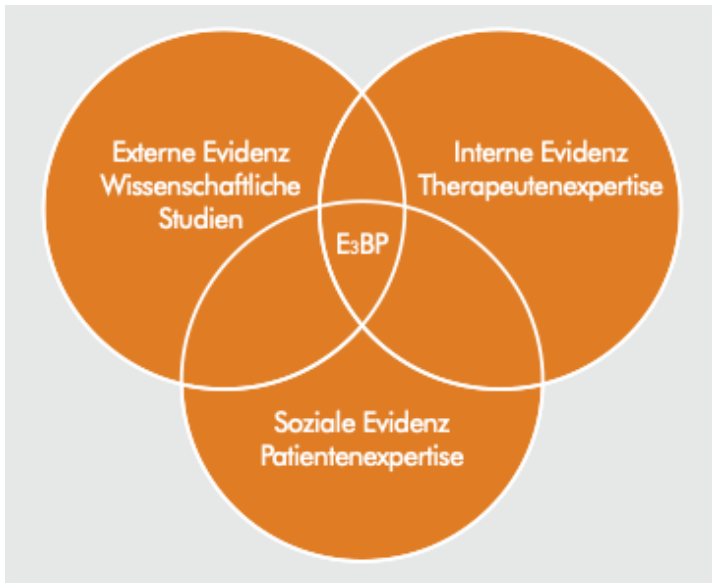
den 1970er Jahren, als der britische Mediziner Cochrane auf der einen Seite die Zunahme an Studien und auf der anderen Seite ihre nicht zeitnahe Verfügbarkeit erkannte. Seines Verständnisses nach führte dies dazu, dass aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse eine direkte Relevanz für die medizinische und therapeutische Umsetzbarkeit haben könnten, jedoch nur mit wesentlicher Verspätung bei den Berufspraktikerinnen und -praktiker ankamen. Er setzte sich 1972 dafür ein, systematische, regelmäßig aktualisierte Reviews zu schaffen und diese in Datenbanken allen praktisch Tätigen aus der Medizin und Therapie für die direkte Arbeit mit ihren Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen (Borgelt, 2015, S. 24; Weßling, 2018, S. 67-70) und einheitliche Standards zur Durchführung von Studien einzuführen (Borgetto et al., 2016, S. 24). Eine Definition der von Cochrane begründeten evidenzbasierten Medizin gelang erst in den 1990er Jahren der Forschergruppe um Sackett:

Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research (Sackett et al. 1996; zit. nach Kirschke & Langanke, 2018, S. 185)

Die Idee der EBM wird im Gründungsdokument als eine Art Paradigmenwechsel beschrieben und bereits 1997 kam es in York zum Übertrag der neuen Bewegung auf den Bereich der Gesundheitsberufe. Deutschland zog ein Jahr später mit der Errichtung eines Zentrums für evidenzbasierte Pflege nach (Weßling, 2018, S. 71). Schneeberger (2018, S. 7) schreibt die Erwähnung der EBP im Kontext der Logopädie Beushausen in den 1990er Jahren zu. 2003 wurde durch die zweite International Conference of Evidence-Based Health Care Teachers and Developers ein Manifest mit der Grundannahme beschlossen, dass alle Angehörigen von Gesundheitsfachberufen die Prinzipien der EBP verstehen, diese erkennen, „evidenzbasierte Programme verwirklichen und eine kritische Haltung ihrer eigenen Praxis und der Evidenz gegenüber haben“ (Dawes et al. 2005, zit. nach Weßling, 2018, S.71). Damit wird die EBP zur Herausforderung und gleichzeitig zur Möglichkeit für alle in Gesundheitsberufen Tätigen, „wissenschaftliche Forschung und berufliche Praxis neu miteinander zu verknüpfen“ (Beushausen, 2005, S. 7). Etwa zehn Jahre später entwickelt sich die EBP, die stark auf die externen Evidenzen fokussiert war, durch Hinzunahme der internen Evidenz (Therapeutinnen- und Therapeutenexpertise) und der sozialen Evidenz (Patientinnen- und Patientenexpertise) zu einem neuen Modell, dem der E₃BP. Das von Dollaghan 2007 entwickelte Modell (Abbildung 3) sieht vor, dass „im Entscheidungsprozess über die Umsetzung einer erfolgversprechenden Therapie alle drei Evidenzebenen gleichberechtigt berücksichtigt werden“ sollten (Beier, 2018, S. 199). Er verfolgte die Intention der Einbindung aktueller wissenschaftlicher Evidenzen unter dem Einschluss der individuellen praktischen Erfahrung durch die Therapeutinnen und Therapeuten und gleichzeitig die persönlichen Bedürfnisse und Präferenzen der Patientinnen und

Patienten einfließen zu lassen. Zudem sollte eine ausreichend hohe intrinsische Motivation vorhanden sein, um ein erfolgreiches Therapieergebnis zu erhalten (Reising, 2018, S. 20).

Abbildung 3: Evidenzbasierte Praxis nach Dollaghan (2007)

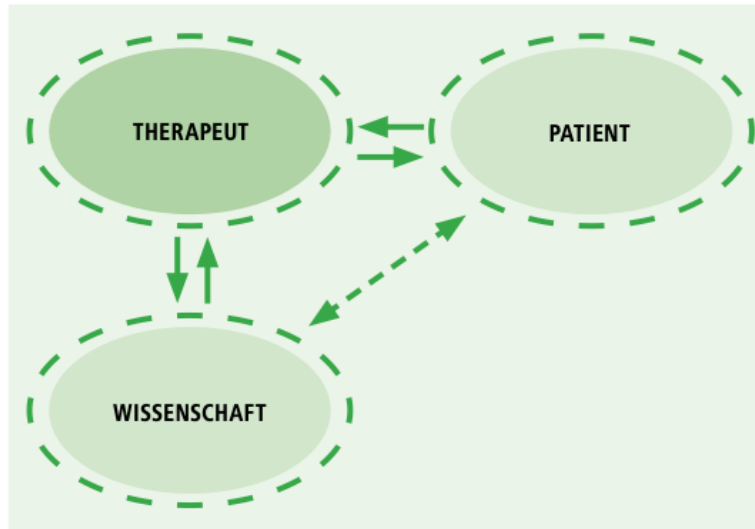


Quelle: *Beier* 2018, S. 13

Die Gleichwertigkeit der drei Evidenzen innerhalb des Dollaghan'schen E₃BP Modells zeigt jedoch in der praktischen Umsetzung und in der Literatur Differenzen bezüglich der Gewichtung. Einen hohen Faktor spielen die Präferenzen von Patientinnen und Patienten, sie sind entscheidend für den Therapieerfolg. Die Möglichkeiten der externen Evidenz (Wissenschaft) decken sich optimalerweise mit den Wünschen und Bedürfnissen der Patientin/des Patienten. Der Therapeutin/dem Therapeuten ist die Aufgabe zuteil, die Patientin/den Patienten, durch individuelles Erkennen und Beurteilen ihrer/seiner Bedürfnisse und einer gezielten Beratung hinsichtlich der Vorteile von einer wissenschaftlich fundierten Therapie zu überzeugen. Diese übergeordnete Rolle der Therapeutin/des Therapeuten verlangt komplexe Fähigkeiten, da sie/er Vorgänge koordiniert, strukturiert und steuert und zwischen der externen Evidenz und den Wünschen und Anliegen der Patientin/des Patienten vermittelt. Ihre/seine interne Evidenz, sprich klinische Expertise in Form von Fach- und Erfahrungswissen lässt sie/er in die Rolle der Vermittlerin/des Vermittlers einfließen. Da zudem der externen Evidenz zu vielen logopädischen Fragestellungen Antworten fehlen, fällt der klinischen Expertise der Therapeutin/des Therapeuten eine größere Rolle zu und alle diese Umstände führen zu einer Veränderung der Gewichtung innerhalb des E₃BP Modells zugunsten der Therapeutin/des Therapeuten. Die Graphik in Abbildung 4 versucht, diese Umverteilung bildlich zu darzustellen (Borgelt, 2015, S. 28).

Es gibt ein Konzept, das die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten widerspiegelt, das ist das biopsychosoziale Modell der ICF. Genau darauf wird in dieser Arbeit im nächsten Kapitel entsprechend Bezug genommen.

Abbildung 4:.....**Das Gewichtungsmodell der evidenzbasierten Praxis**



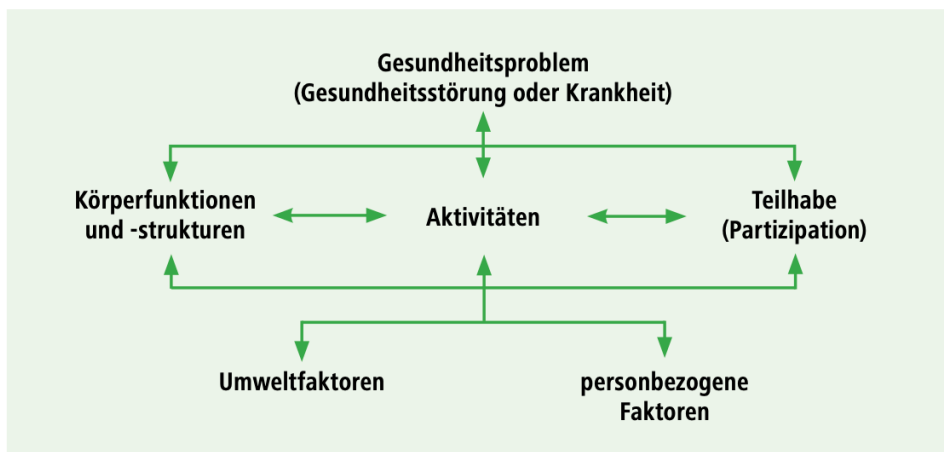
Quelle: Borgelt 2015, S. 28

2.7.3 Das biopsychosoziale Modell der ICF

Die WHO führte 2001 die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als Nachfolgemodell der ICIDH ein und schuf mit dem neuen Klassifikationssystem ein verändertes Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung und eine erweiterte Perspektive darauf. Die ICF, siehe Abbildung 5, verbindet die Idee der Beziehung zwischen Körper und Seele, die im biopsychosozialen Modell beschrieben wird mit den Aspekten der Komponenten von Gesundheit (Egger, 2008, S. 13; Rausch, 2018, S. 4; Beier, 2018, S. 202; DIMDI, 2024). Sie ermöglicht den Datenvergleich zwischen Ländern und verfolgt als Ziel

in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Sie definiert Komponenten von Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden [...] und verwendet eine standardisierte allgemeine Sprache, welche die weltweite Kommunikation über Gesundheit und gesundheitliche Versorgung in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften ermöglicht (DIMDI 2024).

Abbildung 5:Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Quelle: DIMDI 2024

Für die biopsychosoziale Krankheitstheorie kann keine tatsächliche Begründerin oder ein Begründer genannt werden, verantwortlich ist vielmehr ein weltumspannendes wissenschaftliches Netzwerk um u.a. Bertalanffy und Weiss. Ihnen ist das biopsychosoziale Modell zuzuschreiben, wobei weitere Wissenschaftler für „die Ausformulierung und Propagierung des Modells als Grundlage für die psychosomatische Medizin“ (Egger, 2008, S. 13) verantwortlich zeichnen. Egger (2008) postuliert: „das (erweiterte) biopsychosoziale Modell ist das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird“ (S. 13).

Das biopsychosoziale Modell ist ein Klassifikationsmodell, das ergänzend zur Erfassung von Gesundheitsproblemen (ICD der WHO) eingesetzt werden soll, um ein „angemessenes Bild über die Gesundheit von Menschen oder Populationen“ zeichnen zu können und „zu Zwecken der Entscheidungsfindung herangezogen werden kann“ (DIMDI, 2024). Seit seiner Veröffentlichung hat es auch in den wissenschaftlichen Überlegungen hinsichtlich der Auswirkungen auf den logopädischen Prozess zu Veränderungen geführt (Beier, 2018, S. 12). Das Fehlen der personenbezogenen Faktoren, die aufgrund von hohen Unterschiedlichkeiten kultureller Natur innerhalb des Modells noch nicht klassifiziert wurden, führt zu vermehrter Forderung, dass diese für den logopädischen Diagnostik- und Therapiefindungsprozess teilhabeorientiert und kontextbezogen unabdingbar sind und berücksichtigt werden müssen. Hierbei sollte der Schwerpunkt auf einem narrativen Prozess liegen (Beier, 2018, S. 205). Borgelt (2015) erachtet die Patientinnen-/Patientenerzählung als notwendig, um eine alltagsorientierte Therapie anbieten zu können. Nur so scheinen die wesentlichen Einschränkungen der Patientinnen und Patienten im biopsychosozialen Kontext auf und die Therapeutin/der Therapeuten kann ableiten, was in der Therapie den höchsten Stellenwert bekommen muss (S. 27). Haid und Steiner

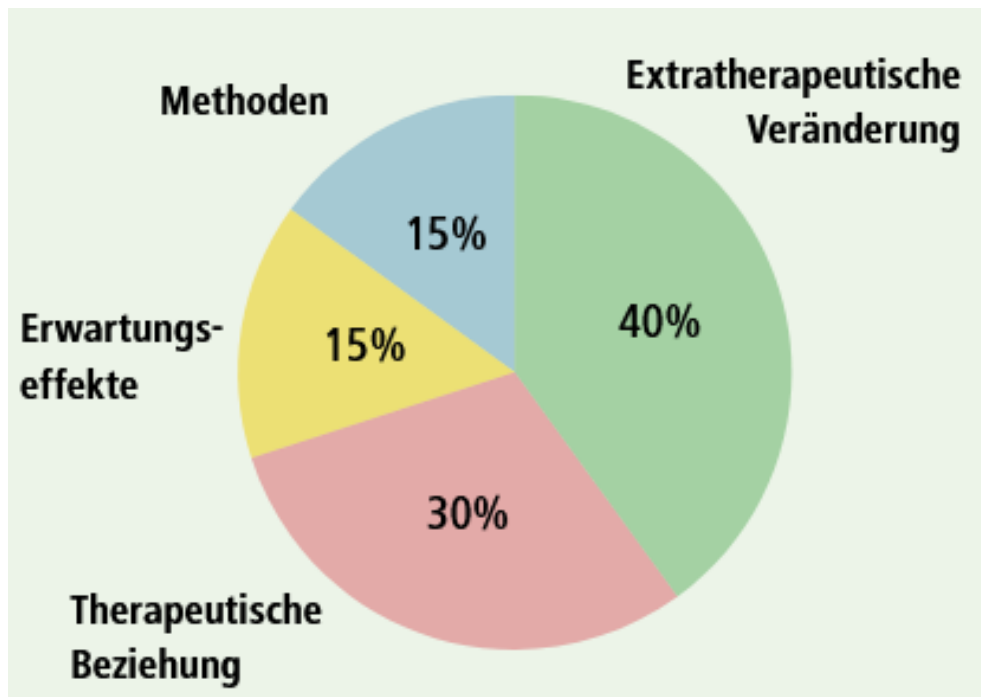
(2022) postulieren: „Die Aufgabe der Therapeutin oder des Therapeuten liegt dabei im steten Abgleichen der Evidenz-Komponenten, um einem flexiblen, variablen und einzelfallfokussierten therapeutischen Handeln für den Einzelfall gerecht zu werden“ (S. 6). Um die Wirksamkeit im Sinne der EBP gründlich evaluieren zu können, sind die Wirkfaktoren, die zu einem Therapieerfolg führen können, zu definieren und genauer unter die Lupe zu nehmen.

2.7.4 Wirkfaktoren

Die Wirkfaktoren der logopädischen Therapie beziehen sich auf das Modell der E₃BP nach Dollaghan (2007, zit. nach Borgelt, S. 28) unter Einbeziehung des biopsychozialen Modells der ICF und der Annahme, dass sich die Gewichtung zugunsten der Therapeutin/des Therapeuten verschiebt (Borgelt, 2015, S. 27). Die Beziehung zwischen Ärztin/Arzt bzw. Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient hat eine lange Geschichte: bereits Hippokrates (460-370 v.Chr.) verwies auf die Bedeutung der Beziehung und ihre entscheidende Rolle. Erst Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Selbstverständlichkeit des Dienens („therapéia“, griechisch für das Dienen, der Gefährte) in den Hintergrund gedrängt. Die therapeutische Beziehung gelangte erneut in den 1950er Jahren in der Psychotherapieforschung in den Vordergrund (Hansen & Grohnfeldt, 2021, S. 9).

An dieser Stelle soll auf den „Dodo-Effect“ verwiesen werden, der sich auf die Figur des Laufvogels Dodo aus dem Kinderbuch „Alice im Wunderland“ (Carroll, 1865) und sein Urteil als Schiedsrichter bezieht. Nachdem Alice und ihre Freunde nass geworden waren, schlägt der Dodo einen Wettlauf vor, mit dem Ziel, dass alle wieder trocken sollen. Alle Teilnehmenden dürfen selbst entscheiden, wie sie laufen und wann sie Pausen einlegen. Der Dodo beendet das Wettrennen, als alle trocken sind, mit dem Satz: „Jeder hat gewonnen und alle sollen Preise haben“. Mit dem „Dodo-Effect“ wird die Tatsache beschrieben, dass „viele Studien die Wirksamkeit von Psychotherapie belegen, aber keine Überlegenheit unterschiedlicher Therapieverfahren nachweisen konnten“ (Hansen & Grohnfeldt, 2021, S. 8). Außer Frage steht, dass sich einerseits spezifische Faktoren wie z.B. die der Therapiemethode und andererseits aber eine Reihe von allgemeinen Wirkfaktoren in der Forschung herauskristallisiert haben. Mit 80% zeichnen diese auch „common factors“ genannten Wirkvariablen, die in der Literatur auch synonym als „methodenunabhängige Variablen“ oder „übergeordnete Wirkfaktoren“ (Pfammatter et al., 2021, S. 17) bezeichnet werden, für den Erfolg therapeutischer Interventionen verantwortlich (Hansen & Grohnfeldt, 2021, S. 8; Wöller, 2016, S. 106). Die Abbildung 6 verdeutlicht die Gewichtung, in der die Methoden mit ca. 15% den allgemeinen Wirkfaktoren wie Therapeutische Beziehung, extratherapeutische Veränderung und Erwartungs-(Placebo-)Effekte mit ca. 85% gegenübergestellt werden.

Abbildung 6:Wirkfaktoren in der Therapie am Beispiel der Psychotherapie (nach Hubble et al. 2001, 49)



Quelle: Bürki et al. 2011, S. 32

Die allgemeinen Wirkfaktoren beeinflussen den Therapieerfolg maßgeblich: „Jede Therapie besteht aus einem System interagierender Variablen und nicht aus einer Kette von Ursachen und Wirkungen“ (Bürki et al. 2011, S. 31). Diese Forschungsergebnisse haben dazu geführt, dass die methodenunabhängigen Variablen einen immer größer werdenden Raum in der Forschung einnehmen und ein Umdenken in der Wirksamkeitsforschung auch innerhalb der Logopädie entsteht, eine Abkehr von evidenzbasierten Herleitungen und linearem Denken (Bürki et al., 2011, S. 32). Grenavage und Norcross (1990, zit. nach Beier, 2018, S. 207) beschreiben auf Basis einer Literaturanalyse die am häufigsten beschriebenen Wirkfaktoren in fünf Oberkategorien:

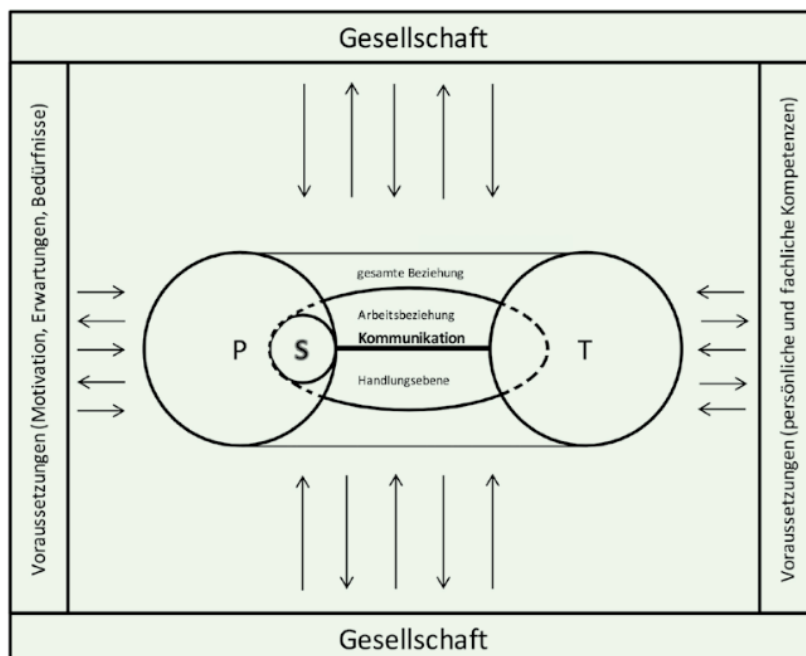
- 1) Patientinnen-/Patientenmerkmale
- 2) Behandlungsstruktur
- 3) Veränderungsprozesse
- 4) Therapiebeziehung
- 5) Therapeutinnen-/Therapeutenmerkmale

Die ersten drei genannten Wirkfaktoren behandeln die Erwartung an die Therapie und die aktive Suche nach Hilfe, beispielsweise aufgrund von Leidensdruck (Patientinnen-/Patientenmerkmale). Die Richtungsweisung eines speziellen theoretischen Therapiehintergrunds (Be-

handlungsstruktur) kann sich als Steigerung der Therapieeffektivität zeigen oder in theorie-treuem Handeln der Therapeutin/des Therapeuten, die/der durch ihre/seine Orientierung an nachvollziehbaren Theorien Patientinnen und Patienten von einer angenommenen Wirksamkeit der Behandlung eher überzeugen kann (Beier, 2018, S. 209). Veränderungsprozesse meinen Wirkfaktoren, die mitunter therapeutische Veränderungen bei der Patientin/des Patienten auslösen. Katharsis, Desensibilisierung, Einsicht und der Aufbau von Verhaltenskompetenzen (Grencavage und Norcross, 1990, zit. nach Beier, 2018, S. 209) sind die in der Psychotherapieforschung hauptsächlich genannten. In Hinsicht auf das logopädische Setting können einzelne Faktoren wie die Einsicht und der Aufbau von Kompetenzen übertragen werden (Beier, 2018, S. 209).

Göldner et al. (2017) behaupten, dass nach Vergleich von psychotherapeutischer und sprachtherapeutischer Literatur die Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung in der Sprachtherapie deutlich weniger Stellenwert in Publikationen und Betrachtungen erhält als in der Psychotherapie (S. 16). International und im deutschsprachigen Raum ist jedoch ein Wachstum des Interesses an der PTB zu verzeichnen. Die Analyseergebnisse von Göldner et al. (2017), die sich auf den aktuellen Forschungsstand zur PTB innerhalb der Sprachtherapie im deutschsprachigen Raum beziehen, finden in Abbildung 7 graphische Umsetzung (S. 16).

Abbildung 7:.....Das Konzept der therapeutischen Beziehung in der Sprachtherapie



Quelle: Göldner et al. 2017, S. 16

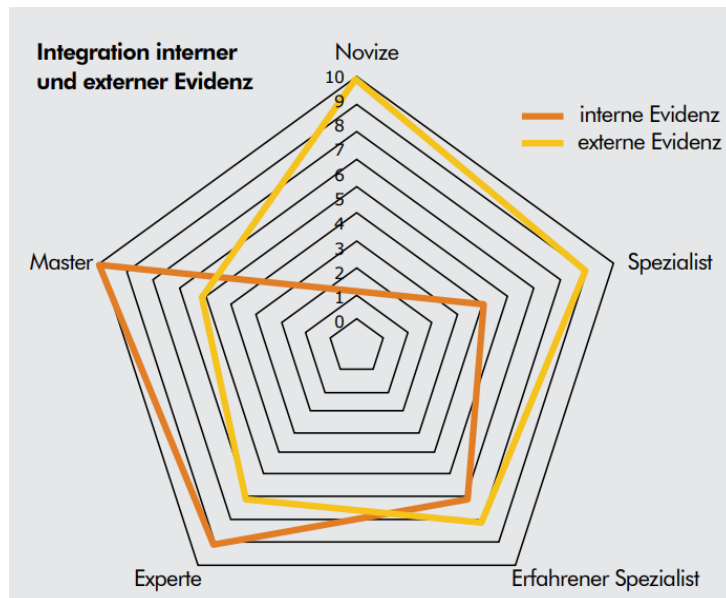
Innerhalb der Kategorie Therapiebeziehung sind die Wirkfaktoren interaktionell und zeigen sich als Arbeitsbündnis, auch als „Working Alliance“ bezeichnet, zwischen Therapeutin/Therapeuten und Patientin/Patienten (Beier, 2018, S. 209). Hansen und Grohnfeldt (2021) konstatieren, „dass LogopädInnen der Therapiebeziehung einen besonderen Stellenwert zuweisen“ (S. 9) und die Interviews von Schneeberger (2018, S. 34) liefern ebenso eindeutige Aussagen über die Wichtigkeit der PTB. Auch in der Umkehr zeigen die Aussagen von befragten Patientinnen, Patienten und deren Bezugspersonen, dass ihre Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten einen hohen Stellenwert besitzt (Hansen & Grohnfeldt, 2021, S. 9). Die persönlichen Voraussetzungen, die die Therapeutin/der Therapeut mitbringen muss, werden in der Aufzählung von Grenavage und Norcross (1990, zit. nach Beier, 2018, S. 207) als „Therapeutenmerkmale“ formuliert. Sie fokussieren sich auf die Eigenschaften und Charakteristika, welche die Therapeutin/der Therapeut in Form von Beziehungsmerkmalen mitbringt. Explizit werden Wertschätzung und Empathie, die Fähigkeit, positive Therapieerwartungen bei der Patientin/dem Patienten aufzubauen und die Therapeutin/den Therapeuten in ihrer/seiner Rolle als Heilende aufgezählt (Beier, 2018, S. 208).

2.7.5 Resümee

Die Logopädie als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf hat in den letzten Jahrzehnten einen Wandel durchlaufen. Sie wurde als Fachdisziplin um die Wissenschaftsdisziplin Logopädie erweitert und „muss dem Anspruch der EbP und der ICF, der Qualitätssicherung für das logopädische Handeln wie auch der ethischen Grundlegung gerecht werden“ (Haid & Steiner, 2022, S. 10). Die Akademisierung der Ausbildung hat zu einem höheren Ausmaß an Auseinandersetzung mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen geführt. Zudem wird durch die Einbettung des biopsychosozialen Modells der ICF in den logopädischen Prozess von Logopädinnen und Logopäden verlangt, zusätzlich zum evidenzbasierten Handeln den Hoffnungen und Wünschen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden und deren Erwartungen und Bedürfnisse in die Auswahl des evidenzbasierten logopädischen Therapieangebots mit einzubeziehen. Logopädinnen und Logopäden streben die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten an, in dem sie ihre klinische Expertise als interne Evidenz neben der externen Evidenz, also den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen im logopädischen Prozess aktivieren und aufrechterhalten. Praktikerinnen und Praktiker sowie Forscherinnen und Forscher liegen trotz ihrer ganz unterschiedlich wirkenden Tätigkeiten gemeinsame Fähigkeiten zugrunde, nämlich „Fragen stellen“ und „Probleme lösen“ (Reising, 2018, S. 22) und dennoch ist „das Feld der Forschung bei praktisch arbeitenden LogopädInnen z.T. negativ besetzt“ (Reising, 2018, S. 21). Die Bereiche der internen Evidenz rücken immer mehr in den

Fokus von Studien und Reviews, nicht zuletzt, da sie v.a. bei Berufsanfängerinnen und -anfängern in einem Ungleichgewicht zugunsten der externen Evidenz stehen, dargestellt in Abbildung 8 (Reising, 2015, S. 24).

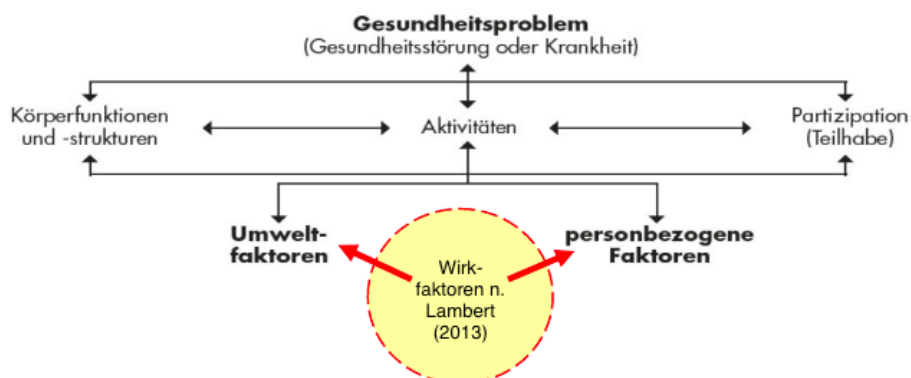
Abbildung 8: Verteilung der Integration externer und interner Evidenz im Rahmen der Stadien beruflicher Weiterentwicklung (in Anlehnung an Jacobs 2003)



Quelle: Reising 2015, S. 24

Besonders die Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale und die PTB, die den allgemeinen Wirkfaktoren zugeordnet werden können, sind von großem Interesse (Zimmermann, 2021, S. 18-19). Schneeberger (2018) nimmt für ihre Studie die Verknüpfung der Wirkfaktoren nach Lambert mit dem biopsychosozialen Modell als Basis und stützt sich auf die Annahme, diese im Bereich der Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren) einzubetten, siehe Abbildung 9.

Abbildung 9: Darstellung der Einbettung des Wirkfaktorenmodells (Lambert 2013) in das biopsychosoziale Modell



Quelle: Schneeberger 2018, S. 9

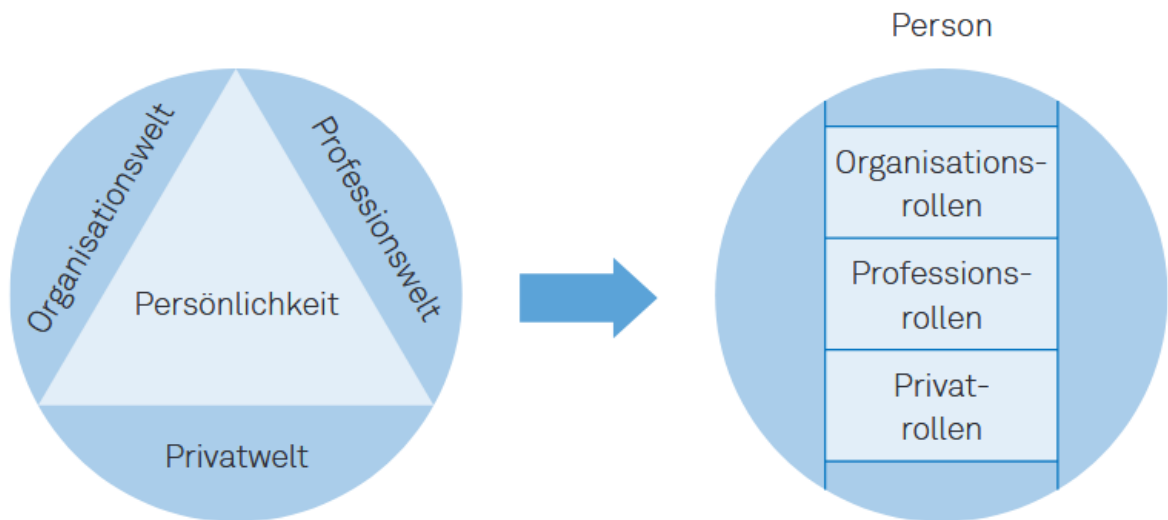
3 Therapeutische Kompetenz

In diesem Kapitel werden unter dem Begriff der „therapeutischen Kompetenz“ die Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale, die Therapiebeziehung und die therapeutische Kommunikation als Teilbereiche der common factors, die sich aus dem Modell nach Grencavage und Norcross (1990, zit. nach Beier, 2018, S. 207) ableiten lassen, zusammengefasst.

Um das Kompetenzprofil der österreichischen Gesundheitsberufe (Weiß et al., 2023) zu erfüllen, müssen Logopädinnen und Logopäden über insgesamt drei Kompetenzbereiche verfügen. Neben den „fachlich-methodischen und wissenschaftlichen Kompetenzen“ zählen ebenso die „sozialkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen“ zum Stärkeprofil der Berufsgruppe. Auf die Relevanz der „Kommunikationsfähigkeit“, welche sich u.a. dafür verantwortlich zeichnet, dass „Informations- und Aufklärungsgespräche professionell geführt und eine Vertrauensbasis zur Patientin bzw. zum Patienten oder den Angehörigen aufgebaut werden kann“ (S. 100-101) wird explizit hingewiesen.

Jenni (2018) bezieht sich in ihrem Beitrag über die starke Persönlichkeit als Ressource therapeutischer Kompetenz auf das Drei-Welten-Modell nach Schmidt, siehe Abbildung 10 (Schmidt, 2004, S. 179, zit. nach Jenni, 2018, S. 59). Dieses beschreibt die Entwicklung der Persönlichkeit „im Kontext der drei Welten Privat-, Professions- und Organisationswelt“ (Jenni, 2018, S. 59) und verweist auf die unterschiedlichen Herausforderungen, die jede der drei Welten, in der sich die Logopädin/der Logopäde bewegt, mit sich bringt. Sie postuliert, dass es primär darum geht, herauszufinden, welche der drei Welten die höchste Anforderung an die Persönlichkeit der Logopädin/des Logopäden stellt und welche Welt möglicherweise Veränderung verträgt und/oder als Ressource dienen kann. Sie beschreibt den inneren Kompass als Instrument, um sich der eigenen Verantwortlichkeit für die Persönlichkeitsweiterentwicklung bewusst zu werden und diese mit entsprechenden Maßnahmen umzusetzen. So kann die Logopädin/der Logopäde dem Ziel „in Richtung einer stabilen, starken Person, die einführend und engagiert im Beruf steht“ ein Stück näherkommen und ihre/seine therapeutische Kompetenz ausbauen (Jenni, 2018, S. 59-63).

Abbildung 10: Drei-Welten-Modell: Rollenmodel der Persönlichkeit (nach B. Schmid)



Quelle: Jenni 2018, S. 59

In diesem Kapitel soll ebendies herausgearbeitet werden: die Felder der therapeutischen Kompetenz, die für Logopädinnen und Logopäden im Rahmen des logopädischen Prozesses besonders relevant sind.

3.1 Begriffsdefinition

Der Begriff der therapeutischen Kompetenz findet v.a. in wissenschaftlichen Werken, die sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie beschäftigen, Erwähnung. Weck (2013) bezieht sich in seinen Ausführungen über die psychotherapeutischen Kompetenzen auf eine Definition der therapeutischen Kompetenzen nach Waltz et al. (Waltz et al. 1993, S. 620, zit. nach Weck, 2013, S. 10). Sie fokussiert die Behandlungsdurchführung und stützt sich dabei auf die Kernkompetenz der therapeutischen Fähigkeit innerhalb der Behandlungsumsetzung. Verschiedene Variablen, die Patientinnen und Patienten und all ihre im ICF abgebildeten Themenkomplexe beschreiben, werden als relevant erachtet, die Realisierung und das permanente im Blick haben der gemeinsam gesteckten Ziele durch die Therapeutin/den Therapeuten stehen in dieser Definition im Mittelpunkt (S. 10). Senger (2019) konstatiert, dass es in der Literatur eine Vielzahl an Herangehensweisen gibt, therapeutische Kompetenz zu beleuchten und unterscheidet primär zwischen „verfahrensabhängigen“ und „allgemeingültigen“ Definitionen. Auch findet in der Übersicht das Vermögen, eine nutzbringende therapeutische Beziehung herzustellen, Bedeutung (S. 17).

Das „Kompetenzprofil für Logopädie“ des dbl (Rausch et al., 2014, S. 5) und Degenkolb-Weyers (2016, S. 21) beziehen sich auf eine Beschreibung im DQR⁸ (Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen), welche „mit Kompetenz die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen bezeichnet, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Kompetenz wird in diesem Sinn als umfassende Handlungskompetenz verstanden“.

Jenni (2018) definiert die therapeutische Kompetenz mithilfe folgender Eigenschaften, über welche die Therapeutin verfügen soll: „positive Grundhaltung und Ausdauer, Begeisterungsfähigkeit und Überzeugungskraft, Verlässlichkeit und Kreativität, eine hohe psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) sowie eine hohe emotionale Kompetenz“ (S. 59).

3.2 Bereiche der therapeutischen Kompetenz

Die Arbeit mit Menschen, die aufgrund von Einschränkungen in Kommunikationsbelangen eine logopädische Therapie benötigen, erfordert in den Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmalen, der therapeutischen Beziehungsgestaltung und der therapeutischen Kommunikation eine hohe Kompetenz, um den logopädischen Prozess wirksam und effizient gestalten zu können. Da sich die Forschungslage zu allen Bereichen der therapeutischen Kompetenz nach wie vor stark an Forschungsergebnissen aus der Psychotherapie orientiert und im Kontext der Logopädie sowohl im qualitativen wie im quantitativen Sektor generell noch „in den Kinderschuhen befindet“ (Beier, 2018), wurden die im Kapitel 3 genannten drei Bereiche (die Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale, die Therapiebeziehung und die therapeutische Kommunikation) gewählt, da sie in der Literatur die hauptsächlich Erwähnten sind. Im Zeitraum der letzten Jahre finden sich in wissenschaftlichen Fachartikeln und Fachbüchern zu diesen Kompetenzausschnitten Beiträge, die relevant erscheinen.

In den nun folgenden Kapiteln wird auf die drei Bereiche der therapeutischen Kompetenz und Möglichkeiten, diese sichtbar zu machen, zu stärken und weiter zu entwickeln, näher eingegangen.

3.2.1 Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale

In dieser Darlegung werden unter therapeutischen Qualitäten synonym Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale verstanden. Beier (2018) versteht darunter die Eigenschaften und Kompetenzen im Verhalten der Logopädinnen und Logopäden, welche sie mit „Wertschätzung und Empathie, der Fähigkeit, positive Therapieerwartungen beim Patienten aufzubauen“ beschreibt (S. 208). Eine Patientinnen- und Patientenbefragung aus der Psychotherapie-Forschung auf die sich Wöller (2016) bezieht (Ackerman und Hilsenroth, 2001, zit. nach Wöller,

2016, S. 106) ergab weitere Therapeutinnen- und Therapeuteneigenschaften, die auch für den logopädischen Beziehungsaufbau hilfreich erscheinen: Flexibilität, Erfahrung, Ehrlichkeit, Respekt, Vertrauenswürdigkeit, Zuversicht, Interesse, Wachheit, Wärme und Offenheit, Responsivität, Akzeptanz und Präsenz (Wöller, 2016, S. 106). Zimmermann (2021) führt folgende therapeutische Qualitäten als grundlegend für eine von Patientinnen- und Patientenseite aus positiv erfahrene Therapiebeziehung an: Verständnis entgegenbringend, Liebenswürdigkeit und Freundlichkeit, Kompetenz, Motivation und Begeisterungsfähigkeit (S. 20). In einer Auflistung, die den Forschungsstand zu therapeutischen Eigenschaften aus Patientinnen- und Patienten-sicht darstellt, welche u.a. verantwortlich für eine „positiv erlebte therapeutische Beziehung“ sind, fasst Zimmermann (2021) in Abbildung 11 nun folgende Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale zusammen:

Abbildung 11: Therapeutische Qualitäten und Verhaltensweisen für eine positiv erlebte therapeutische Beziehung

Therapeutische Qualitäten	
Verständnisvoll sein	• PatientInnen ernst nehmen, individuelle Lebenswelten und Personen sehen (Fourie 2009) • Vermitteln, dass PatientInnen mehr sind als Personen mit Kommunikationsstörung (Plexico et al. 2010, van Leer & Connor 2010) • Echtes Interesse an individuellen Menschen zeigen (Plexico et al. 2010) • Empathisches Wahrnehmen und Verstehen der Situationen und psychosozialen Bedürfnisse (Lawton et al. 2018)
Liebenswertig/freundlich sein	• Zeit lassen, freundliche und offene Atmosphäre (Fourie 2009) • Empathische, ehrliche, freundliche, unterstützende Art sowie geduldige, fürsorgliche, nicht wertende und rücksichtsvolle Haltung (Plexico et al. 2010, Lawton et al. 2018)
Kompetent sein	• Sprachlich angepasste Vermittlung von Fachwissen (Fourie 2009) • Vorbereitet, pünktlich, Erfahrung und selbstbewusstes Auftreten (Plexico et al. 2010) • Realistische Informationen über Diagnose, Prognose, Verlauf und Therapieprozess (Lawton et al. 2018)
Motivierend/begeisterungsfähig sein	• Vertrauen und Zuversicht zeigen, leidenschaftlich und engagiert sein • TherapeutInnen glauben an PatientInnen, den therapeutischen Prozess und vermitteln Hoffnung (Fourie 2009, Lawton et al. 2018)

Quelle: Zimmermann 2021, S. 20

In ihren Schlussfolgerungen weist sie auf eine Erweiterung des bisherigen Wissens über die Beziehung in der Logopädie hin und geht auf die Ähnlichkeiten von „Patientinnen- und Patientenbedürfnisse hinsichtlich therapeutischer Qualitäten und Verhaltensweisen“ (S. 20) ein. Die

Äquivalente zeigen sich im Wunsch nach Nähe durch Kontakt, welcher als „echt, aufrichtig, freundlich, nicht wertend und fürsorglich“ (S. 20) bezeichnet wird.

Die Fähigkeiten, auf die sich Jenni (2018) stützt, um eine starke Persönlichkeit ausbilden zu können, beginnen mit der Ausbildung eines „Inneren Kompass“ (S. 62), der dafür sorgen soll, sich der eigenen Wünsche und Leitlinien bewusst zu werden und zu widmen (S. 63). Sie verwendet dafür Aussagen wie z.B. „Ich bin achtsam und präsent gegenüber allem, was mir begegnet. [...] Ich achte auf eine ausreichende Selbstsorge, weil ich nur anderen ein hilfreiches Gegenüber sein kann, wenn ich selbst gut für mich Sorge [...]“ (S. 63). Weitere unterstützende Fertigkeiten am Weg eine stabile Persönlichkeit zu bleiben oder zu werden, sind Reflexionsfähigkeit, Intuition, die Fähigkeit zum konstruktiven Dialog sowie die Emotionsregulation (S. 64). Ihre Vorschläge zum Ausbau dieser Qualitäten sind Programme aus unterschiedlichen Bereichen, u.a. empfiehlt sie „Übungen aus dem Achtsamkeitstraining nach Kabat-Zinn (2011)“, die „unterstützen die erste Beruhigung des aktivierten Gehirns“ (S. 68).

3.2.2 Therapie-Beziehung

Die Corona-Krise und die damit verbundenen Veränderungen im logopädischen Therapieangebot und -setting führte zur Auseinandersetzung mit der PTB unter völlig anderem Blickwinkel. Kontakteinschränkungen durch Schutzvorrichtungen und Masken stellten die Wertigkeit der PTB als Möglichkeit, den Kontakt auch unter schwierigen Situationen aufrecht erhalten zu können in den Fokus. Wanetschka et al (2020) gehen der Frage nach, welche Werkzeuge und Bedingungen in der Beziehungspflege- und Aufrechterhaltung einsetzbar sind oder nicht und bringt die PTB als „Krisenbewältigungsinstrument“ noch einmal mehr ins Zentrum der logopädischen Therapie (S. 10).

Der dbI veranstaltete 2021 ein Symposium mit Titel „Beziehung: Professionelle Beziehungsgestaltung – viel mehr als nur nett!“ und gestaltete ein Sonderheft zum Thema „Therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“ plus das Installieren einer Arbeitsgruppe zu ebendiesem Bereich: Netzwerk „Therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“ (dbI, 2023) ergänzten den Themenschwerpunkt PTB. Das Thema steht weiterhin im Fokus der wissenschaftlichen Auseinandersetzung: Im September 2024 findet eine Fachtagung mit Titel „Beziehungsweisen“ - Wirkfaktor Beziehung in der Logopädie und Sprachtherapie“ in Osnabrück statt. Vortragende sind u.a. Wanetschka, die sich mit dem Thema „Therapeutische Beziehung in der Ausbildung“ (Wanetschka, 2021) beschäftigt bzw. Hansen, die ihre Dissertation zur „Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse“ verfasst und sich mit therapeutischer Beziehungsge-

staltung auseinandersetzt. Hansen und Grohnfeldt (2018) geben in ihrem Artikel zur „therapeutischen Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“ einen Überblick über Forschungsergebnisse und Göldner, Hansen und Wanetschka entwerfen zur therapeutischen Beziehung in der Sprachtherapie auf Grundlage einer Übersicht über aktuelle Psychotherapie Forschungsergebnisse ein eigenes Modell (Göldner et al, 2017). In Beiers Kapitel „Zur Beziehung von Befund und Befinden in der evidenzbasierten Logopädie – ein Plädoyer für die Betrachtung allgemeiner Wirkfaktoren“ findet die therapeutische Beziehung als ein Teil der common factors Erwähnung. Jenni & Steiner (2018) beziehen sich auf Carl R. Rogers, für den es die Beziehung ist, welche die Heilung bringt. Er vertritt die Theorie der drei Grundhaltungen, welche für eine gesunde Entwicklung und Beziehung stehen: „Die bedingungslose positive Zuwendung und Wertschätzung, die Empathie und die Kongruenz“ (S. 82).

Die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung im Kontext der allgemeinen Wirkfaktoren und ihre Veränderbarkeit wird von Schneeberger (2018) in ihrer Masterarbeit unter zu Hilfenahme zweier Studien mit eindeutigen Ergebnissen belegt. Die ersten Ergebnisse zum Einfluss von Kontextfaktoren mit besonderem Fokus auf die therapeutische Beziehung erhält sie über die Auswertung von 34 online-Fragebögen, die von Sprachtherapeutinnen ausgefüllt wurden. Der Einfluss der allgemeinen Wirkfaktoren wird von 59% als „deutlich“ beurteilt, je 21% bezeichnen ihn als „merkbar“ bzw. „sehr stark“. Die Rolle der Patientinnen/Patienten-Therapeutinnen/Therapeuten-Beziehung (PTB) wird als einer von drei wichtigen Faktoren genannt und bildet

nach der Einschätzung der TN die Grundlage jeder Therapie. Viele Therapeuten finden Begründungen dafür, in welcher Weise die Attribute der PTB auf den Therapieerfolg wirken. Sie bezeichnen eine gute PTB als ausschlaggebend für „Erfolg, Fortschritt, Wirksamkeit, Effektivität, Effizienz, Entwicklung, Lernen“ und weitere. Dieser Bereich wird mit 47% am häufigsten aufgeführt. (S. 34)

Der Einfluss der PTB auf die Therapiewirksamkeit wird von den Teilnehmerinnen als sehr hoher Faktor angenommen (S. 35).

Im zweiten Durchgang gewann sie ihre Ergebnisse durch ein Experiment. Die PTB wurde anfänglich durch spezielle Kommunikationsanweisungen der Therapeutin/des Therapeuten in Form von Reflexions-Fragen zu Beginn und Ende der Therapie zu verändern versucht. Zudem fanden Interviews aller Teilnehmenden vor und nach dem Interventions-Zeitraum statt Die positive Beeinflussbarkeit der PTB lediglich aufgrund von kleinen Veränderungen der Fragestellungen durch die Therapeutin/den Therapeuten konnte nachgewiesen werden (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12:Veränderungen durch die „minimale Intervention“. Angaben von Therapeutinnen in roter Farbe, Angaben der Patienten in oranger Farbe.



Quelle: Schneeberger 2018, S. 72

3.2.3 Therapeutische Kommunikation

Mittels der therapeutischen Kommunikation, die eine Kernkompetenz der Logopädinnen und Logopäden darstellt, werden die beiden oben genannten Fertigkeiten verbunden. „Die therapeutische Kommunikation wird durch die besondere Situation des Behandelns und des Behandeltwerdens bestimmt“ (Dehn-Hindenber, 2008, S. 29). Auf die therapeutische Kommunikation können Faktoren Einfluss nehmen, die u.a. aus der Emotionsregulation, der therapeutischen Beziehung oder aus Umgebungsfaktoren kommen können (S. 29-30). Eine therapeutische Kommunikation trifft auf Gesprächssituationen zu, die „vor/während/nach der Situation des Behandelns“ (S. 30) stattfinden und Persönliches der Patientinnen und Patienten einfließen lässt, eine therapeutische Beratung passiert und/oder psychische bzw. soziale Gegebenheiten im Fokus des Gesprächs liegen (S. 30).

Dehn-Hindenberg (2007) erhebt in ihrer Studie, in der sie über 13 teilnehmende Praxen und damit 93 Patientinnen und Patienten befragen konnte, die Bedürfnisse der zu behandelnden Personen in der Logopädie. Einen zentralen Punkt stellen die „kommunikativen und psycho-emotionalen Faktoren dar, die am stärksten mit Fachkompetenz verbunden werden [...], dies sind insbesondere Erklärungen und Informationen sowie das Erkennen von Patientenbedürfnissen“ (S. 29). Sie konstatiert außerdem: „Die Ergebnisse dieser Untersuchung belegen die große Bedeutung der Kommunikationsqualität und der empathischen Fähigkeiten der Logopäden“ (S. 31).

Göldner et al. (2017) verweisen in ihren Ausführungen auf die Herstellung einer therapeutischen Basis mittels Kommunikation und beschreiben die sozial-kommunikativen Kompetenzen, die als Brücke zu den zu behandelnden Personen fungieren sollen (S. 15). Haid & Steiner (2022) verweisen dezidiert auf die Pflege und den Ausbau der Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit im Bereich der sozialen Evidenz und betonen die therapeutische Kommunikation mit Patientinnen und Patienten im Sinne deren eigener Expertise für sich selbst (Haid & Steiner, S.10). Von „Kommunikation als Träger gelingender therapeutischer Interaktion“ spricht Beier (2018) in ihren Ausführungen zum inhaltlichen Transport von Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit im Sinne der ICF geleiteten Bemühungen von der Therapeutin/dem Therapeuten zur zu behandelnden Person (S. 202). In Dehn-Hindenbergs Buch „Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie“ (2008) finden sich mehrere Kapitel zum Thema Kommunikation. Diese behandeln die „Gesundheitskommunikation als Forschungsbereich“, die „Aufgabe und Funktion von Kommunikation“ bis hin zur „Ausbildung von Kommunikationskompetenzen“ und damit die wesentlichen Eckpfeiler der therapeutischen Kommunikation. Im Beitrag „Ressourcen auf der Mikroebene“ geht Jenni (2018) auf die Fähigkeit zum Dialog als eine essenzielle Grundlagenkompetenz ein. Sie beschreibt die Wichtigkeit für Therapeutinnen und Therapeuten in ihrer Fachtätigkeit und den Dialog als einen Baustein für das eigene persönliche Weiterkommen (S. 65). Auf die „eigene Haltung als Basis für die Zusammenarbeit“ innerhalb der Kommunikationsgestaltung geht Herter-Ehlers (2021) in ihrem Buch ein. Sie beschreibt diese wie folgt:

Eine respektvolle, wertschätzende und empathische Haltung ermöglicht den Aufbau einer vertrauensvollen (Arbeits-)Beziehung und eine zugewandte Körperhaltung vermittelt Patienten das „Präsentsein“ als Zuhörer sowie die Offenheit für ihre Anliegen und Wünsche [...] Wichtig ist das Bewusstsein, dass die Beziehung zwischen Ihnen als Therapeut oder Pflegefachkraft und dem Patienten einen sehr großen Anteil am Gelingen der Kommunikation hat. (Tewes, 2015 zit. nach Herter-Ehlers, 2021, S. 4)

4 Achtsamkeit

Seit Jon Kabat-Zinn 1979 (Schmidt, 2015, S. 32) das Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)-Programm entwickelte, wurde der Begriff „Achtsamkeit“ von vielen Seiten wissenschaftlich beleuchtet, erforscht und die Wirkung im Kontext der Stressreduktion untersucht. Achtsamkeitsbasierte Programme haben in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen und sich als zentrales Konzept in der Stressbewältigung und persönlichen Entwicklung etabliert. Hölzel & Brähler (2015) nennen als einen möglichen Grund für diesen „Hype“ die generell zunehmend säkulare Entwicklung, in der „unsere psychospirituellen Bedürfnisse nicht mehr gestillt“ werden (S. 7). Eine weitere Erklärung für die Popularisierung des Konzeptes und der charakteristischen Praxis der Achtsamkeit ist lt. Schmidt (2015) der Anwendung und wissenschaftlichen Erforschung in klinischen Bereichen wie Medizin, Psychologie und Neurowissenschaften sowie der Ausweitung der Anwendungsfelder auf Bildungseinrichtungen und Arbeitsplätze geschuldet (S. 21).

Diese Vielzahl an Einsatzmöglichkeiten ist ein Grund für den variablen Gebrauch und das unterschiedliche Verständnis des Begriffs und die daraus resultierende, differenziert zu betrachtende Nomenklatur (Bristow, 2018). Dieses Kapitel dient der Erläuterung und Definition des Begriffs der Achtsamkeit und der Darlegung des aktuellen Forschungsstandes mit dem Ziel, ein fundiertes Verständnis über die Geschichte der Achtsamkeit und ihre Implementierung aus der östlichen in die westliche Kultur zu erlangen. Des Weiteren wird ihre derzeitige Positionierung in verschiedenen Kontexten vermittelt. Ebenso wird die Herleitung des Selbstmitgefühls aus der Achtsamkeit thematisiert, erklärt und auf die aktuelle Studienlage eingegangen. Insbesondere soll die Verknüpfung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl mit der Tätigkeit der Gesundheitsberufe generell und ihre spezifische Anwendung im therapeutischen Setting beleuchtet werden, um für den empirischen Teil der Masterarbeit den nötigen theoretischen Hintergrund zu schaffen.

4.1 Begriffsbestimmung

Achtsamkeit hat längst auch in den allgemeinen und alltäglichen Sprachgebrauch Einzug gehalten, wie z.B. in einer Ansage der Wiener Verkehrsbetriebe: „Seien Sie achtsam! Andere Fahrgäste benötigen Ihren Sitzplatz vielleicht notwendiger.“ Der Ausdruck wird in sehr unterschiedlichen Bezugsrahmen verwendet, Bristow (2018) beschreibt zehn gängige Themenfelder, die von Achtsamkeit geprägt sind und deutlich machen, wie vielfältig sich der Begriff darstellt. Im Folgenden werden einige daraus zum besseren Vorstellungsvermögen dargelegt:

- Mit dem Wort „achtsam“ wird ein Zustand des Bewusstseins mit charakteristischen Qualitäten wie z.B. intentional, präsent, freundlich, offen, fürsorglich, neugierig betitelt.

- Wird Achtsamkeit als Eigenschaft gesehen, würde man sie mit „sich einer Sache bewusst sein“ oder „rücksichtsvolles Verhalten“ erklären.
- Über Achtsamkeit wird ebenso gesprochen als eine grundlegende menschliche Fähigkeit, die durch Übung kultiviert werden kann.
- Sie ist eine regelmäßige Praxis wie formelle Meditation und achtsame Pausen oder eine informelle Praxis wie das Erinnern an Achtsamkeit auf den Alltag bezogen.
- Der Begriff kann sich außerdem auf eine „Werkzeugkiste“ beziehen, die dazu dient, um sich mit Hilfe verschiedener Tools wie Aufmerksamkeitstraining, Selbstmitgefühls- oder Visualisierungsübungen besser zu fokussieren.
- Achtsamkeit wird ebenso als eine Art Training oder Intervention bezeichnet, die mithilfe von absichtlicher Kultivierung den „trait and state of mindfulness“ erreicht.
- Weiters wird der Begriff als eine Art von Entschuldigung für wenig Rücksichtnahme und versehentlich gedankenlosem oder verletzendem Handeln im Sinne von „das war nicht sehr achtsam von mir“ verwendet.
- Über Achtsamkeit wird auch als soziale Bewegung gesprochen, als kulturelles Phänomen, als Beispiel dafür, ein gemeinsames, positives Klima oder Umfeld generiert zu haben.
- Schlussendlich ist der Begriff in aller Munde, wenn über den Versuch, die Wirkung von Achtsamkeit auf ein evidenzbasiertes Niveau zu bringen, Forschungsergebnisse präsentiert werden (Bristow, 2018).

4.2 Begriffsdefinition

Der aus dem Englischen stammende Begriff „*mindfulness*“ wird in der deutschen Sprache mit „*Achtsamkeit*“ übersetzt und bedeutet lt. Duden „*das Achtsamsein; achtsames Wesen, Verhalten*“ (Duden online, 2024). Ein kurzer Blick in die Geschichte: Der Ursprung des Begriffs findet sich im Buddhismus und wird mit dem Wort „*sati*“ schriftlich festgehalten. Mit *sati* wird eine der zwei Komponenten des deutschen Achtsamkeitsbegriffs betitelt und nachstehend erläutert: „*Sati kann folglich als ein Zustand des Gewahrseins des gegenwärtigen Augenblicks beschrieben werden, indem der Geist [...] beobachtet, ohne einzugreifen*“ (Schmidt, 2015, S. 24) und ist somit „*reines Beobachten, Vergegenwärtigung*“, womit hier der spezifische Geistesfaktor gemeint ist. Der zweite Faktor ist die Praxis der Achtsamkeit. Diese schließt das „*wachsame (Selbst-)Beobachten*“ ein, welches das Bewusstsein schafft, dass wir das Abschweifen während einer Übung bemerken. Zudem wird ihr die „*kümmernde Fürsorge*“ zugeordnet, die für das ernsthafte und zugewandte Stabilisieren der Übung verantwortlich ist (Schmidt, 2015, S. 25). Der Import des buddhistischen Gedankenguts in den Westen erfolgte

über Migrantinnen und Migranten aus Gesellschaften mit buddhistischen Prägungen, beispielsweise durch Mönche wie Tich Nhat Hanh, der einer der Lehrer von Jon Kabat-Zinn war, welcher sich gerne auf ihn bezog (Kabat-Zinn, 2013, S. 719). Meist waren es auch höher gebildete Touristinnen und Touristen, die vorrangig mit der Verbreitung von Achtsamkeit und Meditation in westlichen Ländern in Verbindung gebracht werden. Die Anfänge werden bereits im 19. Jahrhundert dokumentiert, die Hauptströmung, auf die sich der aktuelle Hype bezieht, vollzog sich jedoch erst in den 1970er Jahren vorrangig in den USA (Schmidt, 2015, S. 31). Durch die Entwicklung des MBSR Konzeptes gelang eine ganz andere Ausrichtung, nämlich die der Wissenschaftlichkeit. Die Nutzung von Achtsamkeit im modernen westlichen Kontext ist aktuell eine vielfältige und demnach kann sich die Verwendung des Begriffs auf unterschiedliche Bezüge und Bedeutungen beziehen (Schmidt, 2015, S. 33).

Die Definition von Achtsamkeit variiert also je nach wissenschaftlichem und kulturellem Kontext, da unterschiedliche Disziplinen das Konzept aus ihren spezifischen Perspektiven interpretieren. Im Folgenden werden die wichtigsten Ansätze zur Definition von Achtsamkeit erläutert, die in der westlichen Forschung und Praxis dominieren.

4.2.1 Achtsamkeit nach Jon Kabat-Zinn

Einen der am häufigsten zitierten Ansätze zur Definition von Achtsamkeit liefert Jon Kabat-Zinn. Nach ihm ist Achtsamkeit „die Kunst, bewusst zu leben“ (Kabat-Zinn, 2019, S. 22) und die Fähigkeit, „der Gegenwart unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden, ohne zu urteilen“ (Kabat-Zinn, 2013, S. 59). Dieser Ansatz hebt zwei zentrale Komponenten hervor: erstens die bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit auf das, was im gegenwärtigen Moment geschieht, und zweitens die Haltung der Akzeptanz und des Nicht-Wertens gegenüber diesen Erfahrungen. Kabat-Zinn betont, dass jede Person die Fähigkeit zur Achtsamkeit hat und diese durch Übung kultivieren kann. Durch die Konzentration der „verstreuten, inneren Energie“ kann diese nutzbar gemacht werden und „wir lernen, innerlich ruhig zu werden und in einen Zustand tiefer, anhaltender Entspannung und innerer Harmonie zu kommen, in dem wir uns wieder ganz und als Ganzes, das heißt in unserer Heilheit und Vollständigkeit als Person spüren“ (Kabat-Zinn, 2013, S. 59). Achtsamkeit ist also nicht nur eine Technik zur Stressbewältigung, sondern eine Haltung des „Seins“, die sich auf alle Aspekte des Lebens anwenden lässt.

Um die Achtsamkeitsmeditation in einer besonderen Haltung, welche bereits ein Teil der Übung selbst ist, durchführen zu können, hat Jon Kabat-Zinn „sieben Säulen der inneren Einstellung“ entwickelt (Kabat-Zinn, 2013, S. 88):

1. Nicht-Urteilen
2. Geduld
3. Den Geist des Anfängers bewahren
4. Vertrauen
5. Nicht-Erzwingen
6. Akzeptanz
7. Loslassen

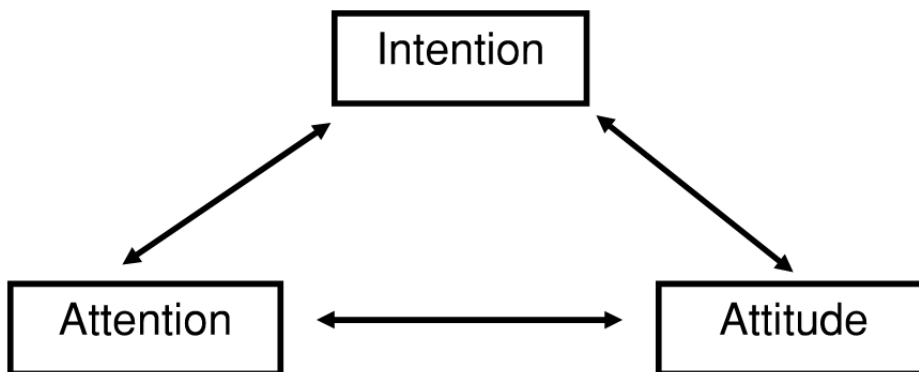
Jeder Aspekt ist mit den anderen unmittelbar verbunden und alle gemeinsam bilden „die Grundlage für die Ausbildung einer stabilen individuellen Meditationspraxis“ (Kabat-Zinn, 2013, S. 88).

4.2.2 Der kognitiv-behaviorale Zugang zu Achtsamkeit

Das Zwei-Komponenten-Modell nach Bishop et al. (2004) führt als erste Komponente die Selbstregulation der Aufmerksamkeit mit Fokus auf das unmittelbar Erfahrene und die damit verbundene höhere Wahrnehmung im gegenwärtigen Moment an. Die zweite Komponente nimmt die grundsätzlich verankerte Haltung mit auf, welche die eigenen Erfahrungen im gegenwärtigen Moment betrifft. Diese Haltung ist „durch Neugier, Offenheit und Akzeptanz gekennzeichnet“ (S. 232). Beide Komponenten werden in Beziehung zur Verhaltens- und Erlebnismerkmalen und den verknüpften psychologischen Prozessen gebracht (Bishop et al., 2004, S. 232).

Shapiro et al. (2006) integrieren in ihrer Interpretation von Achtsamkeit einen weiteren Aspekt in das oben erläuterte Modell nach Bishop et al.. Sie fügen der Aufmerksamkeit (engl. *attention*) und Haltung (engl. *attitude*) die Intention (engl. *intention*) hinzu („IAA Modell“, siehe Abbildung 13) und schaffen damit eine Ebene der bewussten Absicht auf die Lenkung der Aufmerksamkeit. Die drei Bestandteile des IAA Modells sind nicht getrennt beurteilbar oder ausführbar, sie sind „miteinander verwobene Aspekte eines einzigen zyklischen Prozesses und treten gleichzeitig auf. Achtsamkeit ist ein „Moment-zu-Moment-Prozess“ (Shapiro et al., 2006, S. 275). Es wird mittels der Kreierung dieses Modells versucht zu beschreiben, „wie Achtsamkeit Transformation und Veränderung fördern könnte“ (Shapiro et al., 2006, S. 384-385).

Abbildung 13: The three axioms of mindfulness



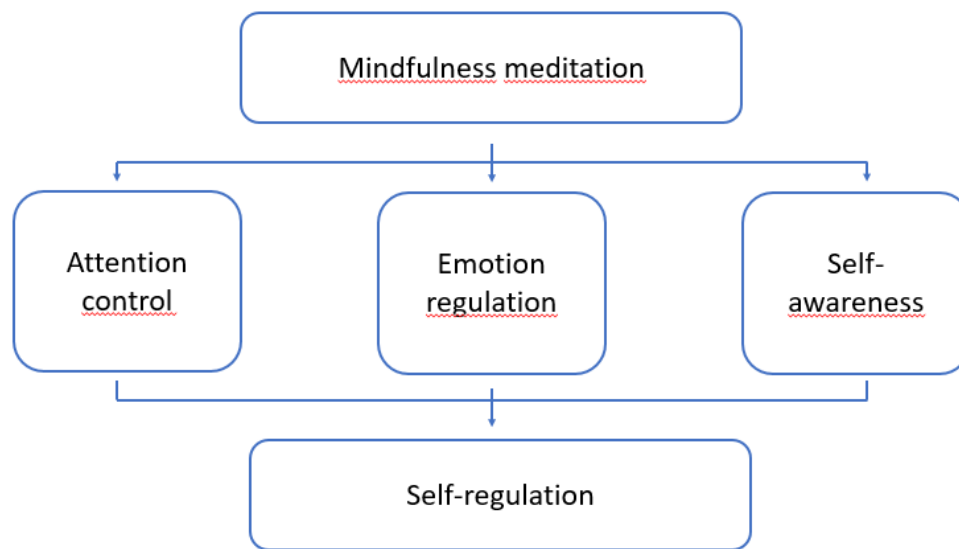
Quelle: Shapiro et al. 2006, S. 375

4.2.3 Achtsamkeit aus der neurobiologischen Sicht

Die neurobiologische Forschung hat primär zum Ziel, messbare Veränderungen im Gehirn zu finden, um die Wirkung von Achtsamkeit objektivieren zu können. Studien zeigen, dass regelmäßige Achtsamkeitspraxis die Dichte der grauen Substanz in Bereichen des Gehirns erhöht, die mit emotionaler Regulierung, Gedächtnis und Selbstwahrnehmung verbunden sind (Mora Álvarez et al., 2023, S. 1; Tang et al., 2015, S. 2). Betrachtet man Achtsamkeit aus dieser Perspektive, wird sie nicht nur als eine Technik, sondern auch als physiologischer Zustand verstanden, der zu nachhaltigen neuroplastischen Veränderungen führen kann. Die Wirkung von Achtsamkeitsmeditation beruht nach dem Modell von Tang et al. (siehe Abbildung 14) auf den nachfolgend aufgezählten drei Komponenten und führt zu einer erhöhten Fähigkeit zur Selbstregulation:

- Stärkung der Aufmerksamkeitsregulation (Attention control)
- Verbesserung der Emotionsregulation (Emotion regulation)
- Wirkung auf Veränderungen in der Selbstwahrnehmung (Selfawareness)

Abbildung 14: Mindfulness meditation – three different stages of practice

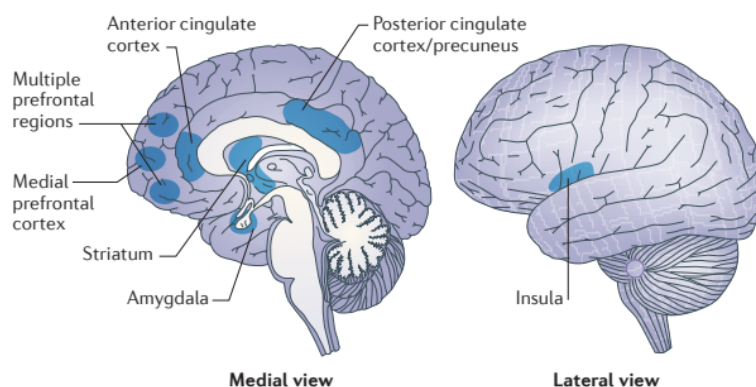


Quelle: Tang et al. 2015, S. 2 (eigene Darstellung)

Diese Definition ergänzt die kognitiv-behavioralen und spirituellen Ansätze um eine biologische Komponente, die den Effekt der Achtsamkeit auf das Nervensystem verdeutlicht. Abbildung 15 bildet die Gehirnregionen ab, in denen Aktivität während der Achtsamkeitsmeditation (*Mindfulness meditation*) messbar wird. In Anlehnung an obiges Modell (Abbildung 14) können folgende Gehirnregionen zugeordnet werden:

- **Aufmerksamkeitskontrolle:** anteriorer cingulärer Cortex und Striatum
- **Emotionsregulation:** mehrere präfrontale Regionen, limbisches System (bestehend aus Amygdala, Hippocampus, Gyrus cinguli und Fornix) und Striatum
- **Selbstwahrnehmung:** Insula, medialer präfrontaler Cortex, posteriorer cingulärer Cortex und Präcuneus

Abbildung 15: Darstellung der Gehirnregionen, die während der Achtsamkeitsmeditation aktiviert werden



Quelle: Tang et al. 2015, S. 5

4.2.4 Achtsamkeit aus der Perspektive der Erfahrung

Neben den in den obigen Beiträgen erläuterten formalen Definitionen gibt es auch pragmatische Ansätze, die Achtsamkeit als eine Lebensweise betrachten und auf die alltägliche Praxis hinweisen. Germer (2019) sieht Achtsamkeit als eine Fähigkeit, die sich „auf die Erfahrung eines Menschen – eine Empfindung, einen Gedanken, ein Gefühl“ bezieht (S. 15). Valtl (2018) bezieht die persönlichen und teilweise sehr vielfältigen und divergenten Erfahrungsqualitäten, über welche Personen mit regelmäßiger Achtsamkeitspraxis berichten, auf drei Ursachen:

- 1. Achtsamkeit ist ein Bewusstseinsfaktor, der sich mit (fast) jeder menschlichen Handlung und Erfahrung verbinden und diese prägen kann. Die Diversität der Beschreibungen zeigt damit an, in wie vielfältiger Weise Achtsamkeit in das menschliche Leben eingewoben ist.*
- 2. Achtsamkeit ist ein allgemein menschliches Potenzial, das individuell in unterschiedlicher Weise aktualisiert wird, je nach individuellen Lerngelegenheiten, Lebensumständen und situativen Herausforderungen.*
- 3. Um Achtsamkeit persönlich zu verstehen, brauchen wir nicht zwingend eine präzise Definition, sondern es genügen Hinweise auf ihre (je individuellen) Erfahrungsqualitäten, durch die Achtsamkeit im eigenen Erleben identifiziert und weiter exploriert werden kann. (S. 5)*

Durch die formale Praxis der Achtsamkeitsmeditation oder durch die informelle Praxis, wie eine achtsame Pause, das achtsame Gehen, Riechen oder Essen, wird Achtsamkeit kultiviert und individuelle Erfahrungen werden gesammelt. Sie wird damit zusätzlich zum Verständnis einer meditativen Technik als eine Haltung begriffen, die aus unterschiedlichsten Gründen in den Alltag integriert wird (Valtl, 2018, S. 5).

4.3 Selbstmitgefühl

„Selbstmitgefühl ist kein höherer Zustand, den man erst nach Jahren des Meditierens erreichen kann. Zunächst einmal bedeutet es schlicht und einfach, sich selbst eine gute Freundin zu sein“ (Neff, 2022, S. 27). Mit diesem Satz beschreibt Neff ihren Zugang zu dem wichtigen Konzept des Selbstmitgefühls. Es ist aus der Achtsamkeit heraus entstanden und korreliert eng mit ihr, verfolgt jedoch einen anderen Schwerpunkt als die Achtsamkeit. Achtsamkeit ist gewissermaßen eine Voraussetzung für die Entwicklung von Selbstmitgefühl, da erst durch das achtsame Gewahrsein das Erkennen von Leid möglich wird. „Sie [die Achtsamkeit] ermöglicht es uns, unsere Erfahrung auch dann als wahr anzunehmen, wenn sie unangenehm ist“ (Neff & Germer, 2013, S. 304). Die Autorin und der Autor konstatieren, dass besonders das Aushalten schwieriger Situationen durch das Aufbringen von Selbstmitgefühl leichter wird, und das Verhaften in Selbstkritik oder Selbstzerstörung verhindert werden kann (Neff & Germer, 2013, S. 304).

Ein differenzierter Blick auf die beiden Konzepte zeigt, dass das Selbstmitgefühl „auf ein ausgewogenes Gewahrsein der negativen Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit dem eigenen Leid“ setzt und damit einen anderen Blickwinkel verfolgt als die Perspektive der Achtsamkeit. Diese konzentriert sich prinzipiell auf „die Fähigkeit, jeder Erfahrung - also positiven, negativen und neutralen Erfahrungen - in Akzeptanz und Gleichmut Aufmerksamkeit zu schenken“ (Neff & Germer, 2013, S. 305).

Um den Unterschied von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl noch eindeutiger erläutern zu können, kann das folgende Beispiel hilfreich sein:

Achtsamkeit konzentriert sich eher auf das innere Erleben (Empfindungen, Emotionen, Gedanken) als auf den Erlebenden selbst. So würde sich beispielsweise im Falle von Rückenschmerzen die achtsame Aufmerksamkeit auf eine Veränderung der Schmerzempfindungen richten und dabei vielleicht einen stechenden, brennenden Schmerz feststellen, während sich Selbstmitgefühl eher auf die Person richtet, die unter Rückenschmerzen leidet. (Neff & Germer, 2013, S. 305)

Schlussendlich kann zusammenfassend das Konstrukt des Selbstmitgefühls charakterisiert werden als die Sorge und das Bewusstsein des Spendens von Trost und Unterstützung an sich selbst, also „das eigene Ich“, in herausfordernden Situationen und Begebenheiten und das Erinnern daran, dass leidvolle Erfahrungen generell „Teil des Menschseins sind“. (Neff & Germer, 2013, S. 305).

Neff ist die Pionierin der Selbstmitgefühls-Forschung, welche in den letzten zehn Jahren massiven Zuwachs erfahren hat (Neff, 2023, S. 197). Sie konstruiert das „theoretische Modell des Selbstmitgefühls“ (Neff, 2023, S. 193), welchem sie sechs Elemente zuordnet:

- erhöhte Selbstfreundlichkeit
- geteilte Menschlichkeit
- Achtsamkeit
- reduzierte Selbstverurteilung
- Isolation
- Überidentifikation

Ihre „Ausdrucksformen des Selbstmitgefühls“ vermitteln Kompetenzen, auf die Praktizierende Zugriff haben und ihnen in der Frage „Was brauche ich in diesem Moment?“ hilfreich zur Verfügung stehen können. Sie beziehen sich auf die drei Grundaussagen zum Selbstmitgefühl:

- 1. Freundlichkeit zu sich selbst**
- 2. Geteilte Menschlichkeit**
- 3. Achtsamkeit**

Diese drei Komponenten können in Kombination als ganzheitliche Darstellung des Selbstmitgefühls betrachtet werden und sind in Tabelle 1 dargestellt (Neff, 2022, S. 48-50).

Tabelle 1:.....Ausdrucksformen des Selbstmitgefühls, eigene Darstellung

ZIEL	Freundlichkeit zu sich selbst	Geteilte Menschlichkeit	Achtsamkeit
Sanft (halten)	Liebe	Verbundenheit	Präsenz
Kraftvoll (beschützen)	Mut	Handlungsfähigkeit	Klarheit
Kraftvoll (versorgen)	Erfüllung	Ausbalanciertheit	Authentizität
Kraftvoll (motivieren)	Ermutigung	Verständnis	Weitblick

Quelle: Neff 2022, S. 50

Germer spricht von Selbstmitgefühl als „eine Form der Akzeptanz“, durch die wir erreichen können, „dass wir uns selbst dieselbe Freundlichkeit entgegenbringen, mit der wir uns um andere kümmern würden“ (Germer, 2019, S. 48 - 49). Die fünf Wege, die für Selbstmitgefühl im Leben sorgen können, liegen lt. Germer (2019, S. 132) auf unterschiedlichen Ebenen und werden in Tabelle 2 veranschaulicht:

Tabelle 2:.....Die fünf Wege zum Selbstmitgefühl nach Germer, eigene Darstellung

Die körperliche Ebene	den Körper entkrampfen
Die mentale Ebene	Gedanken zulassen
Die emotionale Ebene	mit den eigenen Gefühlen Freundschaft schließen
Die spirituelle Ebene	den Geist nähren
Die Beziehungsebene	mit anderen in Beziehung treten

Quelle: Germer 2019, S. 132

Jede dieser Ebenen bietet sich an, um in eine intensive Praxis einzutauchen und Selbstmitgefühl zu erlernen. Kristin Neff und Christopher Germer haben 2012 mit der Entwicklung ihres mittlerweile weltweit bekannten und gelehrten Programms „Mindfulness self compassion“ (MSC) eine Möglichkeit gefunden, über das Format eines acht Wochen Kurses Selbstmitgefühl im alltäglichen Leben zu implementieren.

Neff und Germer definieren als Ergebnis ihrer Forschung folgende Säulen des achtsamen Selbstmitgefühls (Strohbach & Zika, 2023, S. 134):

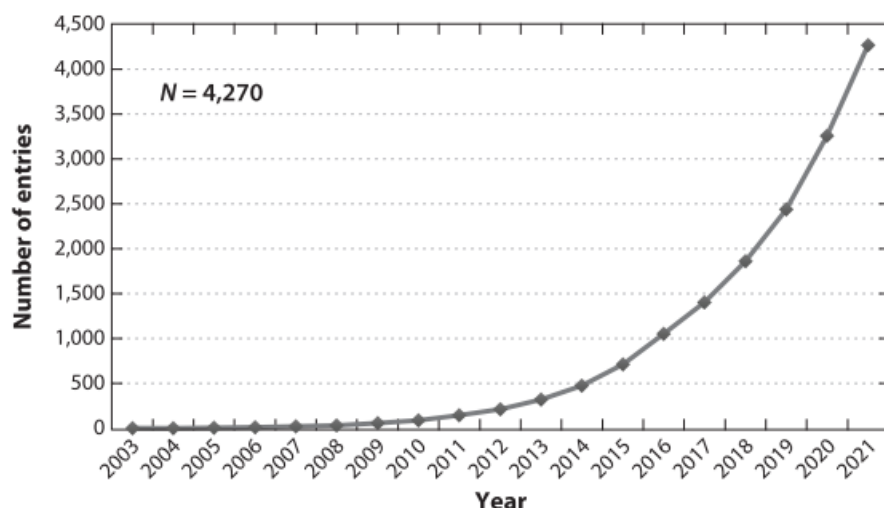
- Achtsamkeit statt Überidentifikation
- Gemeinsames Menschsein statt Isolation
- Selbstfreundlichkeit statt Selbstkritik

Diese drei Säulen fungieren als eine Art Kompass, wenn es um das „Ausbilden der eigenen Fähigkeit, sich selbst und anderen achtsam, wohlwollend und freundlich zu begegnen“ (Strohbach & Zika, 2023, S. 134) geht. Eine Vielzahl an empirischen Studien weist seit 2003, dem Beginn der Forschung Neffs zum Selbstmitgefühl, darauf hin, dass das achtsame Selbstmitgefühl „eine produktive Möglichkeit ist, sich belastenden Gedanken und Emotionen zu nähern, die geistiges und körperliches Wohlbefinden hervorruft“ (Neff, 2023, S. 193).

Basierend auf und ausgehend von dem MSC Programm wurden weitere Kursformate entwickelt, einige, im deutschsprachigen Raum bekannte sind: „Mindfulness-Based Compassionate Living“ (MBCL), 2007 vom niederländischen Psychiater und Psychotherapeuten Dr. Erik van den Brik und dem Meditationslehrer und Psychiatriepfleger Frits Koster gegründet. „Mindfulness-Based Pain Management | Breathworks“ (MBPM), welches 2001 von Vidyamala Burch mit Gary Hennessey und Sona Fricker erschaffen wurde (Kirchmayr, 2024).

Die Abbildung 16 soll verdeutlichen, wie rasant die Forschung tatsächlich angestiegen ist und die nachfolgende Ausführung bietet einen kurzen Ausblick in die Interpretationen der Ergebnisse durch Kristin Neff.

Abbildung 16: Überblick über Fachliteratur und Studien zum Thema Selbstmitgefühl 2003 - 2021



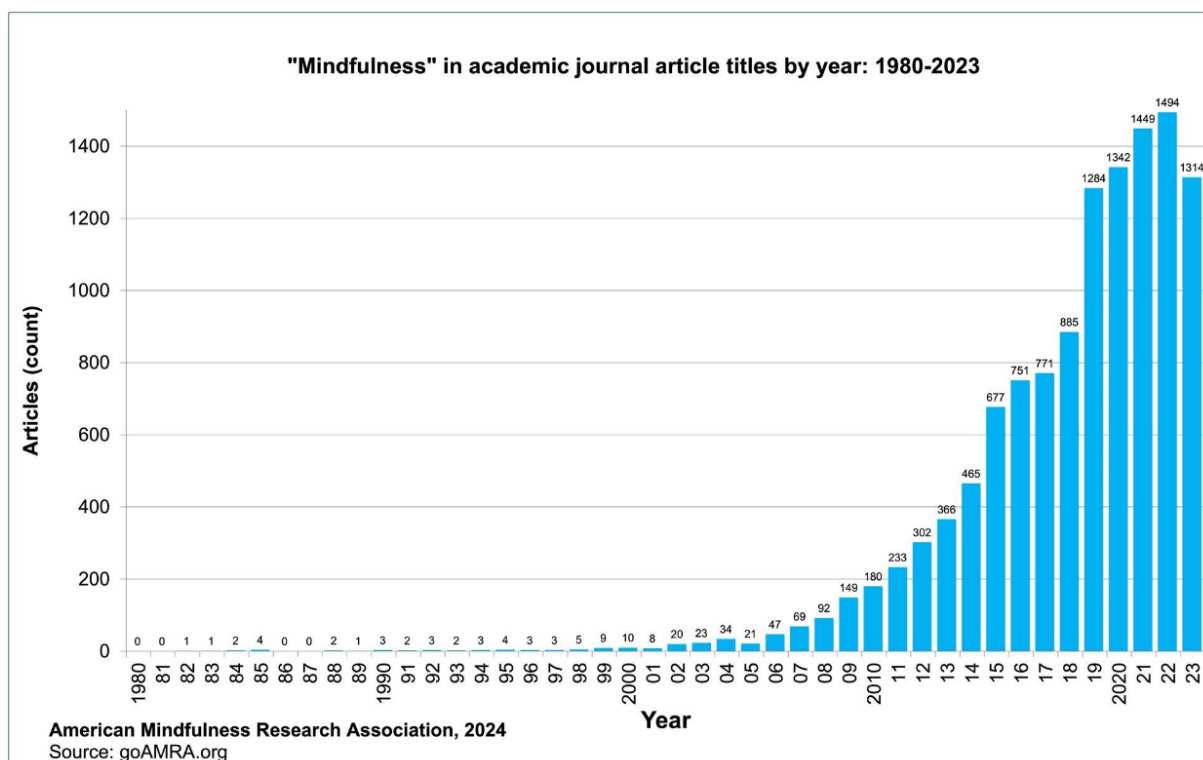
Quelle: Neff 2023, S. 197

Neff (2023) äußert sich über die rege Forschungstätigkeit dahingehend, dass sie dazu geführt haben könnte, den Menschen mögliche Ängste vor vermehrtem Selbstmitgefühl, dem gerne Adjektive zugeordnet werden wie „weich, schwach, egoistisch, maßlos“ (Neff, 2023, S. 211) zu nehmen. Sie konstatiert ebenso, dass die vielen einschlägigen Kurse, welche etabliert und weltweit angeboten werden, zur erhöhten Praxis des Selbstmitgefühls führen werden und damit dazu beitragen, „eine glücklichere und mitfühlendere Welt für alle zu schaffen“ (Neff 2023, S. 211).

4.4 Wirksamkeit von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl

Dass Achtsamkeit und Selbstmitgefühl Wirkung zeigen, steht mittlerweile außer Frage. Eine Fülle an Studien innerhalb der letzten Jahrzehnte zu unterschiedlichsten Auswirkungen basierend auf verschiedensten Programmen bringen eine Vielfalt an Wirkmechanismen an den Tag. Die Abbildung 16 im Abschnitt direkt vor diesem (Kap. 4.3 Selbstmitgefühl, S. 41) und Abbildung 17 bilden die intensive Forschungsaktivität ab.

Abbildung 17: Übersicht der veröffentlichten wissenschaftlichen Artikel zum Thema „Achtsamkeit“ 1980 - 2023



Quelle: AMRA – American Mindfulness Research Association, goAMRA.org

Auf welche Art von Datenerhebung stützt sich nun die Forschung über die Wirkung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl? Wirksamkeitsnachweise werden durch die Abbildung von Veränderungen neuronaler Mechanismen mittels bildgebender Verfahren wie Elektroenzephalogramm (EEG) oder Magnetresonanztomographie (MRT) (Ott, 2019, S. 168) erbracht. Ebenso werden Veränderungen durch die Messung des Hormonspiegels, beispielsweise von Cortisol (Cowand et al., 2024, S. 1.831) oder von Oxytocin (Mascaro et al., 2013, S. 252) aufgezeichnet. Auch die Sammlung von physiologischen Daten wie „Herzfrequenz, Körpertemperatur, elektrodermale Aktivität“ (Olasz et al., 2024, S. 1) vor, während und nach der Durchführung von Achtsamkeits-Übungen belegt deren Auswirkung. Die Datenerhebung der Auswirkungen auf das Stresserleben, „auf physische und physiologische Parameter der Gesundheit, das Wohlbefinden, die Erholungsfähigkeit, die Selbstreferenz und -regulation sowie arbeitsbezogene Faktoren (beispielsweise Burnout)“ (Michaelsen et al., 2021, S. 8) erfolgt mittels Fragebögen und Interviews.

Forschungsergebnisse Achtsamkeit:

Aufgrund des Reichtums an Einzelstudien sind Übersichtsarbeiten eine gute Möglichkeit, Studienergebnisse zu bündeln und neu zu bewerten. Der iga Report (Michaelsen et al., 2021) gab beispielsweise einen sehr groß angelegten Review in Auftrag, der sich mit der Wirksamkeit von Achtsamkeitstechniken im Arbeitskontext beschäftigt. Das Studiendesign beinhaltet 105 Studien „mit zugrunde liegendem randomisierten, kontrollierten Studiendesign (RCT)“ aus „(Online-)Veröffentlichung zwischen Januar 2005 und November 2019 in einer Fachzeitschrift in deutscher oder englischer Sprache“ (Michaelsen et al., 2021, S. 11, S. 76). Er kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Wirksamkeitsanalyse ist komplex. Unterschiedliche Definitionsweisen von Achtsamkeitskonzepten und größtenteils auf subjektive Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezogene Parameter scheinen in der vorhandenen Literatur als Ergebnisse auf. Beinahe alle Antworten der untersuchten Gruppierungen, welche durch die Verschiedenartigkeit der Achtsamkeitstrainings-Angebote entstanden, zeigen klare Aussagen im Bereich der psychischen Gesundheit und ergeben eine mittlere bis starke Wirksamkeit auf Parameter wie „physische und physiologische Parameter der Gesundheit, das Wohlbefinden, die Erholungsfähigkeit, die Selbstreferenz und die arbeitsbezogenen Faktoren“ (Michaelsen et al., 2021, S. 76).

Die Menge an Forschungsergebnissen wird immer häufiger in Form von Reviews auch in Hinblick auf die wissenschaftlichen Gütekriterien überprüft und die Ergebnisse kritisch hinterfragt. Schindler (2020) bemängelt in seinen Ausführungen den aktuellen Forschungsstand bis 2020 hinsichtlich methodischer Limitationen, wobei er einräumt: „Viele der genannten Limitationen sind jedoch für jedes Forschungsfeld eine Herausforderung und nicht achtsamkeitsspezifisch“

(Schindler, 2020, S. 121). Das Ergebnis seines Berichtes konstatiert: Die Anzahl der Veröffentlichungen hat eine beachtliche Höhe, es sind „valide Aussagen über die tatsächlichen Effekte von Achtsamkeit aber nach wie vor nur begrenzt möglich [...] Insbesondere wird die Einschätzung der empirischen Befundlage durch die Vielfalt an Konzeptualisierungen und Operationalisierungen erschwert“. Er verweist darauf, dass angewandte und Grundlagenforschung „sich in ihren Ansprüchen unterscheiden und niemals allen in gleichem Maße gerecht werden können“, postuliert jedoch, dass gerade aufgrund des „Hypes“ rund um die Achtsamkeit bestehende Schwachstellen festgemacht und „höchste methodische Maßstäbe anzulegen“ sind (Schindler, 2020, S. 121).

Er erläutert als Conclusio seiner Ausführungen, dass Achtsamkeitsübungen „Anwendung finden sollten. Als Instrument für effektive Emotionsregulation und Stressbewältigung und damit für eine Steigerung der Entspannung und der individuellen Lebenszufriedenheit scheint Achtsamkeit nach aktueller Studienlage einen substanziellen Beitrag leisten zu können. Auch für den zwischenmenschlichen Bereich kann Achtsamkeit einen Nutzen haben“ (Schindler, 2020, S. 122).

Sehr aktuelle Studienergebnisse aus dem Jahr 2024 punkten hinsichtlich der obigen, kritischen Ausführungen durchaus mit respektablen Rahmenbedingungen und Ergebnissen. In einer spanisch-amerikanischen Studie wurde beispielsweise die Wirkung von Interventionen des acht Wochen dauernden „Mindfulness-Based Health Care Program (MBHC)“ auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften von Personen mit einer Alzheimer Diagnose und die Auswirkungen auf Verhaltens- und psychologische Symptome der Patientinnen und Patienten selbst untersucht. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass das Training zwar die Symptome der teilnehmenden Patientinnen und Patienten nicht verändert, jedoch „Achtsamkeitstraining psychische Belastungen und Angstsymptome bei Betreuern von Menschen mit Alzheimer-Krankheit wirksam reduzieren kann“ (Sánchez-Pérez et al., 2024, S. 1).

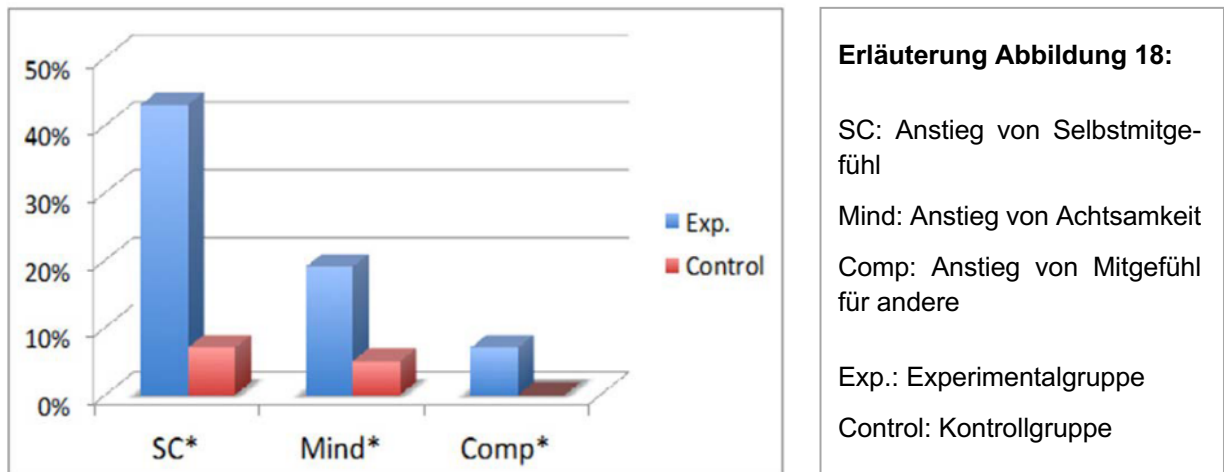
Eine weitere Studie nimmt sich dem in den letzten Jahren vermehrt beliebten Sektor der Digitalisierung und den Effekten von Achtsamkeits-Übungsangeboten an, die mittels Tablets und Virtual-Reality-Brillen (VR) vermittelt werden. Sie ermittelt die Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Zeit und auf psychologische und physiologische Zustände junger Menschen. Die Ergebnisse, welche über die Befragung der Probandinnen und Probanden und Aufzeichnung derer physiologischer Daten über Armbänder ermittelt wurden, zeigen, dass das 20-minütige Guided Meditation VR™ Programm sowohl über Tablet als auch die VR Brille geeignet ist, um Stress zu reduzieren. Die Bedeutsamkeit der Wirkung von Achtsamkeitsübungen über digitalen Weg nimmt in Zukunft sicherlich zu: „Vor allem junge Menschen neigen dazu, zeitgemäße

technologische Lösungen für gesundheitsbezogene Zwecke zu bevorzugen“ (Olaszi et al., 2024, S. 1-8).

Forschungsergebnisse Selbstmitgefühl:

Die Erhöhung von Selbstmitgefühl um 43% durch die Teilnahme am MSC-Programm von Kristin Neff und Christopher Germer wird durch die Studienergebnisse, die direkt nach Start des MSC-Programms 2013 publiziert wurden und in Abbildung 18 zu sehen sind, belegt.

Abbildung 18:..... Ergebnisse der randomisierten, kontrollierten Studie des MSC-Programms



Quelle: Neff & Germer 2013, S. 318

Die Meta-Analyse von Ferrari et al. aus dem Jahr 2019, bezogen auf 27 RCTs, deren Angebote sich eher im Bereich der kurzfristigen Interventionen bewegen, zeigt „dass Selbstmitgefühl zunahm und Psychopathologie mit mittleren bis großen Effektstärken abnahm“ (Neff, 2023, S. 205). Aus dem Jahr 2017 (Kirby et al.) gibt es Ergebnisse, die auf der Übersichtsarbeit von 21 RCTs beruhen und auf „signifikante Zunahmen an Selbstmitgefühl, Mitgefühl für andere, Achtsamkeit, Lebenszufriedenheit und Glück sowie signifikante Abnahmen an Depression, Angst und psychischem Stress mit mittleren bis großen Effektstärken“ nach längerfristigen Interventionen schließen lassen (Neff, 2023, S. 205).

Weitere Studienergebnisse führen zu Erkenntnissen der Beeinflussbarkeit der endokrinen Faktoren wie die Produktion von Oxytocin als „Bausteine des menschlichen Mitgefühls“ (Mascaro et al., 2013, S. 241 und S. 252) durch Angebote aus dem Selbstmitgefühls-Sektor. Zudem unterstützen die gewonnenen Daten die Vorstellung, dass „prosoziale Emotionen und eng mit Mitgefühl zusammenhängende Verhaltensweisen tatsächliche mentale und körperliche Gesundheitsvorteile bieten“ (Mascaro et al., 2013, S. 252).

Eine amerikanische Studie (Cowand et al., 2024) zielt darauf ab, die Beeinflussbarkeit von messbaren Stress-Anzeichen bei College-Studierenden zu eruieren. Die Steigerung von

Selbstmitgefühl, aufbauend auf einer Intervention, welche auf dem MBSR Programm von Jon Kabat-Zinn basiert, liegt dem Studiendesign zugrunde. Hierzu wurden den Psychologie Studentinnen und Studenten Audiodateien über einen zwei-wöchigen Zeitraum zur Verfügung gestellt, ihr Cortisolspiegel im Speichel gemessen und zusätzlich subjektive Daten, bezogen auf die Wahrnehmung von Stress, Angst und Stimmung, erhoben. Die Resultate ergaben,

dass Selbstmitgefühl mit einem höheren positiven und einem geringeren negativen Affekt, einem geringeren wahrgenommenen Stress und weniger Symptomen von Angst und Depression verbunden ist [...] und vor den psychologischen und physiologischen Manifestationen von Stress im College schützen kann. Freundliche und mitfühlende Reaktionen auf die eigenen Probleme können die Studierenden vor den negativen Auswirkungen von Stress schützen (Coward et al., 2024, S. 1.831).

Neff gibt in ihrem Artikel „Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention“ (deutsche Übersetzung: „Selbstmitgefühl: Theorie, Methode, Forschung, und Intervention“) Aufschluss über neueste Forschungsergebnisse basierend auf RCTs zu MSC. Exemplarisch wird an dieser Stelle der Review zum Vergleich der Wirksamkeit von MSC versus CBT, also kognitive Verhaltenstherapie (Torrijos-Zarcero et al., 2021, zit. nach Neff, 2023, S. 206) angeführt, der ergibt, „dass MSC effektiver als CBT in Bezug auf Selbstmitgefühl, Schmerzakzeptanz, Schmerzinterferenz, [...] und Angst war“ (Neff, 2023, S. 206).

Es können in einzelnen anderen Arbeiten neben positiven Auswirkungen von MSC auf Jugendliche (Bluth et al., 2016, zit. nach Neff, 2023, S. 207), Pflegepersonal (Delany, 2018, zit. nach Neff, 2023) und junge Überlebende nach Krebsdiagnosen (Campo et al., 2017, zit. nach Neff, 2023, S. 207) weiters Effekte auf transgender Jugendliche (Bluth et al., 2021, zit. nach Neff, 2023, S. 207) festgestellt werden. Ein exemplarischer Auszug der Ergebnisse ist in Tabelle 3 zu finden:

Tabelle 3:Zusammenfassung exemplarischer Studienergebnisse der Auswirkungen von MSC auf unterschiedliche Personengruppen, eigene Darstellung

Studie	Erhöhung von	Senkung von
Bluth et al. (2016)	Selbstmitgefühl Achtsamkeit Lebenszufriedenheit	Depressionen Angstzuständen wahrgenommenem Stress negativen Affekten
Campo et al. (2017)	Selbstmitgefühl Achtsamkeit Wahrnehmung des Körperbildes Wahrnehmung von posttraumatischem Wachstum	sozialer Isolation Angst Depression

Delaney (2018)	Achtsamkeit Resilienz Zufriedenheit mit dem Mitgefühl	sekundären Traumata Burnout
Bluth et al. (2021)	Selbstmitgefühl Achtsamkeit Resilienz Lebenszufriedenheit	Depressionen Angstzuständen Gefühlen der Ablehnung durch andere
Yeung et al. (2021)	Selbstmitgefühl Mitgefühl für andere Achtsamkeit Glück Lebenszufriedenheit	Angst vor Selbstmitgefühl Depression Angst Stress

Quelle: Neff 2023, S. 206 -207

Die Wirksamkeit von Selbstmitgefühl, insbesondere des MSC-Programms, scheint durch die Forschungs-Ergebnisse gegeben zu sein und darauf hinzudeuten, „dass es möglich ist, die Fähigkeit des Selbstmitgefühls in einem frühen Alter zu lehren, was möglicherweise die Entwicklung junger Menschen in einer Weise verändern könnte, die lebenslange Vorteile bringt“ (Neff, 2023, S. 207).

4.5 Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in Gesundheitsberufen

Um Aussagen über die Implementierung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in den Gesundheitssektor tätigen zu können, ist es nötig, die in Österreich als Gesundheitsberufe betitelten Tätigkeitsfelder zu präzisieren. Zu den Gesundheitsberufen zählen Personen, die einen ärztlichen Beruf, eine Tätigkeit im Bereich Diagnose, Therapie und Beratung, einen Krankenpflege- oder Sanitätsberuf ausüben oder einem Beruf im medizinischen Assistenzbereich nachgehen (Gesundheitsberufe A-Z, 2024).

Speziell der Bereich des Gesundheitspersonals in Krankenhäusern steht im Fokus des Einbringens von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl, so hat Kristin Neff eine Adaptierung ihres MSC-Programmes genau für diese Personengruppe vorgenommen und 2020 die Ergebnisse einer Studie zur Evaluierung des „Self-Compassion for Healthcare Communities“ (SCHC) publiziert. Die Studie untersucht die Wirksamkeit des sechswöchigen Trainings, welches Übungen aus der informellen Praxis umfasst, um im stressigen Arbeitsalltag leichter integrierbar zu sein und ohne Meditation auskommt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem Kinderkrankenhaus zeigen signifikante Verbesserungen bei Selbstmitgefühl, Achtsamkeit, Mitgefühl für andere und Zufriedenheit mit dem Mitgefühl. Zudem werden Stress, sekundärer traumatischer Stress und Burnout deutlich reduziert (Neff, 2023, S. 207).

Ein weiteres Scoping Review bestätigt, dass Achtsamkeit eine wertvolle Praxis im Ausbildungssektor des Gesundheitsbereichs ist und Lernenden und Praktizierenden im Gesundheitssektor hilft, ihre Selbstwahrnehmung zu verbessern, Stress zu identifizieren und frühzeitig gegenzusteuern. Achtsamkeitstechniken, die bereits in der Ausbildung erworben werden, können dazu beitragen, nachhaltige Bewältigungsstrategien für die beruflichen Anforderungen zu entwickeln und so die Gesundheitsprophylaxe zu fördern. Die Achtsamkeits-Praxis führt auch zu einer besseren Work-Life-Balance und einer empathischeren Betreuung von Patientinnen und Patienten (Hüttenmeister-Schmitz, 2021, S. 130).

Im Rahmen einer Dissertation (Orellana-Ríos, 2019) wird ein Weiterbildungsangebot konzipiert und evaluiert, wodurch Achtsamkeit und Mitgefühl in den Arbeitsalltag von Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern integriert werden. Es werden signifikante Verbesserungen in den Bereichen Burnout, Ängstlichkeit, wahrgenommener Stress und emotionale Regulierung festgestellt. Die teilnehmenden Personen berichten auch von einer Verbesserung der Selbstfürsorge und einer höheren Arbeitszufriedenheit. Die Ergebnisse der Evaluation weisen darauf hin, dass Achtsamkeits- und Mitgefühlskurse sogar in hochbelasteten Krankenhausumfeldern durchführbar sind, wobei das Pflegepersonal in der Palliativpflege besonders positiv reagierte, während bei den Beschäftigten in der Onkologie eher negative Reaktionen aufkamen. Es wird angemerkt, dass Kursangebote in Achtsamkeit und Selbstmitgefühl niemals als Ersatz für strukturelle Verbesserungen missverstanden werden dürfen (Orellana-Ríos, 2019, S. 2 und S. 4).

4.6 Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in Bezug auf die Wirkfaktoren von Therapie

Wurden im Kapitel 4.5 die Möglichkeiten und Grenzen des Einbringens von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in die Gesundheitsberufe im Allgemeinen untersucht, soll in diesem Kapitel die Implementierung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl etwas spezifischer betrachtet werden. Der Fokus liegt auf Achtsamkeit und Selbstmitgefühl im therapeutischen Prozess, dem das Gesundheitspersonal unterliegt, welches eine Tätigkeit im Bereich Diagnose, Therapie und Beratung ausübt. Zu diesem Sektor des Personenkreises im Gesundheitsbereich zählen beispielsweise Logopädinnen und Logopäden, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Wie bereits im Kapitel 2.7.4 erwähnt, stammt die Hauptforschung zum Thema Wirksamkeitsfaktoren, auf die sich Arbeiten z.B. in der Logopädie und Sprachtherapie beziehen, aus der Psychotherapie (Bürki et al., 2011). So gibt es ebenso im Implementieren von Achtsamkeits-

und Selbstmitgefühlstechniken in die Therapie aus der psychotherapeutischen Forschung den größten Anteil an Studienergebnissen. Michalek et al. (2012) beschreiben: „In den vergangenen Jahren wurden verschiedene verhaltenstherapeutische und -medizinische Verfahren entwickelt, die eine solche Achtsamkeitspraxis in unterschiedlichem Umfang [in die psychotherapeutische Praxis] integrieren“ (Michalek et al., 2012, S. 254).

In der Literatur finden sich Versuche des achtsamen Zugangs, welcher Angehörigen aus dem diagnostisch-therapeutischen-Dienst ermöglichen soll, im Rahmen ihrer teils sehr intensiven Arbeit mit Menschen und dem stetigen „für andere Sorge zu tragen“ ihre Selbstfürsorge nicht zu vernachlässigen (Hiemenz, 2021, S. 26). In ihrer Masterarbeit setzt sich Helen Wohlfahrt mit dem Thema „Achtsamkeit als Kompetenz von Angehörigen helfender Berufe“ auseinander und beschreibt ihre Ergebnisse wie folgt:

Insgesamt lässt sich jedoch [...] durchaus ein positiver Einfluss der achtsamen Haltung des Therapeuten auf die Beziehungsqualität zwischen ihm und seinen Klienten feststellen. Vor dem Hintergrund, dass die therapeutische Beziehung als grundlegende Voraussetzung für das Gelingen der Therapie gilt, kann die innere achtsame Haltung des Therapeuten einen wesentlichen Beitrag dazu leisten. (Wohlfahrt, 2014, S. 77)

Eine aktuelle Studie stellt Bezug zwischen Achtsamkeit und dem therapeutischen Prozess in der Physio- und Ergotherapie her (Löffler et al., 2024). Die Forscherinnen und Forscher nehmen aufgrund der „wachsenden Evidenz für achtsamkeitsbasierte Verfahren im medizinischen Kontext“ die Frage auf, wie das Spezialwissen aus der Achtsamkeit, welches MBSR-Lehrende besitzen, die gleichzeitig Ergo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind, in den therapeutischen Prozess integriert werden kann und zu welchen Resultaten dies führt. Über Interviews lassen sich unten dargestellte Ergebnisse anführen:

*Als primäre Art der Integration von Achtsamkeit wurde eine eigene „Art zu Sein“ beschrieben, die sich durch Qualitäten wie Präsenz, Freundlichkeit, offenes Interesse, Authentizität und Akzeptanz auszeichnet. Die Interviewten nahmen dadurch sowohl eine Beeinflussung der Beziehung zwischen Patient*innen und Therapeut*innen und dem eigenen Wohlbefinden wahr, als auch eine Stimulation ähnlicher Qualitäten bei Patient*innen. Infolgedessen wurde die Therapie u.a. als konstruktiver und konzentrierter wahrgenommen. Wesentliche Hindernisse für eine Integration von Achtsamkeit stellen vor allem formale Rahmenbedingungen dar, z.B. enge Zeit-taktungen oder patientenspezifische Merkmale wie passive Erwartungshaltungen. (Löffler et al., 2024, S. 1)*

Einen Bereich der therapeutischen Wirkfaktoren stellt die therapeutische Kommunikation dar (siehe Kap. 3.2.3). Rosenmayr-Khemiri bezieht sich in ihren Ausführungen auf „Achtsamkeit als eine weitere Qualität in der Kommunikation“, die es der Therapeutin und dem Therapeuten ermöglicht, sich im Hier und Jetzt vollkommen dem Gespräch und den am Gespräch teilnehmenden Personen zu widmen. Mit der Redewendung „der Ton macht die Musik“ verweist sie

auf den „achtsamen Umgang mit Worten“, welchen sie als spezielle Kompetenz der Berufsgruppe der Logopädinnen und Logopäden zuordnet (Rosenmayr-Khemiri, 2022, S. 30-31).

5 Empirische Analyse

Nach der theoretischen Darlegung folgt nun die empirische Auseinandersetzung mit der Thematik. In diesem Kapitel wird der Zugang zur Empirie und das Forschungsdesign erläutert und der Erkenntnisgewinn, welcher an die Beantwortung der Forschungsfragen anknüpft, dargestellt und diskutiert.

5.1 Das Forschungsdesign

Die empirische Untersuchung erfolgt in Form einer qualitativen Forschungsstudie. Durch systematische Erhebung inklusive Analyse und Interpretation der gewonnenen Daten kommt es zum Herausfiltern von Erkenntnissen, welche den Bezug zur Praxisrelevanz zeigen. Die Auswertung erfolgt qualitativ. Der Teilnahme von sechs Logopädinnen an einem eigens für diese Masterarbeit konzipierten Workshop folgt eine wöchentliche online-Evaluierung. Die schriftliche Beantwortung von Fragen, die mittels Fragebogen über den Zeitraum von 12 Wochen übermittelt werden, dient der Sichtung von Antworten, welche mittels Inhaltsanalyse qualitativ nach Mayring (2023) ausgewertet werden.

Die Inhalte des Workshops stützen sich mit freundlicher Erlaubnis der Autorinnen auf das „Logbuch Achtsamkeit und Mitgefühl“ (Strobach & Zika, 2023). Sämtliche Übungen und Audiodateien werden dem Buch bzw. den online Unterlagen zum Buch entnommen und den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt.

5.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

Die maßgebliche Rolle der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor in der logopädischen Therapie ist mehrfach belegt. Als Faktoren, welche diese beeinflussen, werden sowohl bestimmte Therapeutinnen- und Therapeuten-Merkmale bzw. -Qualitäten genannt, als auch spezifisches Handeln und die therapeutische Kommunikation. Diese drei Bereiche unter Einschluss der therapeutischen Beziehung werden in dieser Arbeit unter dem Begriff der „therapeutischen Kompetenz“ zusammengefasst. Das Ziel der empirischen Auseinandersetzung ist es, den positiven Einfluss von Übungen aus der Achtsamkeit und dem Selbstmitgefühl auf die therapeutische Kompetenz darzulegen und Übungen herauszufiltern, die besonders gut geeignet sind, um diesen zu erreichen. Die Erreichung dieses Ziels orientiert sich an folgender Fragestellung:

- Inwiefern können Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlsübungen die therapeutische Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden verbessern?

Verschiedene Ressourcen, Therapie- und Arbeitsbereiche und wechselnde Therapiesettings ergeben zudem eine weitere Frage:

- Welche Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlsübungen sind im Besonderen geeignet, um die therapeutische Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden zu stärken?

5.3 Darlegung der Methodik

In diesem Kapitel wird die Herangehensweise der empirischen Forschung detailliert erläutert. Die Entwicklung und Durchführung eines Workshops sowie eine Fragebogenerhebung über den Zeitraum von 12 Wochen im Anschluss dienen hier als Basis. Ziel dieser Forschung ist es, qualitativ fundierte Einblicke in die Erfahrungen und Perspektiven der Teilnehmerinnen über eine Zeitspanne zu gewinnen. Die Antworten aus den wöchentlichen Fragebögen dienen als Grundlage für die Analyse.

5.3.1 Wahl der Forschungsmethode

Die Entscheidung für die Erhebung der Daten mittels einer Längsschnittstudie über 12 Wochen basiert auf dem Ziel, vertiefte Einsichten in das Erleben der Teilnehmerinnen zu gewinnen und ihre individuellen Erfahrungen und subjektiven Einschätzungen über einen längeren Zeitraum zu generieren (Döring, 2023, S. 94). Die Auswertung des Materials mit einem qualitativen Verfahren eignet sich besonders, um komplexe Zusammenhänge und persönliche Perspektiven zu erfassen, die in standardisierten quantitativen Verfahren möglicherweise unberücksichtigt bleiben. Die Methode der Inhaltsanalyse nach Mayring (2023) erlaubt eine strukturierte und transparente Auswertung qualitativer Daten, indem systematisch Kategorien entwickelt und die Daten schrittweise verdichtet werden (S. 98). Diese Methode scheint am besten geeignet zu sein, um aus offenen Antworten systematisch relevante Inhalte herauszuarbeiten, zentrale Themen zu identifizieren und so zu einer Kategorienbildung zu gelangen.

5.3.2 Entwicklung des Workshops

Der Workshop wurde für sechs Teilnehmerinnen konzipiert, für den 26.7.2023 geplant und orientiert sich an den Bedürfnissen und Zielen der zu untersuchenden Fragestellungen (siehe Abbildung 19). Hierbei werden theoretische Ansätze und praktische Erfahrungen verknüpft, um ein interaktives und partizipatives Format zu schaffen, welches Lernen und praktisches Umsetzen fördert. Zudem ist das Format „Workshop“ den Teilnehmerinnen aus logopädischen Weiterbildungsangeboten bekannt.

Die Grundlage für die im Workshop vermittelten Inhalte bilden ausgewählte Anleitungen und Übungen aus dem Buch „Logbuch Achtsamkeit und Mitgefühl“ (Strobach & Zika, 2023). Der Workshop wird, wie auch in der zugrundeliegenden Literatur, in zwei Themenblöcke gegliedert:

- Achtsamkeit
- Selbstmitgefühl

Die Auswahl der Übungen und des Materials zum jeweiligen Themenblock wird aufgrund folgender Kriterien getroffen:

- Einfache Umsetzbarkeit im Arbeits- und privaten Alltag:
 - wenig bis kein spezielles Material zur Durchführung nötig
 - leicht zu erinnernde und simple Anleitungen
 - zur Verfügung stellen von online-Meditationsanleitungen
- Durchführung der Übungen mit so wenig Zeitaufwand wie möglich: pro Übung ein bis fünf Minuten, z. T. integrierbar in das therapeutische Setting; Meditationen werden mit 15 Min. anberaumt
- Priorisierung von aus der eigenen Praxis bekannten und erprobten Anleitungen
- Ergebnisse der Selbstmitgefühls-Tests (Strobach & Zika, 2023, S. 38-43)

Die Inhalte des Workshops werden verschriftlicht, mit Zeitangaben versehen und bilden die Grundlage für die Durchführung.

Für jede Teilnehmerin liegt ein umfassendes Handout bereit, welches nach Absolvierung des theoretischen und praktischen Teils ausgehändigt wird und als Nachlesedokument inkl. Übersicht für die Praxisanleitung dient. In diesen schriftlichen Unterlagen finden die Teilnehmenden alle relevanten, in der Workshop-Vorbereitung angeführten Seiten der zugrunde liegenden Literatur inkl. Verweise auf die verwendeten Audio-Dateien.

Abbildung 19: Schriftliche Vorbereitung des Workshops am 26.7.2023

Themenblock **Achtsamkeit**
 14:30 – 14:45 Uhr: ANKOMMEN
 14:45 – 16:15 Uhr: 90 Min.

Evaluierungs-Zeitraum 26.7. - 6.9.2023

meine Utensilien: Klangschale, 2 Yogakissen, 2 Yogamatten, Papier, Stifte
 von den TN mitzubringen: Yogamatte, Kissen, bequeme Kleidung

Kurze Einführung in die Theorie
 der Achtsamkeit:

5 Min.

ÜBUNGEN:

Die Kraft der Präsenz:

10 Min.

5 Min.

20 Min.

Quick-Check-in AB S. 6 - 7

Der Atem als Anker S. 33 - 34

***Den Atem wahrnehmen** AB S. 8 – 9
 + mp3 Datei

Mit allen Sinnen im Hier
 und Jetzt sein:

3 Min.

3 Min.

3 Min.

Achtsam sehen S. 40 - 42

Achtsam hören S. 43

Achtsam riechen S. 46 - 47

Gedanken achtsam
 wahrnehmen:

10 Min.

Meditation mit Zahlen AB S. 67 – 68

Achtsamer Umgang mit
 Emotionen und Gefühlen:

10 Min.

Mindful Magic Moments S. 80 – 81

Achtsame Kommunikation:

5 Min.

15 Min.

der Einsichtsdialog S. 94 – 95

die Dyade S. 96 – 98

Material, Setting und Anleitung: 2 Personen, gegenüber auf Sessel oder Boden, Klangschale

Anleitung Übung

Person A - 3 Min. sprechen + Person B hört zu

Person B - 3 Min. sprechen + Person A hört zu

Anleitung Reflexion

Person A - 3 Min. sprechen + Person B hört zu

Person B - 3 Min. sprechen + Person A hört zu

16:15 - 16:45 Uhr: achtsame PAUSE (Vertiefung: Quick-Check-in)

Kurze Einführung in die Theorie
des Selbstmitgefühls 5 Min.

ÜBUNGEN:

- mit dem Herzen Kontakt aufnehmen: 15 Min. Sätze der liebevollen Güte S. 118 – 122
Beispielsätze verwenden oder auch eigene Sätze finden
- Selbstfürsorge als Basis für ein gelingendes Miteinander: 15 Min. Selbstmitgefühlspause ab S. 129 - 134

Anleitung:

- Wende dich in einer annehmenden Weise deiner schwierigen, herausfordernden, unangenehmen Situation oder Begebenheit zu: *Oh, jetzt ist es grade schwierig, es tut grade ziemlich weh.*
- *Erinnere dich daran, dass schwierige Erfahrungen Teil des menschlichen Lebens sind. Das was du erlebst, gehört zum menschlichen Leben - alle Menschen kennen Leiden: Du bist nicht alleine damit, dass es dir im Moment nicht gut geht.*
- *Lege eine Hand oder beide Hände ans Herz oder eine andere wohltuende Stelle am Körper.*
- *Spüre sie und lasse sie auf dich wirken*
- *Sage nun „deine“ Sätze: „Möge ich“ und sprich so freundliche, wohltuende und unterstützende Worte aus, die dir gut tun.*
- *Überlege, welche Worte du für eine Freundin/einen Freund finden würdest, die/der in dieser Situation ist - sprich sie für dich selbst aus, gerne auch laut.*
- *Nimm deine Hand /deine Hände wieder weg und verweile noch etwas, bevor du dich dem Alltag zuwendest.*

- 10 Min. Nein Sagen S. 139 - 140
- Die Heilkraft der Beziehung: 10 Min. Lächeln S. 149
- Freude, Glück und Genuss kultivieren: 5 Min. Positive Erfahrungen verinnerlichen S. 161 - 163
- Mitgefühl und Empathie: 15 Min. *Meditation „Mir selbst Mitgefühl schenken“ mp3 Datei
- Loslassen, Vergeben und Verzeihen: 10 Min. Loslassen-reinigen-ausmisten S. 189
- Dankbarkeit: 5 Min. Dankbarkeit für die kleinen Dinge S. 202 - 203
- 5 Min. Dankbarkeit teilen S. 206 – 207

18:20 - 19:00 Uhr	- Aushändigung und Erläuterung Handout - Übungsdurchführung in den 12 Wochen - Fragebogen Prozedere - evt. Fragen klären
ab 19:30 Uhr	gemeinsames Abendessen

Die teilnehmenden Personen werden instruiert, wie der Zeitraum von 12 Wochen nach dem Workshop gegliedert ist, wie die tägliche Durchführung der Übungen gedacht ist und wie die Erfassung der Rückmeldungen durch die Teilnehmerinnen ablaufen wird.

Die schriftliche Erhebung der Antworten über einen Gesamtzeitraum von 12 Wochen (26.7.-18.10.2023) ergibt sich aus der zugrunde liegenden Literatur, die ebenfalls vom selben Zeitfenster ausgeht. Lediglich die Bezugnahme ändert sich nach den ersten sechs Wochen. Durch die Gliederung des Workshops in zwei Schwerpunktthemen (*Teil eins: Achtsamkeit* und *Teil zwei: Selbstmitgefühl*) wird von den Teilnehmerinnen ein Wechsel der einzubringenden Übungen nach dem Zeitraum von sechs Wochen verlangt. Da die Anleitung des zweiten umzusetzenden Themenblocks zu diesem Zeitpunkt bereits sieben Wochen her ist, erhalten die Befragten einen schriftlichen Reminder mit detaillierter, nochmaliger Erklärung der Praxis aus dem Selbstmitgefühl und einer kompakten Übungs-Zusammenfassung der im Workshop erlernten Elemente. D.h. bei gleichbleibender Fragestellung verändert sich die Bezugnahme von anfänglich Übungen aus der Achtsamkeit auf Übungen aus dem Selbstmitgefühl.

5.3.3 Örtliche Rahmenbedingungen

Als Ort der Veranstaltung dient der knapp 50 m² große Seminarraum „Blumenwiese“ im „Kraxl-Maxl“ Graz, der eigens für den Workshop angemietet wird und aufgrund der Möglichkeit, zusätzlich zum Seminarraum den Außenbereich und weitere Räume nutzen zu können, besonders geeignet erscheint. Die Größe ermöglicht es außerdem, ausreichend Platz am Boden für das Praktizieren der Übungen mithilfe von Yogamatten und Sitzkissen zu gewährleisten

5.3.4 Akquise der Teilnehmerinnen

Vor dem Beginn der Akquirierung von potenziellen teilnehmenden Personen werden die im Folgenden dargestellten Kriterien aufgestellt:

- Berufserfahrung von mindestens 10 Jahren, somit wird sichergestellt, dass die Logopädin bereits im Modus der Expertin ist und sich damit am Höhepunkt der Ausprägung ihrer internen Evidenz befindet (vgl. Abbildung 8 dieser Arbeit)
- Ausübung des Berufs in jeweils unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen, welche in ihrer Gesamtheit das breite Spektrum innerhalb der Logopädie darstellen
- Einwilligung in die Erhebung von folgenden soziodemographischen Eckdaten: Name, Arbeitssetting, Therapiebereich(e), Jahr des Studienabschlusses, Berufserfahrung (Zusammenfassung der Daten siehe Tabelle 4)
- Einverständnis, den Selbstmitgefühls-Test (Strobach & Zika, 2023, S. 38-43) vor Beginn des Workshops auszufüllen (Ergebnisse siehe Tabelle 5)
- Teilnahme am Workshop
- Bereitschaft, über 12 Wochen hindurch die im Workshop vermittelten Übungen täglich anzuwenden
- Möglichkeit, die Fragen des online Fragebogens nach jeweils wöchentlicher Zusage innerhalb der vorgegebenen zeitlichen Vorgabe schriftlich zu beantworten

Zur Teilnahme werden sechs Logopädinnen aus dem Kolleginnen-Netzwerk der Verfasserin dieser Arbeit im persönlichen Gespräch mittels eines Anrufs eingeladen. Alle kontaktierten Kolleginnen nehmen die Einladung an und erfüllen die zuvor erläuterten Kriterien.

Tabelle 4: Soziodemographische Eckdaten Teilnehmerinnen

TN	Alter	Studienabschluss	Berufserfahrung	Therapieschwerpunkte	Arbeitssetting
1	53 J.	1995	28 J.	Pädiatrie (0-18a): • Spracherwerbsstörungen • Fütterstörungen • Sondenentwöhnung • Dysphagie • Päd-Dysphagie • SHT • Onkologie • Neonatologie	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz: • Leitung/Organisation • Logopädische Tätigkeit Freie Praxis, Graz
2	46 J.	1998	25 J.	Dysphonien myofunktionelle Störungen	Fachhochschule JOANNEUM • Hochschullehrende und Modulverantwortliche „Stimme“ Freie Praxis, Graz
3	49 J.	1995	28 J.	Stimme Stottern Dysphagie	Freie Praxis, Graz Univ.-Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Graz:

					- Leitung/Organisation - Logopädische Tätigkeit Fachhochschule JOANNEUM Fachhochschule Kärnten - Externe Lehre Vorträge
4	54 J.	1989	34 J.	Neurogene Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen Wachkoma	GGZ (Geriatrisches Gesundheitszentrum der Stadt Graz) Freie Praxis, Graz
5	49 J.	1995	28 J.	Pädiatrie: kleine Kinder mit verschiedenen Störungsbildern: - SES - ASS - Globale Entwicklungsstörungen	Freie Praxis, Graz Vortragstätigkeit zu Interaktiver Therapie
6	34 J.	2012	11 J.	Audiologie Kindersprache	Univ.-Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Graz Freie Praxis

Tabelle 5:.....Auswertung Selbstmitgefühls-Test, eigene Darstellung

	TN 1	TN 2	TN 3	TN 4	TN 5	TN 6
Selbstmitgefühl	Test 1	Test 1	Test 1	Test 1	Test 1	Test 1
sehr wenig Selbstmitgefühl						
wenig Selbstmitgefühl						
mittleres Selbstmitgefühl	x				x	x
hohes Selbstmitgefühl		x	x	x		
sehr hohes Selbstmitgefühl						

Achtsamkeit						
sehr niedrig ausgeprägte Achtsamkeit						
wenig Achtsamkeit	x					
mittelmäßige Achtsamkeit						x
hohe Achtsamkeit		x		x	x	
sehr hohe Achtsamkeit			x			

5.3.5 Kommunikation mit den Teilnehmerinnen

Prinzipiell ist als unkompliziertes Kommunikationsmedium der Austausch per E-Mail angedacht. Als eine weitere einfache und rasche Kommunikationsmöglichkeit wird zusätzlich eine Whatsapp-Gruppe installiert. Über diese ist das Versenden von Informationen wie z.B. Einladung zum Workshop, Übermittlung von Audiodateien und Links für das wöchentliche Ausfüllen des Fragebogens unkompliziert möglich und von den teilnehmenden Personen dezidiert erwünscht. Der Kontakt zu den Befragten wird durch wöchentliches Zusenden des Fragebogen-Links inkl. Tipps zum Dranbleiben an den Übungen per E-Mail und Whatsapp aufrechterhalten.

5.3.6 Gestaltung des Fragebogens

Zur Erhebung fortlaufender Rückmeldungen wird über <https://www.google.com/intl/de/forms> ein online-Fragebogen entwickelt, der gezielt auf die Evaluation der Workshopinhalte und die Reflexion der eigenen Erfahrungen ausgerichtet ist. Für diese Arbeit ist es von Interesse, Fragen zu formulieren, die geeignet sind, die Auswirkungen auf die **therapeutische Kompetenz** (therapeutische Qualität, therapeutische Beziehung und therapeutische Kommunikation), die Einflussnahme auf das therapeutische Handeln in Bezug auf den **ICF Zugang** im logopädischen Prozess und das **Zeitmanagement** zu erfassen. Orientiert an der *vier Schritte Formel SPSS* nach Helfferich (2019) erfolgt der Prozess zur Formulierung. Durch eine erste *Fragen-Sammlung* werden so viele Aspekte des Forschungsinteresses generiert, wie nur möglich. Die Zusammenstellung durchläuft eine kritische *Prüfung* nach Durchsicht auf Formulierungsqualität und Antwortmöglichkeit der Fragen. Ein weiterer Schritt dient der *Sortierung* und Reihung. Die letzte Instanz der vier Schritte ist die des *Subsumierens*, auf welche für die Erarbeitung des schriftlichen Fragebogens in Form von nachfragenden Ergänzungen zurückgegriffen wurde (*schräg* im Fragebogen gekennzeichnet) (S. 677f).

Der Fragebogen ist für die Befragten „inhaltlich erkennbar strukturiert“ (Stigler & Reicher, 2012, S. 138) und durch einen roten Faden gekennzeichnet. Er ist ähnlich einem offenen, halbstrukturierten Interviewleitfaden nach dem Prinzip „so offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ (Helfferich, 2019, S. 676) aufgebaut und enthält fünf offene Fragen, um den Teilnehmerinnen Raum für individuelle Antworten zu geben und gleichzeitig vergleichbare Daten zu generieren (Döring, 2023, S. 355). Die zwei abschließenden Fragen zielen darauf ab, eine eindeutige Aussage über Übungen zu erhalten, die sich besonders gut eignen, um Achtsamkeit und Selbstmitgefühl im Arbeits- bzw. privaten Alltag umzusetzen, bieten jedoch auch die Möglichkeit für individuelle Rückmeldungen.

Erläuterung zu Beginn:

Prinzipiell beziehen sich die Fragen den Arbeits-Alltag betreffend auf den Kontakt mit Ihren Klient*innen. Da es therapeutische Settings gibt, die das Miteinbeziehen von Begleitpersonen erfordern (z.B. Therapie von Kindern, Therapie von Erwachsenen, die sich nicht selbst äußern können), verlangen diese Settings neben dem Beziehungsaufbau mit den Klient*innen nach zusätzlichem therapeutischen Beziehungsaufbau mit den Begleitpersonen.

Fragen:

1. Wie würden Sie die Auswirkungen der Übungen auf den Aufbau der therapeutischen Beziehung beschreiben? *Denken Sie insbesondere an Ihre Fähigkeiten, eine als hilfreich erlebte Beziehung entstehen zu lassen, also die Grundbedürfnisse der Klient*innen bzw. deren Begleitpersonen wahrzunehmen*
2. Welche Auswirkungen haben die Übungen auf Ihre therapeutischen Qualitäten? *Denken Sie insbesondere daran, wie verständnisvoll, liebenswürdig und freundlich, kompetent, motivierend und begeisterungsfähig Sie sind.*
3. Wie wirken sich die Übungen auf Ihr therapeutisches Handeln aus? *Denken Sie vorzugsweise an Ihre Fähigkeit der Ziel- und Ressourcenorientierung, Zuversicht zu vermitteln, Befähigung zu vermitteln und Beruhigung zu erzeugen.*
4. Welche Auswirkungen haben die Übungen auf das Zeitmanagement Ihres Arbeits-Alltages? *Denken Sie insbesondere an das pünktliche Beginnen und Beenden der Therapieeinheiten, das zeitliche Management Ihrer klient*innenbezogenen und administrativen Zeiten inkl. Telefon- und E-Mail innerhalb der geplanten/zur Verfügung stehenden Arbeitszeit und auch an Ihre eigene Pausengestaltung.*
5. Wie haben sich die Übungen auf das Führen von therapeutischen Gesprächen ausgewirkt? *Denken Sie vorzugsweise an Anamnesegespräche, Beratungsgespräche und Abschlussgespräche.*
6. Welche der Übungen waren am einfachsten in Ihren Arbeits-Alltag integrierbar? *Führen Sie bitte maximal drei Übungen an.*
7. Welche der Übungen waren am einfachsten in Ihren privaten Alltag integrierbar?

Führen Sie bitte maximal drei Übungen an. Überschneidungen und Mehrfachnennungen auf den Punkt „Welche der Übungen waren am einfachsten in Ihren Arbeits-Alltag integrierbar“ bezogen sind möglich.

5.4 Auswertung der Daten

Die Auswertung der Daten erfolgt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022), die eine systematische Kategorienbildung und fortlaufende Überprüfung der Analysekategorien ermöglicht. Er spricht in seinen Grundsätzen zur Entwicklung einer qualitativen Inhaltsanalyse von drei Faktoren: „Am Anfang einer qualitativen Inhaltsanalyse muss eine genaue Quellenkunde stehen. [...] Qualitative Inhaltsanalyse ist immer ein Verstehensprozess von vielschichtigen Sinnstrukturen im Material.“ (S. 30). Dieses Verfahren bietet eine wissenschaftlich fundierte Methodik zur Strukturierung und Interpretation großer Textmengen und sichert die Nachvollziehbarkeit der Forschungsergebnisse (Mayring, 2023, S. 36). Indem zentrale Themen identifiziert und interpretiert werden, können Schlüsse auf die Wirkung der Übungen über den Untersuchungszeitraum hinweg gezogen werden.

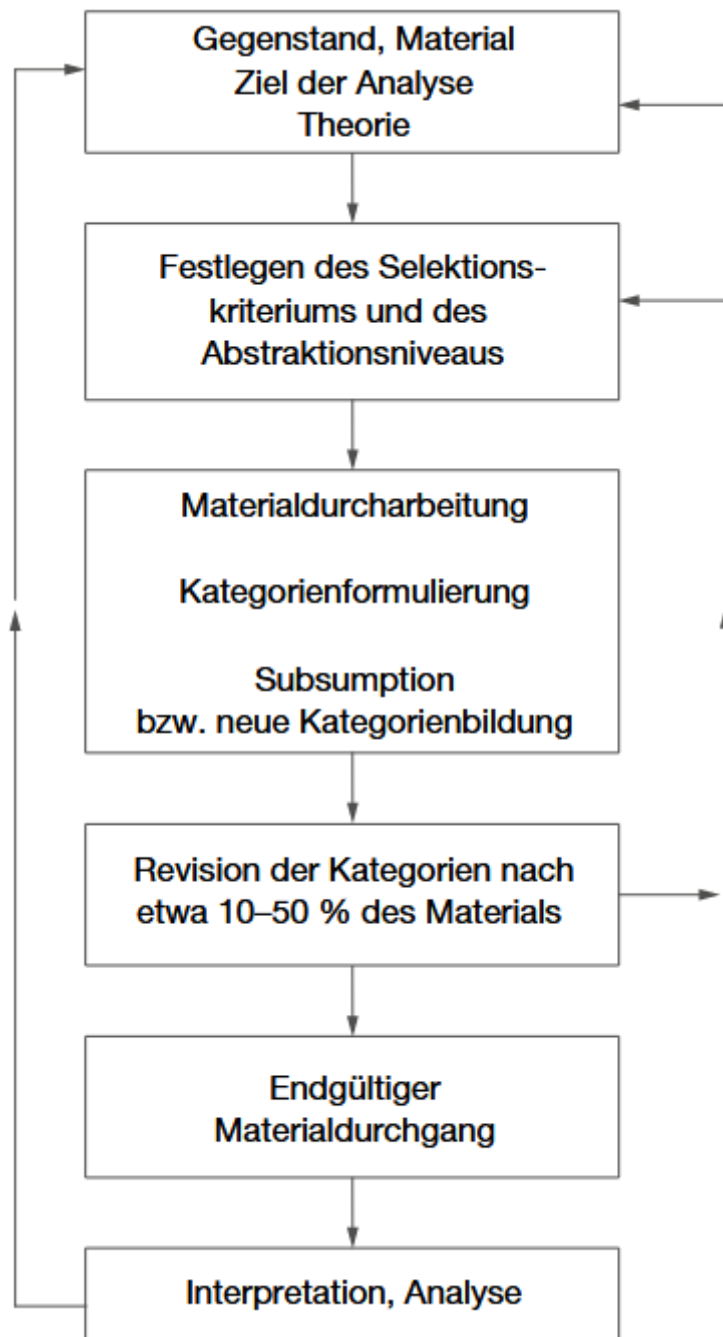
5.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Mayring differenziert drei Grundformen der Interpretation: (1) Zusammenfassung, (2) Explikation und (3) Strukturierung. Diese drei Analysetechniken sind voneinander unabhängig und es bedarf der Entscheidung für eine der Vorgehensweisen. In dieser Arbeit wird die der Strukturierung vorgenommen: „Ziel dieser Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, [...] oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring, 2022, S. 66). In der strukturierten Analyse wird grundsätzlich von einer deduktiven Kategorienanwendung ausgegangen, da das System der Kategorisierung „theorie- und fragestellungsgeleitet aufgestellt wird“. „Darüber hinaus sind auch Mischformen induktiver und deduktiver Analyseschritte möglich“ (Mayring, 2022, S. 67).

In der deduktiven Kategoriendefinition wird als Grundlage von den theoretischen Hintergründen ausgegangen, diese sind beispielsweise der Forschungsstand und die der Arbeit zugrunde liegende Theorie.

In der induktiven Kategorienbildung werden die Kategorien aus dem Datenmaterial generiert, „ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen“ (Mayring, 2022, S. 84). In Abbildung 20 wird Mayrings Prozessmodell induktiver Kategorienbildung dargestellt.

Abbildung 20:Prozessmodell induktiver Kategorienbildung



Quelle: Mayring 2022, S. 85

5.4.2 Umsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse

Da die Antworten den Befragten nicht zugeordnet werden können, entfällt in dieser Arbeit der Anonymisierungs-Prozess. Das Material wird nur in elektronischer Form generiert, daher entstehen keinerlei Zwischenschritte wie Transkriptionen und Übertragungen aus händischen Mitschriften. Die Kategorienbildung dieser Arbeit erfolgt sowohl induktiv als auch deduktiv, woraus sich die in Abb. 18 genannten Kategorien entwickeln konnten. Nach Fertigstellung der Kodierung werden die Ergebnisse einer Interpretation „im Sinne der Fragestellung“ (Mayring, 2022 S. 86) zugeführt und durch quantitative Analysen ergänzt.

Um eine Übersicht über die erhaltenen Daten zu gewinnen, werden im ersten Schritt die erhaltenen Antworten der ersten sechs Wochen bezogen auf die Achtsamkeits-Praxis in ein Dokument jeweils nach Fragen und Antworten pro Woche kopiert. Dieses Prozedere kommt im zweiten Zeitraum Bezug nehmend auf die Praxis des Selbstmitgefühls ebenso zur Anwendung. So entsteht die Zusammenführung aller Antworten in ein Dokument, gegliedert nach den zwei Themenbereichen „Achtsamkeit“ und „Selbstmitgefühl“ ohne die Originaldokumente zu verändern (Döring, 2023, S. 574). In einem ersten Schritt werden die Daten mittels Farb-Kodierung in neun Hauptkategorien und 42 Unterkategorien unterteilt und in Bezugnahme auf die theoretische Darlegung zur therapeutischen Kompetenz geordnet und in eine Excel-Tabelle kopiert. Nach zwei weiteren Durchläufen der Analyse verringern sich diese auf sieben Haupt- und 42 Unterkategorien. Im vierten und letzten Durchgang wird das gesamte Datenmaterial für die qualitative Datenanalyse in die Software MAXQDA übergeführt, nach deduktiven und induktiven Analysegesichtspunkten noch einmal überarbeitet und endgültig kodiert. So entstehen schlussendlich fünf Haupt-, 13 Unter- und 18 Subkategorien (siehe Abbildung 21).

CODEBUCH Inhaltsverzeichnis

1. UMSETZUNG, UMSETZBARKEIT und WIRKUNG DER ÜBUNGEN.....	2
1.1. Umsetzbarkeit im Allgemeinen	2
1.2. Anwendung der Übungen in Planung	2
1.3. Integration spezifische Übungen privater Alltag	3
1.3.1. Integration Achtsamkeit privat	3
1.3.2. Integration Selbstmitgefühl privat	6
1.4. Integration spezifische Übungen Arbeits-Alltag	9
1.4.1. Integration Achtsamkeit Arbeit	9
1.4.2. Integration Selbstmitgefühl Arbeit	14
1.5. Auswirkungen privater Alltag Übungen allgemein	19
1.6. Auswirkungen Arbeits-Alltag Übungen allgemein	19
2. THERAPEUTISCHE KOMPETENZ.....	22
2.1. THERAPEUTISCHE KOMMUNIKATION.....	22
2.2. THERAPIE-BEZIEHUNG.....	25
2.2.1. Einflussnahme auf Beziehung im Allgemeinen.....	25
2.2.2. Liebenswürdigkeit und Freundlichkeit.....	26
2.2.3. Kompetenz	27
2.2.4. Motivation und Begeisterungsfähigkeit	27
2.2.5. Nähe und Vertrauen	28
2.2.6. Verständnis und Empathie.....	29
2.3. THERAPEUT*INNEN-MERKMALE	30
2.3.1. Akzeptanz (nicht bewerten, wertfrei).....	30
2.3.2. Ehrlichkeit.....	31
2.3.3. Abwarten	31
2.3.4. Gelassenheit.....	31
2.3.5. Präsenz.....	32
2.3.6. Reflexionsfähigkeit.....	33
2.3.7. Selbstfürsorge.....	33
2.3.8. Wertschätzung.....	34
3. ZEITMANAGEMENT	36
3.1. Zeitmanagement: Pausen	36
3.2. Zeitmanagement: Therapie	37
3.3. Zeitmanagement: Allgemeine Veränderung	37
3.4. Zeitmanagement: Prioritäten setzen	39
4. ICF-GELEITETES HANDELN	40
5. URLAUB	43

Quelle: MAXQDA

5.5 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Auswertungsergebnisse anhand der fünf Hauptkategorien des obigen Kodierungssystem dargestellt, mit der Literatur in Verbindung gebracht und durch Antworten der Befragten untermauert.

1. Umsetzung, Umsetzbarkeit und Wirkung der Übungen
2. Therapeutische Kompetenz
3. Zeitmanagement
4. ICF-geleitetes Handeln
5. Urlaub

Die Kategorien 1. bis 3. gliedern sich außerdem in Unterkategorien. Die Aussagen der Befragten sind mit der jeweiligen Woche (z.B. W4) und der Zuordnung zu „Achtsamkeit“ oder „Selbstmitgefühl“ gekennzeichnet. Exemplarisch befindet sich der Kodierleitfaden der Unterkategorie 2.2. *Therapiebeziehung* inkl. Beschreibung und Veranschaulichung durch Beispielaussagen im Anhang (siehe Anhang D).

5.5.1 Umsetzung, Umsetzbarkeit und Wirkung der Übungen

Wie im 4. Kapitel bereits erläutert wurde, ist Achtsamkeit eine grundlegende menschliche Fähigkeit, welche durch Übung kultiviert werden kann. Sie wird außerdem als eine regelmäßige Praxis (formelle Meditation und achtsame Pausen) oder eine informelle Praxis (Erinnern an Achtsamkeit auf den Alltag bezogen) bezeichnet (Bristow, 2018). Das Selbstmitgefühl kann bereits das „sich selbst eine gute Freundin zu sein“ (Neff 2022, S. 27) bedeuten und nicht erst nach jahrelangem Üben erreicht werden. Auswirkungen auf den Arbeits- und privaten Alltag sind daher bereits nach einem kurzen Zeitraum der Praxis zu erwarten.

5.5.1.1 Umsetzbarkeit im Allgemeinen

Die tägliche Integration von neu erlernten Übungen über einen Zeitraum von 12 Wochen in den Arbeits- und privaten Alltag, benötigt doch eine große Bereitschaft und den Fokus auf die tatsächliche Möglichkeit der Umsetzung. Für die teilnehmenden Personen stellte eine Veränderung des normalen Alltagsablaufs beispielsweise durch Urlaub doch eine große Herausforderung dar. Zwei Antworten verdeutlichen dies besonders.

"Habe leider auch die Übungen aufgrund von Urlaub nicht so regelmäßig durchgeführt"
(ACHTSAMKEIT > W4)

"An der Stelle eine allgemeine Rückmeldung zu den Übungen: wie so oft ist die Motivation zu Beginn sehr groß, lässt dann über die Wochen aber nach. Erschwerend war noch die Urlaubssituation und damit verbunden der völlig geänderte Arbeitsalltag. Bei zwei bis sechs Patient:innen in der Woche ist es schwer, große Veränderungen, die auch auf die Übungen zurückzuführen sind, festzustellen. Darüber hinaus war es - trotz der tollen Zusammenfassung, die ich mehrfach ausgedruckt und an verschiedenen Stellen platziert habe - schwer, alle Übungen täglich durchzuführen. Zugegebenermaßen für mich unmöglich. Es haben sich 2-4 Favoriten herauskristallisiert, aber auch da ist es schwergefallen, sie tatsächlich täglich durchzuführen. V.a. im Sommer kommt bei mir das Bedürfnis nach "nichts tun" auf, und obwohl die Übungen äußerst schön und hilfreich sind, so war die Anzahl für mich dennoch nicht bewältigbar. Ich weiß, dass das nicht der Sinn der Übung war, aber es ist ehrlich. Summa summarum hätte ich mir wahrscheinlich mit einer wöchentlichen Aufgabe, einem Fokus leichter getan." (ACHTSAMKEIT > W6)

Die Vorgabe, nach sechs Wochen die Übungen aus der Achtsamkeit durch jene aus dem Selbstmitgefühl zu tauschen, verursachte v.a. in der ersten Woche nach dem Wechsel bei einigen Befragten deutlichen Schwierigkeiten, wieder in eine Praxis-Routine zu finden.

"Tja, der Wechsel der Übungen war wirklich schwierig, die anderen waren schon Routine und die "Neuen" hatte ich gar nicht parat und somit war ich noch sehr mit mir beschäftigt, dass ich keine Auswirkung erkennen hätte können." (SELBSTMITGEFÜHL > W7)

"Auch hierfür konnte ich die neuen Übungen vielleicht noch nicht gut genug in den Alltag integrieren, um Auswirkungen zu bemerken." (SELBSTMITGEFÜHL > W7)

5.5.1.2 Anwendung der Übungen in Planung

Immer wieder wurde in den Antworten darauf hingewiesen, dass das Vorhaben, die Übungen regelmäßig umzusetzen, im Fokus war, jedoch noch auf bessere Rahmenbedingungen gewartet wird.

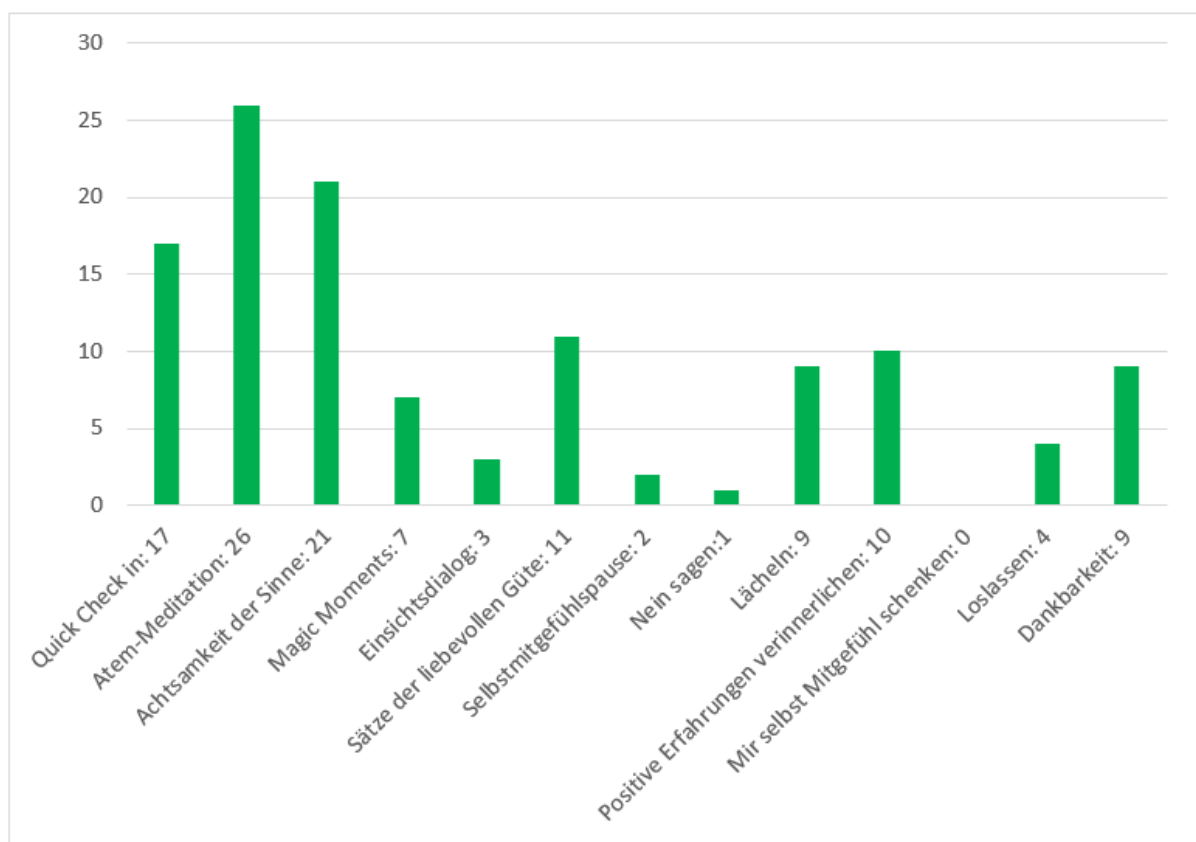
"Diesbezüglich konnte ich in diesem Zeitraum bewusst noch keine Veränderung bemerken; ich möchte aber versuchen, durch die Übungen auch im Umgang mit Kolleg:innen zu profitieren" (ACHTSAMKEIT > W1)

5.5.1.3 Integration spezifischer Übungen im privaten Alltag

Welche Übungen im privaten Alltag zur Anwendung kamen, wird in der Abbildung 22 veranschaulicht. Drei Übungen wurden besonders oft (17 bis 26 Mal) genannt, fünf Übungen häufig (sieben bis zehn mal), vier selten (eins bis vier Mal) und eine Anleitung schaffte es gar nicht in die top drei Liste („Mir selbst Mitgefühl schenken“).

Dem Bereich der *Achtsamkeit* sind die drei beliebtesten Übungen und eine aus dem Mittelfeld („Magic moments“) zuzuordnen, dem *Selbstmitgefühl* die restlichen vier aus den häufig genannten sowie die vier seltenen und die eine, welche gar nie angeführt wurde.

Abbildung 22: Integration von Übungen in den privaten Alltag



Eindeutig zeichnet sich die Übung „Atem-Meditation“ mit 26facher Nennung als Favoritin ab. Warum sie sich besonders gut zu eignen scheint, sollen folgende zwei Antworten hervorheben.

„Über geruhlsame Atmung mich nicht hetzen oder reinziehen zu lassen tut gut.“ (ACHTSAMKEIT > W3) und "Atem wahrnehmen (im Alltag zwischendurch, nicht die Meditation - die ist tatsächlich oft schwer unterzubringen)" (ACHTSAMKEIT > W4).

Die „Achtsamkeit der Sinne“ und der „Quick-Check-in“ erfreuen sich mit 21 bzw. 17facher Aufzählung ebenso großer Beliebtheit.

Aus dem Selbstmitgefühl wurden die „Sätze der liebevollen Güte“: *"Immer wieder erinnere ich mich an Sätze aus der Metta-Meditation."* (SELBSTMITGEFÜHL > W7) elf Mal angeführt, dicht gefolgt von der Übung „Positive Erfahrungen verinnerlichen“, welche zehn Mal genannt wurde.

Zum Abschluss sollen drei Antworten die Umsetzung von Übungen im privaten Alltag noch einmal hervorheben:

"Im privaten Bereich konnte ich das achtsame Zuhören anwenden!" (ACHTSAMKEIT > W1) *"Ich versuche es aber im privaten Bereich umzusetzen und merke, dass besonders das achtsame Zuhören hilfreich ist."* (ACHTSAMKEIT > W3)

„Tatsächlich RÄUMEN (Kleider aussortiert, Geschirr aussortiert, ...)" (SELBSTMITGEFÜHL > W8)

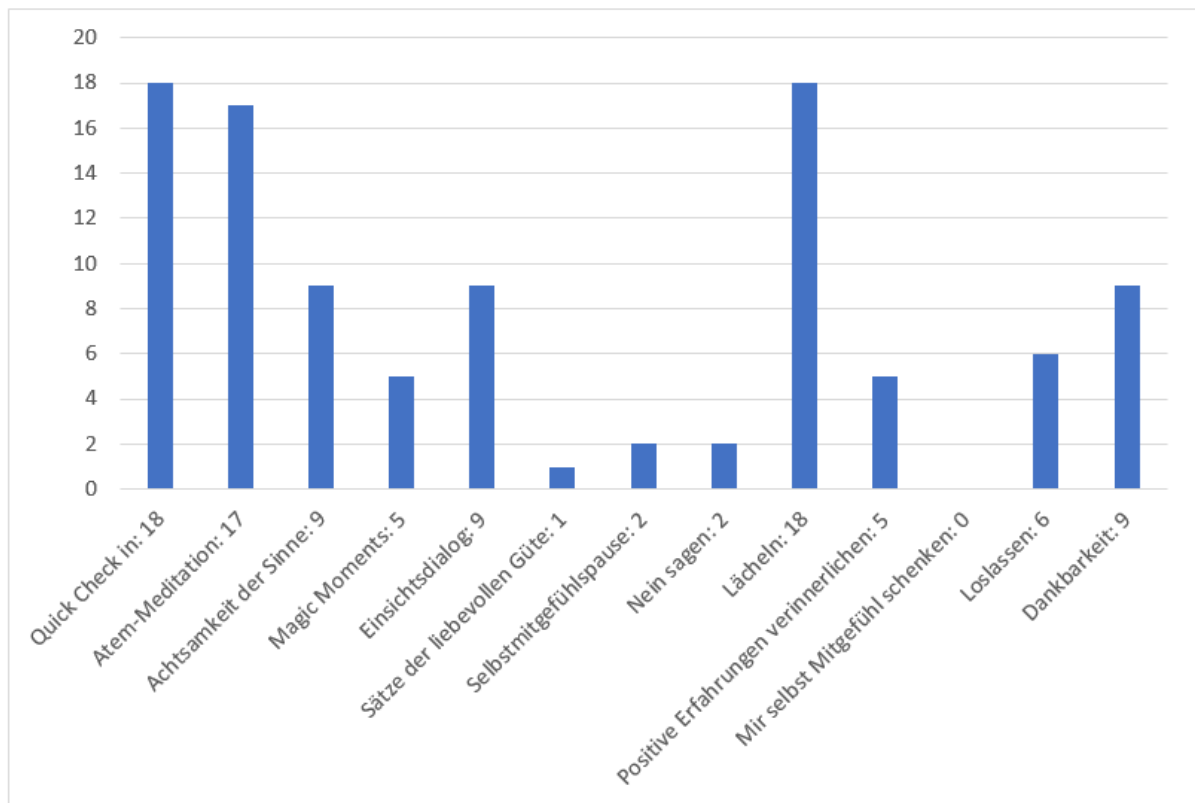
"Dankbarkeit für die kleinen Dinge (dies praktiziere ich schon lange)" (SELBSTMITGEFÜHL > W7)

5.5.1.4 Integration spezifischer Übungen in den Arbeits-Alltag

Die Übungen, welche im Arbeits-Alltag häufig Integration erfahren haben, decken sich nicht vollständig mit jenen aus dem privaten Bereich. Zwei Anleitungen aus der Achtsamkeit („Quick-Check-in“ und „Atem-Meditation“) und eine aus dem Selbstmitgefühl („Lächeln“) stehen in der Umsetzbarkeit im Arbeits-Alltag an der Spitze.

Sie werden gefolgt von zwei aus der Achtsamkeit („Achtsamkeit der Sinne“ und „Einsichtsdialog“) und einer Übung aus dem Selbstmitgefühl („Dankbarkeit“). Wieder gibt es keine Nennung von „Mitgefühl schenken“ und erneut können vier Übungen aus dem Selbstmitgefühl dem Mittelfeld zugeordnet werden.

Abbildung 23: Integration spezifischer Übungen in den Arbeits-Alltag



Im Anschluss werden exemplarisch Antworten zu den unterschiedlichen Übungen, welche im Arbeits-Alltag eingebaut wurden, angeführt:

"Es hat zumindest die Auswirkung, dass ich an den Klinik Arbeitstagen mit tiefer Atmung versuche, ..." (ACHTSAMKEIT > W1)

*"Der Achtsamkeitsdialog [Einsichtsdialog] lehrt mich, mich in "Zurückzuhaltung" zu üben, was wiederum Raum für "eigene Entdeckungen" beim Gegenüber ermöglicht. Mit weniger von mir mehr bei der*dem anderen erreichen." (ACHTSAMKEIT > W2)*

"Ein wichtiger Impuls in der Therapie sind für mich die Mindful Magic Moments" (ACHTSAMKEIT > W3)

"In der Früh ist der Quick Check sehr angenehm und leicht durchführbar" (ACHTSAMKEIT > W3)

*"Patient*innen bewusst mit einem ehrlichen Lächeln zu begrüßen ermöglicht einen angenehmen Start in eine Therapie Einheit" (SELBSTMITGEFÜHL > W7)*

"Das Lächeln / Anlächeln ist in jeder Situation ein wunderbares Mittel, wenn es "echt" ist und sich gut anfühlt. Das konnte ich in jedem (Therapie)Gespräch bewusst einbauen." (SELBSTMITGEFÜHL > W8)

"Nach der gemeinsamen Zeit ist ein Lob und ein „Danke“ eine schöne Routine, die mir und dem Gegenüber gut tut." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

"Dankbar sein und Danke aussprechen - so vertiefen sich die Gespräche" (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

"Natürlich baue ich bewusstes "Nein"-Sagen ein, es fällt mir auch immer wieder etwas leichter" (SELBSTMITGEFÜHL > W12)

"Auch hab ich versucht im Gespräch auszumisten [Loslassen] und mich vor allem mehr auf wesentliche Inhalte zu konzentrieren." (SELBSTMITGEFÜHL > W12)

5.5.1.5 Auswirkungen: privater Alltag, Übungen allgemein

Auswirkungen der Übungspraxis auf das private Leben der Teilnehmerinnen spiegeln sich in unterschiedlichen Bereichen wider. Sie gehen von „*Geduldig mit den Familienmitgliedern sein*“ und „*Mehr Zeit für bedeutende Dinge*“ (SELBSTMITGEFÜHL > W12) über „*auf den privaten Alltag allerdings haben sie schon Auswirkungen im Sinne von noch fokussierterem Zuhören*“ (ACHTSAMKEIT > W1). Weiters finden sich Antworten wie „*Privat würde ich sagen, rückt das verständnisvolle und liebenswürdig-freundliche Sein in den Vordergrund*“ (ACHTSAMKEIT > W3) oder „*Mich nicht hetzen oder reinziehen zu lassen tut gut [...] ich bemühe mich, schwere Themen wie Sterben und Sorge anzusprechen*“ (ACHTSAMKEIT > W3). Insgesamt gibt es in den acht dieser Unterkategorie zugewiesenen Antworten mehr Aussagen zur Auswirkung der Übungen aus den Wochen, in denen die Achtsamkeitspraxis im Fokus stand.

5.5.1.6 Auswirkungen: Arbeits-Alltag, Übungen allgemein

Wirkungsweisen auf den Arbeits-Alltag, die nicht explizit auf spezielle Übungen bezogen sind, werden von nicht allen Teilnehmerinnen wahrgenommen. In dieser Kategorie gibt es fünf Aussagen, die keine Wirkung auf den Arbeitsbereich formulieren. „*Ich kann mich an keine Situation in der letzten Woche erinnern, in der ich aufgrund der durchgeführten Übungen bewusst anders gehandelt hätte*“ (ACHTSAMKEIT > W3) oder „*Ich konnte anhand der neuen Übungen keine bewussten Veränderungen [...] erleben*“ (SELBSTMITGEFÜHL > W7). Von den 18 Zuordnungen können allerdings doch 13 davon überzeugend mit Antworten wie z.B. „*Gefühlt haben alle Qualitäten mehr Raum*“ (SELBSTMITGEFÜHL > W8) oder „*Die Übungen wirken vertiefend und schwierige Situationen kann ich leichter aus einer anderen Perspektive wahrnehmen/reflektieren.*“ (ACHTSAMKEIT > W2) und „*Ich bin sehr bei mir und kann kleine Wirkungen erkennen und diese zurückgeben*“ (SELBSTMITGEFÜHL > W12) auf Effekte verweisen.

5.5.2 Therapeutische Kompetenz

In der Theorie wird eingehend erläutert, welche Qualitäten wichtig sind, um als Logopädin oder Logopäde im Berufsalltag die Wirkfaktoren für logopädische Therapie (siehe Kap. 2.7.4, S. 21

f) erfüllen zu können. Um von einer ähnlichen Voraussetzung ausgehen zu können, was den Stand der Integration von interner Evidenz betrifft (siehe Abb. 8, S. 25), wurden für die Teilnahme an dieser Forschungsstudie Kolleginnen eingeladen, die über mindestens zehn Jahre Berufserfahrung verfügen, womit sie im „Master“ Level der internen Evidenz angekommen sind. Die Aussagen zum großen Themenkomplex der therapeutischen Kompetenz untergliedern sich in drei Unterkategorien, wobei der Therapie-Beziehung und den Therapeutinnen- und Therapeuten-Merkmalen weitere Subkategorien untergeordnet sind. In den Unterkapiteln wird darauf im Detail eingegangen.

5.5.2.1 Therapeutische Kommunikation

Die Kommunikation stellt eine der Kernkompetenzen von Logopädinnen und Logopäden im therapeutischen Setting dar, dies und ihr Zusammenhang mit dem Beziehungsaufbau und den therapeutischen Qualitäten wird in der Literatur mehrfach betont.

Auf diese Kategorie nehmen eine Vielzahl der Aussagen Bezug. Hauptsächlich wird mehr **Klarheit** als Auswirkung angeführt:

„Ich erlebe mich „klarer“ in der Kommunikation“ (SELBSTMITGEFÜHL>W9_10) und "Die Qualität der therapeutischen Gespräche haben sich für mich verändert und Unklarheiten treten seltener auf. Klient:innen können vermittelte Inhalte anscheinend klarer annehmen und profitieren mehr." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

"Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Klient:innen klarer gegenüber treten kann. Gespräche und Beratungen, besonders bei "schwierigen" Klienten gelingen gut, im Kernpunkt liegt hier meines Erachtens das Verständnis für ihre Situation und das Erkennen, von Übertragungen, was nichts mit mir zu tun hat. Das ist durch die schöne und klarere Selbstwahrnehmung nun deutlicher." (SELBSTMITGEFÜHL > W12).

Gezielte **Gesprächsführung** wird ebenso häufig wie **fokussierteres und geduldiges Zuhören** genannt:

„Zuhören liegt im Zentrum und Gespräche können noch gezielter geleitet und geführt werden“ (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)

"Alles in allem erlebe ich aber wie bereits beschrieben die Auswirkungen dahingehend, dass ich noch fokussierter auf die persönlichen Einschränkungen oder Fragestellungen meines Gegenübers eingehe" (ACHTSAMKEIT > W4)

"Ich konnte mich noch einige Male darin üben geduldig zuzuhören und nicht so schnell ein Urteil bzw. weitere Fragen in meinem Kopf entstehen zu lassen. Im Anamnese Gespräch könnte dadurch ggf mehr Raum für die Anliegen der Klient:innen entstanden sein,

da diese weniger unterbrochen bzw. durch enge Fragen in die eine oder andere Richtung gelenkt wurden." (ACHTSAMKEIT>W1).

Weiters rücken **Zeit geben** und **Zurückhaltung** in den Fokus:

"Genaueres Zuhören, weil ich mein eigenes Fragen oft nochmal rückgestellt habe. Spezifischeres Nachfragen wird dadurch ermöglicht, was die professionellere Einschätzung erlaubt und eine gemeinsame Orientierung optimiert." (ACHTSAMKEIT > W1). "In den Gesprächen versuche ich, besser zu warten, wann ich etwas sage, und die Eltern mehr zu Wort kommen zu lassen" (ACHTSAMKEIT > W6).

Die Befragten beziehen sich auf unterschiedliche Arten von Gesprächen, wie das Beratungsgespräch, das Anamnesegespräch und Patientinnen- und Patientengespräche. Fünf von insgesamt 42 Nennungen teilen die Auffassung, dass sie keine Auswirkungen auf den Bereich Kommunikation bemerken konnten. Eine Teilnehmerin bezieht sich hier auf die Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen und kann in *„kollegialen Gesprächen keine Veränderung bemerken“* (ACHTSAMKEIT > W2).

Wenn nun das Augenmerk auf die Resultate aus beiden Übungsbereich gelenkt wird, stammen die Hauptnennungen aus dem Zeitraum der Achtsamkeitspraxis. In nachfolgenden Beispielen werden Effekte, welche sich aufgrund konkreter Übungen ergeben, beschrieben.

Durch das Anwenden des *Einsichtsdialogs* kommt es zu Aussagen wie z.B.:

"Ich ging auch vorher schon sehr bewusst in Klient_innengespräche. Anders ist nun, dass ich mich im Gespräch weniger ablenken lasse und bewusster bei mir bleibe, in mich hinein fühle, dem anderen mehr Redezeit lasse (Einsichtsdialog)." (ACHTSAMKEIT > W2)

*"Der Achtsamkeitsdialog lehrt mich, mich in "Zurückhaltung" zu üben, was wiederum Raum für "eigene Entdeckungen" beim Gegenüber ermöglicht. Mit weniger von mir mehr bei der*dem anderen erreichen." (ACHTSAMKEIT > W2)*

„Ich versuche mich immer wieder an den Prinzipien des Einsichtsdialogs zu erinnern. Entspannen während des Gesprächs und darauf zu vertrauen, dass es dennoch in eine "produktive" Richtung geht finde ich bei manchen Klient:innen schwierig“ (ACHTSAMKEIT > W3)

"Jedoch konnte ich nach wie vor vom Einsichtsdialog profitieren. Das „Zeit lassen“ und unvoreingenommen zuhören ermöglicht entspannte und ehrliche Gespräche!" (SELBSTMITGEFÜHL > W7).

Eine Aussage erläutert die Auswirkung des gezielten Einsetzens der Übung „Atmen“ im Dialog mit Patientinnen und Patienten:

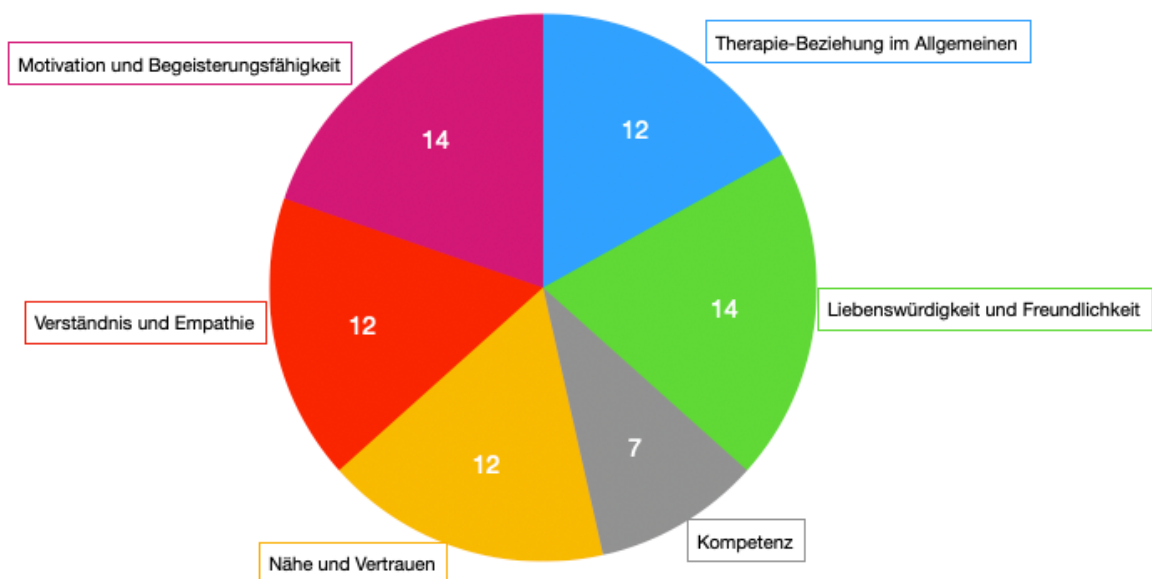
*“Durch einmal mehr Atmen bevor ich selber spreche, erlaubt die Pause noch einen Satz vom Gegenüber mehr - da steckt oft wichtige Info drinnen, die sonst ev. nicht gekommen wäre. Zeit, Ruhe und Hineinspüren lässt die Patient*innen mehr von sich erzählen.“ (ACHTSAMKEIT > W4).*

„Lächeln“ und „Dankbarkeit“ werden in folgenden Beispielsätzen genannt: *"Lächeln, dankbar sein und Danke aussprechen - so vertiefen sich die Gespräche"* (SELBSTMITGEFÜHL > W11) und *"Das Gegenüber herzlich, lächelnd willkommen heißen, offen sein und für das Gespräch und die aktive Teilnahme danken."* (SELBSTMITGEFÜHL > W10)

5.5.2.2 Therapie-Beziehung

Ein weiteres Herzstück der therapeutischen Kompetenz stellt die Fähigkeit zur qualitätsvollen Therapie-Beziehung dar. Die Darstellung der Resultate auf den Bereich Therapie-Beziehung wird in Abbildung 24 sichtbar, indem ein Überblick über die Häufigkeit der Zuordnung zu den ermittelten Subkategorien gezeichnet wird. Einflussnahme lässt sich sowohl aus der Achtsamkeit als auch dem Selbstmitgefühl generieren, die Gewichtung hält sich hier die Waage.

Abbildung 24: Subkategorien zur Therapie-Beziehung



Allgemeine Einflussnahmen auf die Therapie-Beziehung werden von den Befragten unterschiedlich ausgedrückt:

"Durch die Achtsamkeitsübungen können erlebte Beziehungen sehr klar wahrgenommen werden. Dadurch erfahren die Klientinnen klaren Halt, Orientierung, Hilfe und die professionelle Einschätzung kann entsprechend klar transportiert werden" (ACHTSAMKEIT > W6)

"Durch einen etwas klareren Blick auf die eigene Person, gewinnt die therapeutische Beziehung." (SELBSTMITGEFÜHL > W7)

„In der letzten Woche ist es mir gut gelungen sowohl professionellen Abstand zu einem berührenden Schicksal einer Patientin zu halten, aber dennoch gut in Beziehung treten zu können." (SELBSTMITGEFÜHL > W12)

"Obwohl ich die Übungen nicht konsequent durchführe, kommt mir vor, die therapeutischen Beziehungen gewinnen an Ehrlichkeit und Tiefe." (SELBSTMITGEFÜHL > W12)

Spezielles Übungsangebot zeigt ebenfalls Auswirkungen auf den allgemeinen Faktor „Therapie-Beziehung“:

"Beziehungsaufbau mit Angehörigen von schwerst betroffenen Patient:innen ist für den weiteren Verlauf enorm wichtig; Durch einen Einsichts Dialog ist mir das letzte Woche sehr gut gelungen!" (ACHTSAMKEIT > W6)

"Durch das bewusste Einsetzen von Lächeln als Ausdruck der positiven Wertschätzung wird die Beziehung deutlich gestärkt." (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)

"Es gelingt immer bewusster ein einladendes Lächeln zu nutzen und gemeinsam auf positive Erfahrungen hinzuschauen und diese groß werden zu lassen, nach der gemeinsamen Zeit ist ein Lob und ein „Danke“ eine schöne Routine, die mir und dem Gegenüber gut tut." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

"Das Lächeln verstärkt unsere Beziehung vor allem vor dem Hintergrund ehrlicher Rückmeldungen!" (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

Zu den Qualitäten der **Liebenswürdigkeit** und **Freundlichkeit** konnten 14 Aussagen zugeordnet werden. Diese beschreiben diese Kompetenzen auch als Grundhaltungen, welche in der Beziehungsebene eingebracht wird:

*"Liebevoll der Patient*in ihre*seine Schwierigkeiten "erlauben". Das steigert sicher auf beiden Seiten die Möglichkeiten, wo wir alternative Wege suchen und finden können und in welcher Form die eigenen Kompetenzen eingebracht und umgesetzt werden können." (ACHTSAMKEIT > W1)*

"Die liebevolle freundliche Grundhaltung kann mit den regelmäßigen Übungen noch schöner gelebt werden. Nicht nur im Arbeitsalltag." (SELBSTMITGEFÜHL > W8),

"Die therapeutische Beziehung wird durch mein Lächeln angebahnt und intensiviert. Das Erleben kleiner positiver, gemeinsamer Momente aufzunehmen und zu verinnerlichen und sich als Therapeutin daran erfreuen. Diese Geschenke steigern mein Therapeutisches Wohlbefinden und steigert die Freude auf die nächste therapeutische Begegnung." (SELBSTMITGEFÜHL > W8),

"Mit dem Dran bleiben an den Übungen verändert sich die innere Grundeinstellung zu noch mehr Positivität. Ein Liebenswertes Begegnen ist Kern der Begegnung." (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)

Auswirkungen auf die Fähigkeit des Einbringens von **Kompetenz** werden von sieben Personen in den nun folgenden exemplarischen Antworten beschrieben:

"Im letzten Erstgespräch hatte ich in Bezug auf Kompetenz ein besonders gutes Gefühl, das ich schwer näher definieren kann. Ob und in welchem Ausmaß es mit den Übungen zusammenhängen kann, kann ich aber nicht ganz sicher sagen." (ACHTSAMKEIT > W4)

"Das Vertrauen ins eigene Können erleichtert Vertrauen weiterzugeben." (ACHTSAMKEIT > W4),

*"Nein sagen im therapeutischen Sinne bedeutet auch eine Problemstellung nicht behandeln zu können / wollen. Nein sagen erlaubt, eine Therapie auch abzuschließen und nicht noch länger laufen zu lassen - so kann ich Verantwortung an die Patient*innen zurück geben. Das macht kompetenter."* (SELBSTMITGEFÜHL > W8)

Der Subkategorie **Motivation** und **Begeisterungsfähigkeit** wurden 14 Äußerungen zugewiesen, welche zu gleichen Teilen auf die Übungsbereiche Achtsamkeit und Selbstmitgefühl aufgeteilt sind. Die Teilnehmerinnen nehmen weniger Bezug auf die Wirkung spezieller Übungen als eine Gesamtveränderung dieser Qualitäten als allgemeinen Effekt der Übungen.

"Im letzten Erstgespräch hatte ich in Bezug auf Begeisterungsfähigkeit ein besonders gutes Gefühl, das ich schwer näher definieren kann. Ob und in welchem Ausmaß es mit den Übungen zusammenhängen kann, kann ich aber nicht ganz sicher sagen." (ACHTSAMKEIT > W4) *"Das eigene Vertrauen und die eigene Zuversicht noch besser spüren, ermöglicht mir auch meinem Gegenüber mehr davon zu vermitteln. Diese Sicherheit bringt Motivation und Begeisterung auf beiden Seiten"* (ACHTSAMKEIT > W1)

"Ich kann nur motivierend und begeisterungsfähig bleiben, wenn ich gut auf mich achte. Die Übung zum Selbst-Mitgefühl unterstützt diese Haltung." (SELBSTMITGEFÜHL > W7).

"Ich habe mich letzte Woche bewusst bei einem Kind bedankt, dass es gut mitgemacht hat, und auf direktes loben verzichtet. Das wurde vom Kind sehr gut aufgenommen und

ich glaube es hat sich als sehr selbstwirksam erlebt. Es war sehr motiviert weiter zu arbeiten" (SELBSTMITGEFÜHL > W7).

Nähe und Vertrauen

"Aufgrund der Übungen konnte ich immer wieder meine eigene Stimmung besser wahrnehmen, und daher in Situationen mehr Präsenz zeigen. VI schafft das schneller mehr Nähe? Ist jedoch nach dieser kurzen Zeit schwer einzuschätzen." (ACHTSAMKEIT > W1)

"Der Beziehungsaufbau und damit das Schaffen von Vertrauen ist in der therapeutischen Arbeit enorm wichtig; ich merke, dass dieser Prozess bei neuen Patient:innen gut gelingt; ich vermute da einen Zusammenhang mit den Übungen ..." (ACHTSAMKEIT > W4) .

"Ich habe das Gefühl, dass der Patientin (v.a. von zu Hause aus) wenig Verständnis entgegengebracht wird. Ihre Motivation war anfänglich entsprechend niedrig. In den letzten Einheiten ist es aber gelungen, einen sehr positiven Kontakt zu ihr aufzubauen. Das "Zurücklehnen", Vertrauen und Geschehen lassen verbunden mit "bei mir bleiben" und atmen hat da schon geholfen." (ACHTSAMKEIT > W6)

Verständnis und Empathie

*"Bezogen auf "verständnisvoll" denke ich, dass ich durch mehr Ruhe mehr Raum schaffen kann, der mit Inhalt durch die Patient*innen gefüllt werden kann" (ACHTSAMKEIT > W1)*

"Ich bin dadurch geduldiger und kann empathischer im Umgang mit meinen Mitmenschen bzw. Patient:innen sein." (ACHTSAMKEIT > W2).

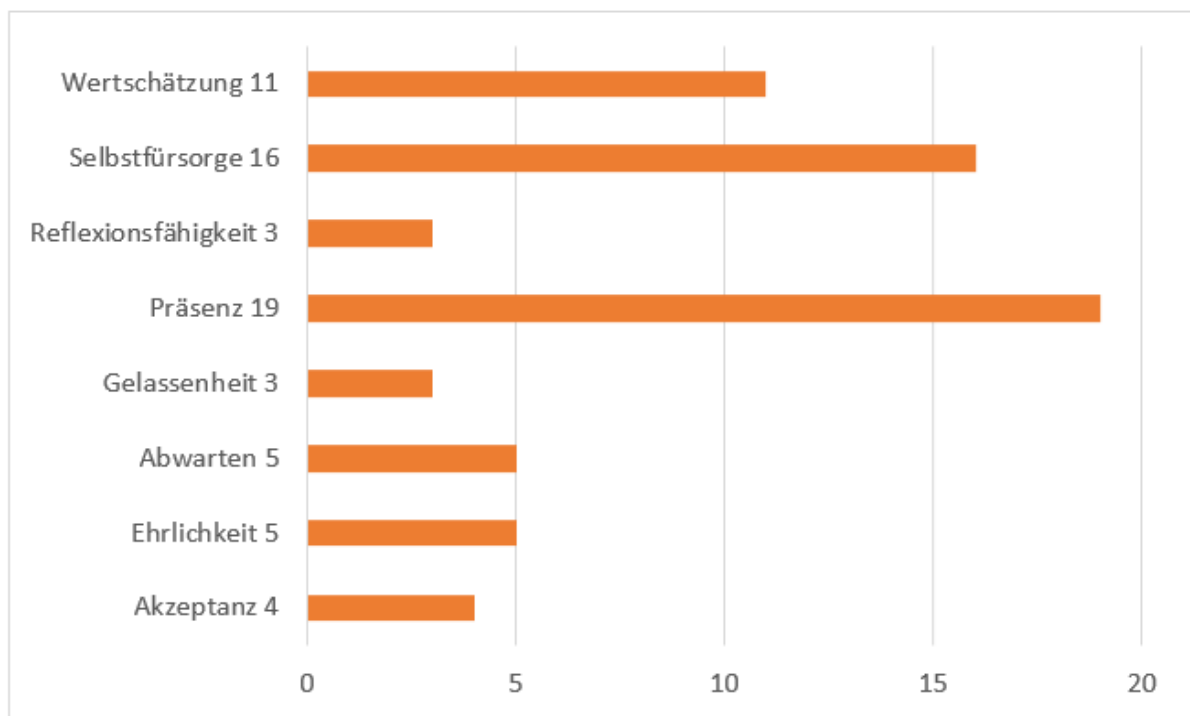
*"Mit der Selbstmitgefühlspause, dem mir selbst Mitgefühl schenken, werde ich gelassener mit mir und verständnisvoller für meine Patient*innen." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)*

"Zunahme an Geduld und Verständnis" (SELBSTMITGEFÜHL > W12)

5.5.2.3 Therapeutinnen- und Therapeuten-Merkmale

In der Literatur wird Bezug auf eine Vielzahl an Qualitäten, welche Therapeutinnen- und Therapeuten-Merkmalen zugeordnet sind, genommen. Die in dieser Forschung kodierten Begriffe finden sich in der Abbildung 25 in einer Darstellung wieder, die auf die Häufigkeit der Nennungen Bezug nimmt.

Abbildung 25: Subkategorien der Therapeutinnen- und Therapeuten-Merkmale



Präsenz und Selbstfürsorge sind die Qualitäten, die in der Ergebnisdarstellung dieser Forschungsarbeit mit 19 bzw. 16 Kodierungen die größte Resonanz zeigen. Der Übungsbereich Achtsamkeit bringt hier mehr in den Bereich der Verbesserung der Präsenz ein, wohingegen die Selbstfürsorge eher aus dem Bereich der Übungen aus dem Selbstmitgefühl profitiert hat. Aussagen der Befragten zu Präsenz und Selbstfürsorge untermauern dies:

Präsenz

"Aufgrund der Übungen konnte ich immer wieder meine eigene Stimmung besser wahrnehmen, und daher in Situationen mehr Präsenz zeigen." (ACHTSAMKEIT > W1)

*"Mehr "bei mir sein" und mich über den Atem gut zu spüren, gibt dem Gegenüber mehr Raum und mir Raum, mehr zu erleben - Worte hören, Stimmklang erfahren, den Atem der*des anderen zu spiegeln" (ACHTSAMKEIT > W2)*

"Meine eigenen Bedürfnisse, Handlungsimpulse und Gefühle bewusst wahrzunehmen, und dadurch besser zu priorisieren hilft mir insgesamt gelassener, ausgeglichener zu sein." (ACHTSAMKEIT > W2)

"In allen Qualitäten kann ich besser in mir ruhen." (ACHTSAMKEIT > W2)

"Was ich merke, ist, dass es mir besser gelingt, zuerst bei mir zu sein und so in weiterer Folge im guten Kontakt zu Gegenüber sein zu können" (ACHTSAMKEIT > W3)

"Ich denke immer wieder im Kontakt mit Patient:innen ans Innehalten - das hilft, im Kontakt zu bleiben." (ACHTSAMKEIT > W4)

*"Dieses bei der*dem anderen und bei mir Sein wird durch die Übungen intensiviert. Es macht mich langsamer und geduldiger beim Zuhören ohne Ratschläge voranzutreiben." (ACHTSAMKEIT > W4)*

Selbstfürsorge

"Es gelingt mir besser auch mich selbst zu achten." (ACHTSAMKEIT > W2)

"Ich lasse eigene Emotionen zu und artikuliere sie auch (zB bei sterbenden Patient:innen und deren Angehörigen)" (ACHTSAMKEIT > W2)

"Ich habe das Gefühl, dass es sehr gut tut, dass ich mir meiner eigenen Gefühlslage immer häufiger bewusst werde und gezielt wahrnehmen kann, was ich brauche um mich ggf ein bisschen besser zu fühlen bzw. zu priorisieren, welchen Handlungsimpulsen ich gleich oder später nachgehen möchte. Das macht es möglich entspannt in Therapietage zu starten und Patientinnen mit mehr Geduld entgegen zu treten. Dadurch kann ggf auch das Selbstvertrauen der Therapiekinder gestärkt und Erwartungen besser angepasst werden." (ACHTSAMKEIT > W6)

"Der bewusstere Umgang mit sich selbst fördert auch die therapeutische Beziehung und Verstehen, liebenswertes Begegnen werden mit den Wochen immer selbstverständlicher." (SELBSTMITGEFÜHL > W8)

"Wenn man Mitgefühl für sich selbst entwickelt, kommt es automatisch bei den Patient:innen und deren Angehörigen auch an! Details kann ich derzeit nicht formulieren" (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)

"Ich versuche nun bewusst gelassener und geduldiger zu sein, wenn Therapieziele sehr viel Zeit brauchen um erreicht zu werden." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

"Ich habe in den letzten Wochen festgestellt, dass ich in all den angeführten Punkten weniger Lernbedarf habe, als im Abgrenzen, Verantwortung beim anderen lassen und neben dem Verständnis für die anderen auch mehr Verständnis für mich zuzulassen! Ich denke, dass mich meine Umwelt deshalb nicht weniger freundlich, liebenswürdig oder motivierend wahrnimmt. Für mich macht es aber einen Unterschied, mehr bei mir zu sein und mich nicht ständig für das Wohlbefinden der anderen zuständig und verantwortlich zu fühlen." (SELBSTMITGEFÜHL > W12)

Reflexionsfähigkeit, Akzeptanz, Ehrlichkeit, Abwarten und Gelassenheit erfahren Veränderung hauptsächlich durch Übungen aus der Achtsamkeitspraxis, diese Qualitäten werden jedoch seltener genannt als die drei oben bereits angeführten. Die im weiteren Verlauf zitierten Sätze sollen die Veränderungen dieser fünf Qualitäten dokumentieren:

Reflexionsfähigkeit

"eine der Auswirkungen ist eventuell, dass ich mich in weiterer Folge auch wieder gut abgrenzen kann und in der Supervision der Situation alternative Wege fürs nächste, ähnliche Gespräch finden konnte" (ACHTSAMKEIT > W3)

Akzeptanz

„Aber es gelingt mir gut, auch bei Personen die ich im privaten Setting nicht als besonders sympathisch empfunden hätte, eine wertfreie und positiv gestimmte Grundhaltung einzunehmen.“ (ACHTSAMKEIT > W3)

"In der Beziehung offen zu sein und ohne Vorurteile sein zu können, erlaubt persönliche Situationen auch wertfrei anzunehmen und so individuelle Lösungen, Situationen und Übungen zu finden. Das macht mich liebenswürdig und empathisch, woraus sich auch Kompetenz ergibt." (ACHTSAMKEIT > W5)

"Besonders im Gespräch mit den Eltern versuche ich nicht zu werten." (ACHTSAMKEIT > W6)

Ehrlichkeit

"Die eigene Ruhe und Sicherheit hilft in jedem Fall auch, ehrlich im Miteinander zu sein und klar die Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen." (ACHTSAMKEIT > W1)

"Ehrlichkeit ist eine Qualität, die gefühlt eine Verbesserung erfahren hat." (ACHTSAMKEIT > W4)

Abwarten

"Ich zeige vermehrt abwartendes Verhalten, und habe das Gefühl, auffälliges Verhalten besser auszuhalten." (ACHTSAMKEIT > W6)

"Ich kann mich zurücklehnen und annehmen, anstatt einzugreifen und zu regulieren." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

Gelassenheit

"Ich gehe etwas gelassener und ruhiger in stressige Tage - eines nach dem anderen." (ACHTSAMKEIT > W2)

"Es fällt mir nicht immer leicht geduldig in der Therapie zu sein, und ich habe immer wieder schon den nächsten Schritt im Kopf bzw. forciere teils Ziele, die vielleicht noch zu schwierig sind. Ich habe in der letzten Woche bemerkt, dass ich es gut aushalten konnte, wenn "oberflächlich" eine Stagnation da war. GGf. mehr Gelassenheit!?" (ACHTSAMKEIT > W3)

5.5.3 Zeitmanagement

Auf die Verbesserung der Work-Life-Balance durch Achtsamkeits-Praxis wird in der Literatur verwiesen. Der Auswirkung von Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlübungen auf den Faktor „Zeitmanagement“ wird in dieser Forschung daher in drei Subkategorien Aufmerksamkeit geschenkt:

- Pausen
- Allgemeine Veränderungen
- Prioritäten

Der Kategorie „Pausen“ konnten 18 Aussagen zugeordnet werden, den „Allgemeinen Veränderungen“ 24 und der Kategorie „Prioritäten setzen“ 12 Aussagen.

Regelmäßige Pausen in den Arbeitsalltag einzubauen ist auch für die Berufsgruppe der Logopädinnen und Logopäden äußerst wichtig, in den Antworten betonen die Teilnehmerinnen, dass fehlende Pausengestaltung mehr auffällt, Pausen versucht werden einzubauen bzw. diese nun stattfinden:

"Ich versuche mir nun auch Zeit für meine Pausen einzuplanen :-)." (ACHTSAMKEIT > W1)

"Das NEIN erlaubt mir, eine persönlich gut genutzte Pause in entsprechender Länge zu gönnen." (ACHTSAMKEIT > W1)

"Fehlende Pausengestaltung fällt mir mehr auf, aber hier bedarf es auf jeden Fall noch Übung." (ACHTSAMKEIT > W2)

"Ich mach nun endlich echte Pausen!" (ACHTSAMKEIT > W4)

„V.a. die Übungen "achtsam sehen ..." ermöglichen mir, meine Pausen achtsam zu "nutzen" (ACHTSAMKEIT > W4)

"Die Achtsamkeitsübungen helfen auch sich selbst Pausen einzuplanen und sie einzuhalten. D. h. auch besser auf sich zu schauen." (ACHTSAMKEIT > W6)

"Wichtig, für sich selbst die Pause einzuhalten ... Das erlaubt ich mir tatsächlich mehr (ganz ohne schlechtes Gewissen)" (ACHTSAMKEIT > W6)

"Ich achte vermehrt auf gedankliche und emotionale Pausen" (SELBSTMITGEFÜHL > W7)

"Endlich gelingen mir bewusste Pausen. Das zeitliche Management für Administration und Klient:innen bezogene Tätigkeiten kann ich nun noch klarer trennen...ich dachte, dass mache ich, aber die Qualität hat sich nun nochmals verändert." (SELBSTMITGEFÜHL > W8)

"Verbessert hat sich durch die Übung an der Selbstachtsamkeit, dass ich auch mir diese Wertschätzung entgegenbringe, indem ich konsequenter meine Pausen einplane und auch einhalte." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

„Was mir aber im großen Chaos immer mehr gelingt, ist, mir kurze Pausen fürs Durchatmen, bewusste Wahrnehmen und im Hier und Jetzt ankommen zu nehmen." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

Allgemeine Veränderungen

Die Hälfte der zugordneten Aussagen ergibt wenig oder keine Veränderungen im Zeitmanagement.

„In letzter Zeit kaum Auswirkungen bemerkt“ (SELBSTMITGEFÜHL > W_9_10)

„Da (Zeitmanagement) gibt es Luft nach oben – mit oder ohne Übungen ...“ (ACHTSAMKEIT > W6).

Die Angaben derer, welche Veränderungen bemerken, beschreiben diese wie folgt:

"Ich nehme mir zwischen dem Übergang zur nächsten Therapie Zeit, mich gut wahrzunehmen und mich auf den Nächsten bewusst einzustellen. Ich bemerke bereits jetzt ein verbessertes und klareres Zeitmanagement." (ACHTSAMKEIT > W1)

"Ich verschiebe Themen in die nächste Einheit, wenn es der zeitliche Rahmen nicht mehr zulässt ("das möchte ich gerne nächste Woche mit Ihnen ausführlich besprechen", "davon erzähle ich Ihnen gerne nächste Woche")" (ACHTSAMKEIT > W1)

"Desto länger ich "übe" desto besser wird das Zeitmanagement, weil ich besser auf mich achte." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

Prioritäten

„Insgesamt hilft es zu priorisieren, da Bedürfnisse und Impulse bewusster wahrgenommen werden.“ (ACHTSAMKEIT > W2)

"Beruflich telefoniert hab ich tatsächlich, hab da sogar Therapien nicht übernommen! Hab glatt NEIN gesagt! Und meinen letzten Therapietag in der letzten Woche hab ich einfach ABGESAGT, weil ich mich nicht wohl gefühlt hab. Das hab ich glaub ich vorher noch nie gemacht." (ACHTSAMKEIT > W3)

"Ich habe eine telefonische Besprechung mit einer Mutter ganz bewusst nicht ermöglicht und „Nein gesagt“, da dies immer sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, die ich eigentlich nicht verrechnen kann. Alles ließ sich sehr gut per Mail regeln. In dem Fall brachte es wirklich Zeitersparnis und eine angenehme ruhige Kaffeepause!" (SELBSTMITGEFÜHL > W7)

"Hier ist die "Nein"-Übung doch gut hilfreich. Das bewusste Nein erlaubt mehr Zeit für anderes und klareres Management der priorisierten ToDos." (SELBSTMITGEFÜHL > W7)

"Das Zeitmanagement hinsichtlich meiner Studierenden oder Patientinnen hat sich nicht sonderlich verändert, aber mir Zeit für mich selbst zu nehmen hat jetzt höhere Priorität." (SELBSTMITGEFÜHL > W8)

5.5.4 ICF geleitetes Handeln

Die ICF ist aus der Logopädie nicht mehr weg zu denken, sie nimmt einen immer höheren Stellenwert in allen Bereichen des logopädischen Prozesses ein. Die Einflussnahme auf ICF geleitetes Handeln kommt hier mehr aus der Achtsamkeits- als aus der Selbstmitgeföhlspraxis. Beschrieben werden die Veränderungen innerhalb der 26 der ICF zugeordneten Aussagen beispielsweise durch „Hervorhebung von vermehrter Angehörigen-Einbindung in die Therapie“, „Einflussnahme auf Ziel- und Ressourcenorientierung“, „individuellere Übungsanpassung“ und „Hinzunahme von Patientinnen- und Patienteneinschätzungen“:

"Ich habe in der letzten Woche vermehrt Angehörige (die in der Therapie nicht mit dabei sind) über die Inhalte und Erfolge in den einzelnen Einheiten informiert; dies wurde sehr positiv angenommen!" (ACHTSAMKEIT > W1)

*"Auf Ziel- und Ressourcenorientierung hat es die Auswirkung, dass ich durch meine Offenheit klarer den Ideen meiner Patient*innen folgen kann und so flexibel in deren Lebenswelten eintauchen kann und individuelle, für deren Alltag relevante Übungen leichter finde." (ACHTSAMKEIT > W1)*

"Genaueres Zu/Heraushören erlaubt noch individuellere Übungsanpassung, je klarer die Situation vom Gegenüber (soziales Umfeld, Möglichkeiten, Fähigkeiten, Wünsche, Sorgen, ...) ist, umso realistischer kann ich die Erwartungen einschätzen und formulieren. Beruhigung und Befähigung - durch meine Sicherheit und Zuversicht, dass Veränderung grundsätzlich möglich ist, gelingt es, beim Gegenüber Stress zu minimieren und durch Steigerung deren Selbstwirksamkeit eigenes Handeln anzubahnen - von kleinen Situationen aufs große Ganze. Alle Übungen bestärken in mir das Vertrauen, bei sich anzufangen erlaubt Veränderung nach außen / im Außen." (ACHTSAMKEIT > W2)

"Ressourcenorientierung ist eine Qualität, die gefühlt eine Verbesserung erfahren hat." (ACHTSAMKEIT > W4)

"Ich finde Alltags relevante Übungen und bin nicht zurückhaltend auch nach der persönlichen Einschätzung zu fragen - mögliche Umsetzung in Alltag, mögliche Durchführung als Übung, Die Übungen stärken definitiv meine Fähigkeit Ruhe zu vermitteln, wenn es sein soll." (ACHTSAMKEIT > W5)

"Ich achte stark darauf, auch bei schwierigen Prognosen realistische Erwartungen aber auch Zuversicht zu vermitteln, indem ich auf kleine Entwicklungsschritte hinweise. Besonders bei einem Klienten ist es jetzt gut gelungen, ihn vermehrt aus der Reserve zu locken und ihm mehr Selbstermächtigung zuzuschreiben, und das kann auch zuhause gut übernommen werden." (ACHTSAMKEIT > W6)

"Ich frage auch öfter welche Einschätzung die Personen selbst haben, um dem Raum zu geben." (ACHTSAMKEIT > W6)

"Je mehr ich mein "Leid" annehmen kann und zur großen Welt in Relation setzen kann, umso mehr gelingt es mir auch andere zu befähigen, sich selbst Zuversicht zu geben, weil wir die ganz kleinen Schritte sehen und groß machen, so aus Vertrauen Selbstvertrauen basteln." (SELBSTMITGEFÜHL > W11)

"Dankbarkeit für kleine Dinge macht Zuversicht sichtbar, das Ziel bleibt im Fokus und beruhigt - das gefällt mir daran gut! Die kleinen Schritte selbst sehen und diese auch ansprechen - Transparenz für alle" (SELBSTMITGEFÜHL > W12)

"Es gelang mir immer wieder besonders die Stärken und Ressourcen im Blick zu behalten- ich denke das hilft gut, gemeinsam realistische Ziele zu definieren und Fortschritte zu verdeutlichen." (SELBSTMITGEFÜHL > W12)

5.5.5 Urlaub

Im Zeitraum der Achtsamkeits-Übungen waren einige Teilnehmerinnen nicht im Arbeitsprozess. In der Woche fünf wurde beispielsweise zehn Mal „Urlaub“ als Grund von fehlender Rückmeldemöglichkeit angegeben: *"Ich war diese Woche auf Urlaub und hatte keine Therapien."* (ACHTSAMKEIT > W5), *"Dazu gibt es aus der Urlaubswoche keine Beobachtungen"* (ACHTSAMKEIT > W5 Achtsamkeit) und *"Diese Woche haben keine therapeutischen Gespräche stattgefunden."* (ACHTSAMKEIT > W5) Beinahe ebenso häufig in der Woche drei, in der sechs Mal Rückmeldungen wie *"Das (Zeitmanagement) war / ist und wird jetzt im Urlaub nicht relevant sein"* (ACHTSAMKEIT > W3), *"Urlaub, also nix."* (ACHTSAMKEIT > W3) oder *"Das kann ich im Moment nicht beantworten da ich im Urlaub bin"* (ACHTSAMKEIT > W3) als Antwort auf die Fragen angeführt wurde. In den Wochen eins, zwei und sechs waren die Befragten zwar im Arbeitsleben stehend, es fanden jedoch weniger Therapien statt als normalerweise: *"In dem Zeitraum haben kaum therapeutische Gespräche stattgefunden, in denen die Übungen Auswirkungen zeigen hätte können."* (ACHTSAMKEIT > W1), *"Nachdem ich seit letzter Woche keine Therapien hatte, kann ich dazu leider nichts Neues berichten"* (ACHTSAMKEIT > W2) und *"Auch in der letzten Woche hatte ich nur zwei Therapien, insofern fallen die Rückmeldungen leider abermals sehr spärlich aus"* (ACHTSAMKEIT > W6).

5.6 Limitation

Festzuhalten ist, dass es sich in dieser Studie begründet in der geringen Anzahl an Teilnehmenden um ein Fallbeispiel handelt, wodurch die Aussagekraft der Antworten aus dem Fragebogen als gering anzusehen ist. Weiters ist zu erwähnen, dass die Logopädie zwar mit einem Frauenanteil von 96% höchst weiblich besetzt ist, die Workshop-Teilnehmerinnen spiegeln jedoch den vierprozentigen Logopäden-Anteil nicht wider.

Der Rücklauf an Antworten war durch die Urlaubs- und Ferienzeit sowohl der teilnehmenden Personen als auch der zu betreuenden Patientinnen und Patienten geprägt, was eine wochenweise schwankende Anzahl an Rückmeldungen zur Folge hatte (siehe auch Kapitel 5.5.5 Urlaub). Zudem war es aus persönlichen Gründen nicht allen Teilnehmerinnen durchgehend möglich, in jeder Woche Antworten zu senden, was sich in der wöchentlichen Anzahl an Antworten nachvollziehen lässt. Die Wochen neun und zehn wurden aufgrund von Krankheit der Autorin mittels der Aussendung eines Links zum Fragebogen am Ende der 10. Woche zusammengezogen. Dies änderte nichts am Zeitraum der 12 Wochen, jedoch wurden dadurch lediglich 11 Antwortzyklen generiert.

Durch die Wahl des online Tools „google-Forms“ war die Zuordnung der einzelnen Antworten zu den Befragten nicht generierbar, was auf die Effekt-Messung und Beschreibung Auswirkungen hatte. Es können keinerlei Aussagen zum persönlichen Verlauf, auf einzelne Teilnehmerinnen bezogene Entwicklungen getroffen werden. Somit ist lediglich eine Gesamtbetrachtung aller Antworten in Bezug auf Effekte aufgrund von Übungen aus der Achtsamkeit oder des Selbstmitgefühls möglich.

Der Wechsel der einzubringenden Übungen nach der Woche sechs stellte für viele Teilnehmerinnen eine massive Herausforderung dar und führte zu deutlich weniger Antworten als in den Wochen davor.

6 Diskussion der Ergebnisse

In Bezugnahme auf das Kapitel 5.5, das sich der Auswertung der Forschungsergebnisse widmet, folgt nun die Darstellung von Erkenntnissen in Hinblick auf die zugrundeliegenden Forschungsfragen. Die zusammengefassten Resultate werden mit den theoretischen Ausführungen in Zusammenhang gebracht und diskutiert.

Das Ziel dieser empirischen Studie war festzustellen, inwiefern das Einbringen von Übungen aus der Achtsamkeit und dem Selbstmitgefühl eine Verbesserung der therapeutischen Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden ermöglicht. Die Annahme dessen wird durch die Aussagen in der Literatur theoretisch begründet und durch die Ergebnisse aus der Forschung untermauert und im Folgenden in Verbindung gebracht. In Kapitel drei werden unter dem Begriff der „therapeutischen Kompetenz“ die Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale, die Therapiebeziehung und die therapeutische Kommunikation (Beier 2018, S. 207) zusammengefasst. Im Kapitel 3.2.1 wird eingehend erläutert, welche Qualitäten in diesem Zusammenhang wichtig sind, um als Logopädin oder Logopäde im Berufsalltag die Wirkfaktoren für logopädische Therapie (siehe Kap. 2.7.4, S. 21 f) erfüllen zu können. Die Daten für die Studie werden durch die Befragung der sechs Teilnehmerinnen über einen Zeitraum von 12 Wochen nach Teilnahme an einem eigens konzipierten Workshop erhoben.

Therapeutinnen- und Therapeutenmerkmale

In der Literatur wird Bezug auf eine Vielzahl an Qualitäten genommen, welche Therapeut*innen-Merkmalen zugeordnet sind. Sie werden mit „Wertschätzung und Empathie, der Fähigkeit, positive Therapieerwartungen beim Patienten aufzubauen“ (Beier 2018, S. 208) und Flexibilität, Erfahrung, Ehrlichkeit, Respekt, Vertrauenswürdigkeit, Zuversicht, Interesse, Wachheit, Wärme und Offenheit, Responsivität, Akzeptanz und Präsenz beschrieben (Wöller, 2016 und Jenni, 2018). Die in dieser Forschung kodierten Begriffe decken sich mit einigen der in der Literatur genannten. Jenni (2018) Ausführungen zur starken Persönlichkeit, welche durch eine Art „Kompass“ die persönlichen Bedürfnisse aufzeigen soll, beziehen sich auf ebendiese Kategorien: Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. Sie schlägt Achtsamkeitspraxis nach Kabat-Zinn vor, um dieses Ziel zu erreichen. Das Forschungsergebnis dieser Arbeit unterstützt ebendiese Erkenntnisse. Der Übungsbereich Achtsamkeit bringt hier mehr in den Bereich der Verbesserung der Präsenz ein, wohingegen die Selbstfürsorge eher aus dem Bereich der Übungen aus dem Selbstmitgefühl profitiert hat. Reflexionsfähigkeit, Akzeptanz, Ehrlichkeit, Abwarten und Gelassenheit erfahren Veränderung hauptsächlich durch Übungen aus der Achtsamkeitspraxis, diese Qualitäten werden jedoch seltener genannt als die drei oben bereits angeführten. Sie lassen sich mit der Theorie dieser Arbeit mit den in Kap. 3.2.1 erwähnten Kompetenzen verknüpfen, wobei sich teilweise nicht die exakten Begrifflichkeiten überschneiden,

sondern ähnliche vorkommen, welche als Äquivalent gedeutet werden können. Als Beispiel wird „Abwarten und Gelassenheit“ dem Begriff „Zeit lassen“ (Zimmermann, 2021) zugeordnet.

Therapiebeziehung

Ein weiteres Herzstück der therapeutischen Kompetenz stellt die Fähigkeit des Vermögens, eine qualitätsvolle Therapie-Beziehung einzugehen, dar. Die Expertise, eine nutzbringende therapeutische Beziehung herzustellen zu können, ist lt. Senger (2019) von Bedeutung (S. 17) und ein günstiger Einfluss der inneren achtsamen Haltung der Logopädin/des Logopäden auf die Qualität der PTB ist zu erwarten (Wohlfahrt, 2014, S. 77). Carl R. Rogers Theorie der drei Grundhaltungen, welche für eine gesunde Entwicklung und Beziehung stehen, schließt die Empathie als einen Faktor ein (Jenni & Steiner, S. 82). In ihren Ausführungen verweist Zimmermann (2021) auf folgende therapeutische Qualitäten, welche aus der Sicht von Patientinnen und Patienten grundlegend für eine als positiv erfahrene Therapiebeziehung sind: Verständnis entgegenbringen, Liebenswürdigkeit und Freundlichkeit, Kompetenz, Motivation und Begeisterungsfähigkeit (S. 20). Auf sämtliche Kompetenzen beziehen sich auch die 70 Antworten der Teilnehmerinnen, deren Aussagen der Therapiebeziehung zugewiesen werden konnten. Die Auswirkungen auf die Kompetenz zeigen sich nicht so deutlich, auf die Fähigkeiten „Liebenswürdigkeit und Freundlichkeit“, „Verständnis und Empathie“ und „Motivation und Begeisterungsfähigkeit“ stellen die Resultate ganz eindeutige Effekte dar. Eine weitere Kategorie ist „Nähe und Vertrauen“, welche ebenso Zimmermanns Forschung zugewiesen werden kann. Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der therapeutischen Qualitäten und Verhaltensweisen werden in die Betrachtung mit hineingenommen und der Wunsch nach Nähe durch Kontakt wird hier als ein großer Faktor genannt (Zimmermann, 2021, S. 20).

Therapeutische Kommunikation

Als letzte der drei Kernkompetenzen der Logopädinnen und Logopäden wird die Kommunikation im therapeutischen Setting genannt. In ihr werden die Fertigkeiten aus den Therapeutinnen- und Therapeutenkompetenzen und der therapeutischen Beziehung verbunden (Dehn-Hindenberg, 2008, s.29f). Die Ausführungen in Kap. 3.2.3 verweisen auf die Herstellung der therapeutischen Basis mittels Kommunikation (Göldner et al., 2017, S. 15) und die Bedürfnisse, welche von Patientinnen und Patienten über die therapeutische Kommunikation abgedeckt werden (Dehn-Hindenberg, 2008). Rosenmayr-Khemiris Betrachtung der „Achtsamkeit als eine weitere Qualität in der Kommunikation“, die es Logopädinnen und Logopäden ermöglichen soll, sich im Hier und Jetzt vollkommen dem Gespräch und den am Gespräch teilnehmenden Personen zu widmen (Rosenmayr-Khemiri, 2022, S. 30-31) werden durch die Forschung dieser Arbeit bestätigt. 37 Aussagen konnten dieser Kategorie zugeordnet werden. Sie beziehen sich auf die spezifischen Bereichen, welche zur therapeutischen Kommunikation

zählen und die positiven Effekte werden durch die Übungen aus der Achtsamkeitspraxis erbracht.

Umsetzung und Umsetzbarkeit der Übungen

Die zweite Forschungsfrage bezieht sich auf Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlsübungen, welche im Besonderen geeignet sind, um die therapeutische Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden zu stärken. Um diese zu ermitteln, wurden die befragten Personen in der wöchentlichen Evaluation um die Angabe von max. drei Übungen gebeten, welche am einfachsten in den privaten bzw. Arbeits-Alltag integriert werden konnten. Die Auswahl der Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlspraxis erfolgte u.a. aus dem Gesichtspunkt der einfachen Praktikabilität. Im Kapitel 4.5 dieser Arbeit wird auf ebendiese Wirkung von Übungen aus der informellen Praxis hingewiesen, welche im stressigen Arbeitsalltag von Personal aus dem Gesundheitsbereich leichter integrierbar sind (Neff 2023, S. 207).

Die in der Studie von Löffler et al. (2024), welche sich auf die Veränderung der therapeutischen Qualitäten bezieht, befragten Personen stammen aus dem Bereich Ergo- und Physiotherapie und verfügen über Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlskompetenzen aufgrund ihrer Ausbildung zu MBSR-Lehrenden. Um für die vorliegende Studie von ähnlichen Voraussetzungen ausgehen zu können, wurden für die Teilnahme Kolleginnen eingeladen, die über mindestens zehn Jahre Berufserfahrung verfügen, womit sie im „Master“ Level der internen Evidenz angekommen sind (Abbildung 8, S. 23). Außerdem wurden die Teilnehmerinnen gebeten, einen Selbstmitgefühls-Test (Strohbach & Zika 2023, S. 38-43) noch vor der Durchführung des Workshops auszufüllen. Die Ergebnisse zeigen, dass die eingeladenen Kolleginnen über eine mindestens mittlere Kompetenz in Selbstmitgefühl (drei TN) und weitere drei Personen über eine hohe Selbstmitgefühls-Kompetenz verfügen. Die Resultate aus der Achtsamkeit attestieren lediglich einer Person wenig Kompetenz in diesem Bereich, einer Teilnehmerin mittelmäßige Achtsamkeit, drei verfügen über hohe und eine über sehr hohe Fähigkeiten in Achtsamkeit. D.h. auch die Befragten dieser Forschung befinden sich als Ausgangsbasis bereits auf einem Niveau, das nicht mehr als das von Anfängerinnen eingestuft wird und ein gewisses Grundverständnis und eine Grundkompetenz in Achtsamkeit und Selbstmitgefühl vorausgesetzt werden kann.

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschung stimmen mit den Ergebnissen von Neff (2023, S. 207) und Löffler et al. (2024, S. 1) überein und weisen auf eine Wirkung der Übungen auf den Arbeits- und privaten Alltag der Befragten hin, die sich in Form einer veränderten Grundhaltung und auf der Beziehungsebene zeigt.

Im Besonderen geeignete Übungen und deren Wirkung

Die vier Übungen aus der Praxis der Teilnehmerinnen, welche am häufigsten in den privaten und Arbeits-Alltag eingebracht werden konnten, sind „Atem-Meditation“, „Quick-Check-in“, „Lächeln“ und „Achtsamkeit der Sinne“. Alle vier sind unkompliziert und mit einem Zeitaufwand von maximal drei Minuten umsetzbar und belegen die in der Literatur erläuterten Theorien zur leichten Umsetzbarkeit in oft stressigen Alltagssettings (Neff 2023, S. 207). Die Wirkung der „Atem-Meditation“, des „Quick-Check-in“ und der „Achtsamkeit der Sinne“ wird im Buch von Strohbach & und Zika (2023) folgendermaßen beschrieben: „Mit der vollen Aufmerksamkeit auch während des Tages immer wieder ins Hier und Jetzt zu gelangen“ (S. 29) und „Mit allen Sinnen im Hier und Jetzt sein“ (S. 37) ist ebendiese Auswirkung auf die Qualität „Präsenz“ zu beziehen. Dieser Effekt ist die häufigste Kodierung innerhalb der Auswirkung auf die Therapeutinnen- und Therapeuten-Merkmale. Diese drei Übungen kommen aus der informellen Achtsamkeitspraxis. Das „Lächeln“ stammt aus dem Selbstmitgefühl und ist die vierte der am häufigsten angeführten Praktiken. Strohbach & Zika (2023) verweisen darauf, dass Lächeln in unserer Gesellschaft dafür steht, mit anderen besonders tief in Kontakt zu kommen. Es soll von Aufrichtigkeit geprägt sein, direkt aus unseren Herzen kommen und mit dem Fürsorge-Gefühl für das Gegenüber und von Achtung geleitet sein (S. 149). Die Qualitäten, auf welche diese Selbstmitgefühlspraxis Einfluss nimmt, sind die der therapeutischen Beziehung und Kommunikation.

Zeitmanagement

Die Verbesserung der Work-Life-Balance durch Achtsamkeits-Praxis führt u.a. zu einer empathischeren Betreuung von Patientinnen und Patienten (Hüttenmeister-Schmitz, 2021, S. 130). Angehörige aus dem diagnostisch-therapeutischen-Dienst sind hier besonders gefährdet, durch ihre teils äußerst intensive Arbeit mit Menschen und dem „für andere Sorge zu tragen“ ihre Selbstfürsorge zu vernachlässigen und sollten „auf das Setzen von Grenzen“ nicht vergessen (Hiemenz, 2021, S. 26). Löffler et al. weisen in ihrer Studie darauf hin, dass enge Zeittaktungen ein wesentliches Hindernis für die Implementierung von Achtsamkeit darstellen kann (Löffler et al., 2024, S. 1). In dieser Forschungsstudie wurde in Bezugnahme auf diese Hinweise aus der Literatur und aufgrund der unterschiedlichen Ressourcen, Therapie- und Arbeitsbereiche und wechselnden Therapiesettings auch die Frage nach Auswirkungen der eingebrachten Übungen auf das Zeitmanagement gestellt. Es konnten Effekte auf das Planen und Einhalten von Pausen, Auswirkungen allgemeiner Art und das Setzen von Prioritäten ermittelt werden. Dies entspricht den Angaben aus der Literatur, da das Einhalten der für die Arbeit zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen die Work-Life-Balance sicherlich erhöhen kann. Das erhöhte Ausmaß an Selbstmitgefühl ermöglicht eine stärkere und eindeutige Abgrenzung in Bezug auf Angehörige und Patientinnen und Patienten und verringert damit die

Gefährdung, mehr für „die Anderen“ Sorge zu tragen als für sich selbst. Die Angaben aus dem theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit werden also bestätigt. Der Hinweis darauf, dass knappe zeitliche Möglichkeiten aufgrund der engen Taktung im logopädischen Arbeitsalltag die Implementierung von Übungen aus der Achtsamkeit und dem Selbstmitgefühl schwer bis nicht ermöglichen können, bestätigen sich nicht. Das Einbringen der rasch durchführbaren Übungen, welche für diese Forschungsstudie gewählt wurden, ist auch in ganz kurzen Pausen und Momenten möglich.

ICF geleitetes Handeln

Die ICF ist aus der Logopädie nicht mehr weg zu denken, sie ist die umfassende Handlungskompetenz, die Patientinnen und Patienten in ihre Kompetenz begleitet (Degenkolb-Weyers 2016, S 21). Die Einflussnahme auf ICF geleitetes Handeln kommt hier mehr aus der Achtsamkeits- als aus der Selbstmitgefühlspraxis. Beschrieben werden die Veränderungen beispielsweise durch „Hervorhebung von vermehrter Angehörigen-Einbindung in die Therapie“, „Einflussnahme auf Ziel- und Ressourcenorientierung“, „individuellere Übungsanpassung“ und „Hinzunahme von Patientinnen- und Patienteneinschätzungen“. Es entsteht die Vermutung, dass sich durch erhöhtes Selbstmitgefühl und klare Präsenz der Logopädin/des Logopäden dem Gegenüber mehr Raum und ein eindeutiger wahrnehmbarer Rahmen auftut. Dieser bieten auch den Patientinnen und Patienten und den Angehörigen vermehrt die Möglichkeit, die eigenen Gefühle und Wünsche zu hinterfragen und sich somit selbst in den Fokus zu rücken. Die Ziele und Alltags-Teilhabe der Patientinnen und Patienten stehen so im Vordergrund.

7 Fazit und Ausblick

Am Ausgangspunkt der vorliegenden Masterarbeit stand die Fragestellung nach der Verbesserungsmöglichkeit der therapeutischen Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden durch das Einbringen von Übungen aus der Achtsamkeit und dem Selbstmitgefühl.

Die Untersuchungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass die in der Literatur genannten Qualitäten, welche grundlegend der therapeutischen Kompetenz innerhalb der Logopädie zuzuordnen sind, durch Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlspraxis verbessert werden können.

Positive Veränderungen werden explizit in den Therapeutinnen und Therapeutenmerkmalen wie Präsenz, Selbstfürsorge und Wertschätzung beschrieben, auch die Qualitäten Reflexionsfähigkeit, Abwarten, Gelassenheit, Ehrlichkeit und Akzeptanz finden sich in der Beeinflussbarkeit wieder. Besonders zeichnen sich allgemeine Auswirkungen auf das Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung ab. Diese lassen sich durch die Fähigkeiten Liebesswürdigkeit und Freundlichkeit, Motivation und Begeisterungsfähigkeit, Verständnis und Empathie sowie Nähe und Vertrauen spezifizieren. Auf die therapeutische Kommunikation ergeben sich ebenso deutliche Bezüge, welche mit „Klarheit“, „gezieltere Gesprächsführung“, „fokussierteres und geduldiges Zuhören“ und „Zeit geben und Zurückhaltung“ angegeben werden.

Diese Resultate konnten durch die Wirksamkeit spezieller Übungen untermauert werden, welche sich auf die zweite Fragestellung dieser Masterarbeit beziehen. Es wurde nach Übungen gefragt, die im Besondern geeignet erscheinen, die therapeutische Kompetenz zu verbessern. Vorrangig sind hier drei Übungen aus der informellen Achtsamkeitspraxis zu nennen: „Atemmeditation“, „Quick-check-in“ und „Achtsamkeit der Sinne“ sowie eine aus der Selbstmitgefühlspraxis, „Lächeln“. Alle finden rasch und mit einem geringen Zeitaufwand sowohl im privaten als auch dem Arbeitsalltag Anwendung. Der „Einsichtsdialog“ aus dem Bereich Achtsamkeit und die „Sätze der liebevollen Güte“ und das „Verinnerlichen positiver Erfahrungen“ aus dem Bereich Selbstmitgefühl können an dieser Stelle ebenso aufgrund ihrer Praktikabilität und Auswirkungen auf die oben genannten Kategorien genannt werden.

Ein Zeitmanagement, welches auch Pausen für die Logopädin und den Logopäden vorsieht und einer klaren Prioritätensetzung bedarf, erfährt mittels der Übungen gleichermaßen Verbesserung. Diese Effekte erfuhren nicht dieselbe Resonanz wie die oben beschriebenen, sie sind aber trotzdem für einen Teil der Teilnehmerinnen von hoher Relevanz und weisen auf eine deutliche Verbindung zu erhöhtem Selbstmitgefühl hin.

Die anerkennende Bedeutung bezogen auf das ICF orientierte Handeln muss unbedingt erwähnt werden. Hier beziehen sich die beschriebenen Veränderungen eher auf die eingebrachten Übungen aus der Achtsamkeit. Die Teilnehmerinnen finden u.a. zu vermehrter Angehörigen-Einbindung in die Therapie und erwähnen eine direkte Einflussnahme auf ihre Ziel- und Ressourcenorientierung.

Der Fokus auf die therapeutische Kompetenz innerhalb der logopädischen Interventionen steht nach wie vor nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Fokus auf die Methodik. Es wäre wünschenswert, den Forschungsergebnissen zur Wirksamkeit von logopädischer Therapie Rechnung zu tragen, und den Blickwinkel bereits in der Ausbildung und nachfolgend in der Weiterbildung von Logopädinnen und Logopäden vermehrt in diese Richtung zu erweitern. Weitere Forschung in diesem Bereich anzusiedeln ist außerdem ein Herzenswunsch der Autorin, um die therapeutische Kompetenz und ihre Einflussfaktoren endlich auch für die Logopädie als eigenständige Wissenschaft auf stabile Beine stellen zu können.

Literatur- und Quellenverzeichnis

AMRA. (o. J.). *Library*. Abgerufen am 23. November 2024 von <https://goamra.org/Library>

Beier, J. (2018). Zur Beziehung von Befund und Befinden in der evidenzbasierten Logopädie: Ein Plädoyer für die Betrachtung allgemeiner Wirkfaktoren. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (S. 199–210). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55377-0>

Beier, J. (2018). Zur Evidenzbasierung in der Logopädie. *logoTHEMA*, 15(2), 12–18.

Berufsverband logopädieaustria. (2024). Website. Abgerufen am 23. November 2024 von <https://logopaediaustria.at>

Beushausen, U. (2005). Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität. *forum:logopädie*, 19(2), 6–11.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Borgelt, T. (2015). Wenn es keine Evidenz gibt ... Szenarien der evidenzbasierten Praxis im logopädischen Berufsalltag. *forum:logopädie*, 29(1), 24–29. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-53020150104>

Borgetto, B., Spitzer, L. & Pfingsten, A. (2016). Die Forschungspyramide: Evidenz für die logopädische Praxis brauchbar machen. *forum:logopädie*, 30(1), 24–28. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2016-53020160104>

Bristow, J. (2018). 10 Ways to Define Mindfulness. Abgerufen am 23. November 2024 von <https://www.mindful.org/10-ways-to-define-mindfulness/>

Bürki, M., Kempe, S., Kohler, J. & Steiner, J. (2011). Logopädie und Wirksamkeit: Bestandsaufnahme und Perspektive – ein Diskussionsbeitrag. *forum:logopädie*, 25(2), 28–33. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2011-53020110205>

Carroll, L. (1865). *Alice's Adventures in Wonderland*. Macmillan.

Cowand, A., Amarsaikhan, U., Ricks, R. F., Cash, E. D. & Sephton, S. E. (2024). Self-compassion is associated with improved well-being and healthier cortisol profiles in undergraduate students. *Mindfulness*, 24(15), 1831–1845. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02383-w>

Degenkolb-Weyers, S. (2016). *Resilienz in therapeutischen Gesundheitsfachberufen: Entwicklung eines Konzeptes zur Resilienzförderung*. Springer Fachmedien.

Dehn-Hindenbergh, A. (2007). Patientenbedürfnisse in der Logopädie: Die Qualität der Kommunikation bestimmt die Therapiebewertung. *forum:logopädie*, 21(4), 26–33.

Dehn-Hindenbergh, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Schultz-Kirchner.

- Deutscher Bundesverband für Logopädie. (o. J.). *Digitaler dbf-Kongress 2021*. Abgerufen am 23. November 2024 von <https://www.dbf-ev.de/service/meldungen/meldung/digitaler-dbf-kongress-2021>
- Deutscher Bundesverband für Logopädie. (o. J.). *Kompetenzprofil für die Logopädie – Langfassung*. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf). Abgerufen von <https://www.dbf.de>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – Version 2005*. Abgerufen am 23. November 2024 von https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>
- Dudenredaktion. (o.J.). Achtsamkeit. In Duden online. Abgerufen am 24. November 2024 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Achtsamkeit>
- Dudenredaktion. (o.J.). Wirksamkeit. In Duden online. Abgerufen am 24. November 2024 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Wirksamkeit>
- Dudenredaktion. (o.J.). Wirkung. In Duden online. Abgerufen am 24. November 2024 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Wirkung>
- Egger, J. W. (2008). Grundlagen der „Psychosomatik“: Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*, 19(2), 12–22.
- European Speech and Language Association (ESLA). (o. J.). *European Speech and Language Association*. Abgerufen am 23. November 2024 von <https://eslaeurope.eu>
- Germer, C. (2019). *Der achtsame Weg zum Selbstmitgefühl: Wie man sich von destruktiven Gedanken und Gefühlen befreit*. Arbor.
- Gesundheitsportal Österreich. (o. J.). *Gesundheitsberufe A–Z – Gesundheit als Berufung*. Abgerufen am 14. September 2024 von <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/gesundheitsberufe-a-z.html>
- Gilbert, P. & Choden. (2020). *Achtsames Mitgefühl: Ein kraftvoller Weg, das Leben zu verwandeln*. Arbor.
- Göldner, J., Hansen, H. & Wanetschka, V. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie: Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes. *forum:logopädie*, 31(5), 12. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-53020170502>
- Haid, A. & Steiner, J. (2022). Professionelles logopädisches Handeln ist nicht nur auf Evidenzstudien angewiesen. *forum:logopädie*, 36(1). <https://doi.org/10.2443/skv-s-2022-53020220101>
- Hansen, H. & Grohnfeldt, M. (2021). Die therapeutische Beziehung in der Logopädie / Sprachtherapie. *forum:logopädie*, 35(6), 8.
- Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 669–686). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44

- Herter-Ehlers, U. (2021). *Grundlagen der Kommunikation für Gesundheitsberufe: Leitfaden für Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflege*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35421-3>
- Hiemenz, T. (2021). Mir reicht's – ich geh schaukeln: Sorge um andere, ohne dass die Selbstfürsorge auf der Strecke bleibt. *forum:logopädie*, 35(2), 26–28.
- Hölzel, B. & Brähler, C. (2015). *Achtsamkeit mitten im Leben: Anwendungsgebiete und wissenschaftliche Perspektiven*. O.W. Barth.
- Hüttenmeister-Schmitz, S. (2021). Studienzusammenfassung: Achtsamkeit in den Ausbildungen im Sozial- und Gesundheitswesen – Ein Scoping Review. *ergoscience*, 16(3), 128–130. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-54020210307>
- International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP). (o. J.). *About us*. Abgerufen am 23. November 2024 von <https://ialp-org.com/about-us/>
- Jenni, N. & Steiner, J. (2018). 4 Lebensqualität bei Aphasie: Blitzlichter auf besondere Lebensläufe. In J. Steiner (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Logopädie* (S. 75–83). Hogrefe.
- Jenni, R. (2016). *Mit kleinsten Zeitinseln der Alltagsanspannung begegnen*. FORUM Mitglieder magazin des BVF. S. 13-16.
- Jenni, R. (2018). Eine starke Persönlichkeit als Ressource therapeutischer Kompetenz. In J. Steiner (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Logopädie* (S. 57-73). Hogrefe.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Gesund durch Meditation. Das vollständige Grundlagenwerk zu MBSR*. Droemer Knaur.
- Kabat-Zinn, J. (2019). *Im Alltag Ruhe finden. Meditationen für ein gelassenes Leben*. Knaur Leben.
- Kirchmayr, K. (11.09.2024). *Kirchmayr Kursformate – Geistreich Achtsamkeitscoaching, Training und Beratung e.U.* Geistreich. <https://geist-reich.jetzt/kursformate/>
- Kirschke, S. & Langanke, M. (2018). Potenziale und Grenzen des EBM-Paradigmas in den Gesundheitswissenschaften. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (S. 184–194). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55377-0>
- Köbberling, J. (2022). *Wirkung ohne Wirksamkeit. Unspezifische therapeutische Wirkungen in der Medizin*. Springer.
- Löffler, T., Tautenhahn, G. U. & Kromer, T. O. (2024). Möglichkeiten und Grenzen der Integration von Achtsamkeit in die Physio- und Ergotherapie: Eine qualitative Untersuchung. *Phyioscience*. <https://doi.org/10.1055/a-2242-6871>
- Mascaro, J. S., Pace, T. W. W. & Raison, C. (2013). Achten Sie auf Ihre Hormone! Die Endokrinologie des Mitgefühls. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl in Alltag und Forschung* (S. 240-261). Satzweiss Print Web Software GmbH.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz
- Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz.

- Michaelsen, M. M., Graser, J., Onescheit, M., Tuma, M., Pieper, D., Werdecker, L. & Esch, T. (2021). *Wirksamkeit von Achtsamkeitstechniken im Arbeitskontext* [iga Report 45]. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga).
- Michalak, J., Blaeser, S., & Heidenreich, T. (2012). Achtsamkeitsbasierte Therapie. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6(1), 245-256. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1304959>
- Mora Álvarez, M., Hölzel, B., Bremer, B., Wilhelm, M., Hell, E., Tavacioglu, E., Koch, K. & Torske, A. (2023). Effects of web-based mindfulness training on psychological outcomes, attention, and neuroplasticity. *Scientific reports*, 13, 1. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-48706-0>
- MTD-Gesetz. (2024). *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (MTD-Gesetz)*. Rechtsinformationssystem des Bundes. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20012653>
- Neff, K. (2022). *Kraftvolles Selbstmitgefühl für Frauen. Klar für sich selbst eintreten, engagiert handeln und Erfüllung finden*. Kailash
- Neff, K. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neff, K. & Germer, C. (2013). Freundlich zu sich selbst sein: Die Wissenschaft des Selbstmitgefühls. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl in Alltag und Forschung* (S. 300–324). Satzweiss Print Web Software GmbH.
- Neumann, K. et al. (2022). *S3-Leitlinie Sprachentwicklungsstörungen*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-015>
- Olasz, O., Erdős, S., & Horváth, K. (2024). The effects of virtual reality-based mindfulness exercises on the perception of time, psychological and physiological states of young people: A randomized crossover trial. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02438-y>
- Orellana-Ríos, C. (2019). *Achtsamkeit, Selbstfürsorge und Mitgefühl* [Dissertation, Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)]. Fakultät für Kulturwissenschaften.
- Ott, U. (2019). *Meditation für Skeptiker. Ein Neurowissenschaftler erklärt den Weg zum Selbst*. Knauer
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Tschacher, W. (2021). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17(1), 17–31.
- Pilwarsch, J., Schichl-Zach, M., Gruböck, A., Mathis-Edenhofer, S., Wallner, A., Cartaxo, A. & Gyimesi, M. (2024). *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2023*. Gesundheit Österreich.
- Rausch, M. (2018). Zum Wissenschaftsverständnis in Logopädie und Sprachtherapie. In R. Haring, J. Siegmüller (Hrsg.) *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung*. (S. 2-15). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55377-0>

- Reising, L. (2018). Evidenzbasierte Praxis: Die Bedeutung der Schnittstelle externer und interner Evidenz in der Ausbildung von LogopädInnen. *logoTHEMA*, 15(2), 19-25.
- Rosenmayr-Khemiri, E.-M. (2022). Gute Gesprächsqualität: professionelle Gesprächsführung, achtsame Sprache bis hin zu heilsamen Worten. (M)eine Herzensangelegenheit. *logoTHEMA*, 19(1), 30-31.
- Sánchez-Pérez, A., Quesada-Rico, M. P., Mendiáldua-Canales, D., Hurtado-Pomares, M., Navarrete-Muñoz, E. M., Valera-Gran, D., Peral-Gómez, P., Benavides-Gil, G., García-Millán, P., González-Caballero, G., Chaves-Vélez, C. & Goldin, P. (2024). Effect of an 8-week mindfulness meditation training program on psychological distress in caregivers and on behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 15(6), 1289–1304. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02374-x>
- Schindler, S. (2020). Ein achtsamer Blick auf den Achtsamkeits-Hype. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 27(1), 111–124. <https://doi.org/10.1007/s11613-020-00641-z>
- Schmidt, S. (2015). Der Weg der Achtsamkeit. Vom historischen Buddhismus zur modernen Bewusstseinskultur. In B. Hölzel & C. Brähler (Hrsg.), *Achtsamkeit mitten im Leben. Anwendungsgebiete und wissenschaftliche Perspektiven* (S. 21-42). O.W. Barth.
- Schneeberger, S. (2018). *Qualitative Analyse von Patienten- und Therapeuteninterviews bezüglich allgemeiner Wirkfaktoren und der Patient-Therapeut-Beziehung in der Sprachtherapie*. [Masterarbeit, FH EU]. <https://docplayer.org/167579392-M-a-s-t-e-r-a-r-b-e-i-t.html>
- Senger, K. (2019). Therapeutische Kompetenz. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 19(4) 16-17. <https://doi.org/10.1055/a-0771-8098>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Siegel, D. (2010). *Der achtsame Therapeut. Ein Leitfaden für die Praxis*. Kösel.
- Singer, T. & Bolz, M. (2013). *Mitgefühl in Alltag und Forschung*. Satzweiss Print Web Software GmbH.
- Stigler, H. & Reicher, H. (2012). *Praxisbuch empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften*. StudienVerlag
- Strohbach, S. & Zika, U. (2023). *Logbuch Achtsamkeit und Mitgefühl. Das 12-Wochen-Training für Präsenz, Klarheit und Verbundenheit*. Beltz.
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Valtl, K. (2018). *Pädagogik der Achtsamkeit: Ein Literaturbericht*. https://www.schule-im-aufbruch.at/wp-content/uploads/Schule%20im%20Aufbruch_Publikation%203_Valtl_12%2006%2018.pdf
- Wanetschka, V., Toepffer-Huttel, C., Nerz, V. & Göldner, J. (2020). Die therapeutische Beziehung in der Krise? *Forum:logopädie*, 24(5), 6–11. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2020-53020200501>

- Weck, F. (2013). *Psychotherapeutische Kompetenzen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-39366-2>
- Weiß, S., Ditto, M., Füzsl, S., Lanske, P., Lust, A., Oberleitner-Tschan, C., & Wenda, S. (2023). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Weßling, H. (2018). Kritik der evidenzbasierten Praxis: Demarkation und „Reflexion im Handeln“ als Wege der Erneuerung. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (S. 65–84). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55377-0>
- Wohlfahrt, H. (2014). *Achtsamkeit als Kompetenz von Angehörigen helfender Berufe: Eine empirische Untersuchung des Einflusses einer achtsamen Haltung des Therapeuten auf die Beziehungsqualität zum Klienten* [Masterarbeit, Hochschule Mittweida].
- Wöller, W. (2016). Der ausreichend gute Therapeut. *Die Psychotherapie*, 2(2), 105–109.
- Zimmermann, F. (2021). Sprachtherapeutische Beziehung aus PatientInnen-sicht: Wie erleben PatientInnen die Therapiebeziehung? *forum:logopädie*, 35(6), 18–21. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210602>
- Zimmermann, F. & Hansen, H. (2021). Qualitative Forschungsmethoden zur Erweiterung einer logopädischen Professionalität. Ein Plädoyer für den Einsatz in Praxis und Forschung. *Logos*, 29(3), 184 – 194.

Anhang

Anhang A: Formular soziodemographische Daten Teilnehmerinnen

Fragebogen Workshop „Achtsamkeit und Selbstmitgefühl“

Name			
Alter			
Jahr des Logopädie-Studienabschlusses		Ich arbeite als Logopädin seit (Jahr)	
Mein derzeitiger /meine derzeitigen Therapieschwer-punkte bzw. Arbeitsschwerpunkte (z.B. Lehre, Vorträge)			
Meine Erwartungen an den Workshop			

Anhang B: Test Selbstmitgefühl (Strohbach & Zika, 2023)

Woche 7

Selbsttest »Selbstmitgefühl«

Wie gehe ich üblicherweise mit mir selbst in schwierigen Zeiten um?

Dieser Test erfasst das Ausmaß deiner Selbstfreundlichkeit, deiner Selbstverurteilung, deinem Verständnis des gemeinsamen Menschseins, deiner Isolation, deiner Achtsamkeit und deiner Überidentifikation. Er orientiert sich an der Self-Compassion Scale der renommierten US-amerikanischen Selbstmitgefühlswissenschaftlerin Kristin Neff, PhD.

Bitte lese jeder der 26 Aussagen sorgfältig durch, bevor du antwortest. Kreuze bei jeder Aussage an, wie oft du dich in der beschriebenen Art und Weise verhältst.

Antwortskala:

fast niemals fast immer

1 2 3 4 5



1. Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.

fast niemals fast immer

1 2 3 4 5



2. Wenn ich mich niedergeschlagen fühle, neige ich dazu, nur noch auf das zu achten, was nicht in Ordnung ist.

fast niemals fast immer

1 2 3 4 5



3. Wenn die Dinge bei mir schlecht laufen, sehe ich diese Schwierigkeiten als Teil des Lebens, den jede und jeder einmal durchlebt.

fast niemals fast immer

1 2 3 4 5



4. Wenn ich über meine Fehler und Mängel nachdenke, neige ich dazu, mich vom Rest der Welt getrennt und abgeschnitten zu fühlen.

fast niemals

fast immer



5. Ich versuche mit mir selbst liebevoll umzugehen, wenn es mir emotional schlecht geht.

fast niemals

fast immer



6. Wenn ich bei etwas versage, was mir wichtig ist, werde ich von Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgezehrt.

fast niemals

fast immer



7. Wenn ich völlig am Ende bin, rufe ich mir in Erinnerung, dass es vielen anderen Menschen auf der Welt genauso geht.

fast niemals

fast immer



8. In wirklich schwierigen Zeiten neige ich dazu, streng mit mir selbst zu sein.

fast niemals

fast immer



9. Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten.

fast niemals

fast immer



10. Wenn ich mich auf irgendeine Art unzulänglich fühle, versuche ich mich daran zu erinnern, dass die meisten Leute solche Gefühle der Unzulänglichkeit haben.

fast niemals

fast immer



11. Ich bin intolerant und unduldsam gegenüber denjenigen Seiten meiner Persönlichkeit, die ich nicht mag.

fast niemals

fast immer



12. Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlbarkeit, die ich brauche.

fast niemals

fast immer



13. Wenn es mir schlecht geht, neige ich dazu zu glauben, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.

fast niemals

fast immer



14. Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich einen ausgewogenen Überblick über die Situation zu erlangen.

fast niemals

fast immer



15. Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.

fast niemals

fast immer



16. Wenn ich Eigenschaften bei mir feststelle, die ich nicht mag, dann deprimiert mich das.

fast niemals

fast immer



17. Wenn ich bei etwas scheitere, das mir wichtig ist, versuche ich die Dinge nüchtern zu betrachten.

fast niemals

fast immer



18. Wenn ich wirklich zu kämpfen habe, neige ich zur Ansicht, dass andere es sicherlich einfacher haben.

fast niemals

fast immer



19. Ich gehe freundlich mit mir um, wenn ich Kummer und Leid erfahre.

fast niemals

fast immer



20. Wenn mich etwas aufregt, werde ich von meinen Gefühlen förmlich mitgerissen.

fast niemals

fast immer



21. Wenn ich Leid erfahre, kann ich mir gegenüber ein wenig kaltherzig sein.

fast niemals

fast immer



22. Wenn es mir schlecht geht, versuche ich meinen Gefühlen mit Neugierde und Offenheit zu begegnen.

fast niemals

fast immer



23. Ich akzeptiere meine Fehler und Schwächen.

fast niemals

fast immer



24. Wenn etwas Unangenehmes passiert, neige ich dazu, den Vorfall völlig zu übertreiben.

fast niemals

fast immer



25. Wenn mir etwas für mich Wichtiges misslingt, glaube ich oft, dass nur ich allein versage.

fast niemals

fast immer



26. Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.

fast niemals

fast immer



Auswertungsschlüssel der Fragen 1 bis 26

- ♥ Kategorie Selbstfreundlichkeit: Frage 5, 12, 19, 23, 26
- ♥ Kategorie Selbstverurteilung: Frage 1, 8, 11, 16, 21
- ♥ Kategorie Gemeinsames Menschsein: Frage 3, 7, 10, 15
- ♥ Kategorie Isolation: Frage 4, 13, 18, 25
- ♥ Kategorie Achtsamkeit: Frage 9, 14, 17, 22
- ♥ Kategorie Überidentifizierung: Frage 2, 6, 20, 24

Zur Bildung der Subskalenwerte werden die Mittelwerte über die entsprechenden Kategorien berechnet. Zur Bildung des Self-Compassion-Gesamtwerts werden zuerst die Kategorien der drei negativen Subskalen, also Selbstverurteilung, Isolation und Überidentifizierung wie in den Klammern angegeben rekodiert (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1), dann wird für jede Skala der Mittelwert über die jeweiligen (nun alle einheitlich kodierten) Kategorien berechnet und danach wird der Gesamtmittelwert für die sechs Skalenmittelwerte gebildet.

(Quellen: Hupfeld, J./Ruffieux, N. (2011): Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40 (2), S. 115–123.
• Neff, K. D. (2003): Development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity, 2, S. 223–250.)

Hilfe zur Testauswertung

Teil 1

Werte die Fragen 3, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 22, 23, 26 wie folgt aus:

- Antwort 1 (fast niemals) = 1 Punkt
- Antwort 2 = 2 Punkte
- Antwort 3 = 3 Punkte
- Antwort 4 = 4 Punkte
- Antwort 5 (fast immer) = 5 Punkte

Frage	Deine Punkte
3	
5	
7	
9	
10	
12	
14	
15	
17	
19	
22	
23	
26	
Summe Teil 1	

Teil 2

Im zweiten Schritt werte die Fragen 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25 wie folgt aus:

- Antwort 1 (fast niemals) = 5 Punkte
- Antwort 2 = 4 Punkte
- Antwort 3 = 3 Punkte
- Antwort 4 = 2 Punkte
- Antwort 5 (fast immer) = 1 Punkt

Frage	Deine Punkte
1	
2	
4	
6	
8	
11	
13	
16	
18	
20	
21	
24	
25	
Summe Teil 2	

Addiere nun die Summe von Teil 1 und Teil 2 und dividiere dann dieses Gesamtergebnis durch 26, du solltest eine Zahl zwischen 1 und 5 erhalten.

Summe 1 + Summe 2 = Gesamtwert

$\frac{\text{Gesamtwert}}{26} = \text{Das Ausmaß deines Selbstmitgefühls}$

- 1 = sehr wenig Selbstmitgefühl
- 2 = wenig Selbstmitgefühl
- 3 = mittleres Selbstmitgefühl
- 4 = hohes Selbstmitgefühl
- 5 = sehr hohes Selbstmitgefühl

Du kannst dir die Auswertung auch noch etwas genauer ansehen und jede der sechs Kategorien einzeln betrachten. Dabei kannst du herausfinden, welche konkreten Aspekte des Selbstmitgefühls bei dir in welchem Ausmaß ausgeprägt sind und welchen Bereichen du vielleicht besondere Aufmerksamkeit schenken sollst, um dein Selbstmitgefühl zu üben. Gehe dabei ebenso wie oben vor, also zuerst die Werte in die Liste eintragen und dann den Mittelwert berechnen.

Selbstfreundlichkeit

Die Fragen 5, 12, 19, 23 und 26 beleuchten deine Selbstfreundlichkeit, sie werden wie im Teil 1 ausgewertet, also 1 (fast niemals) bedeutet sehr wenig Selbstfreundlichkeit und 5 (fast immer) bedeutet, dass du bereits sehr freundlich mit dir selbst umgehst.

Frage	Deine Punkte
5	
12	
19	
23	
26	
Summe	

$$\frac{\text{Gesamtwert}}{5} = \text{Ausmaß deiner Selbstfreundlichkeit}$$

- 1 = sehr wenig Selbstfreundlichkeit
- 2 = wenig Selbstfreundlichkeit
- 3 = mittlere Selbstfreundlichkeit
- 4 = hohe Selbstfreundlichkeit
- 5 = sehr hohe Selbstfreundlichkeit

Selbstverurteilung

Das Gegenteil der Selbstfreundlichkeit ist die Selbstverurteilung, sie wird mit den Fragen 1, 8, 11, 16 und 21 abgefragt. Hier ist die Auswertung, wie im Teil 2, also die Antwort 1 (fast niemals) bedeutet, dass du dich so gut wie nie selbst verurteilst, dein Selbstfreundlichkeitswert ist somit der höchste, also 5. Wenn du in dieser Kategorie mit Antwort 5 (fast immer) geantwortet hast, bedeutet dies ein hohes Ausmaß an Selbstverurteilung und somit ein niedriger Selbstfreundlichkeitswert.

Frage	Deine Punkte
1	
8	
11	
16	
21	
Summe	

$$\frac{\text{Gesamtwert}}{5} = \text{Ausmaß deiner Selbstverurteilung}$$

- 1 = sehr wenig Selbstverurteilung
- 2 = wenig Selbstverurteilung
- 3 = mittlere Selbstverurteilung
- 4 = starke Selbstverurteilung
- 5 = sehr starke Selbstverurteilung

Gemeinsames Menschsein

Dein Bewusstsein für das gemeinsame Menschsein wird mit den Fragen 3, 7, 10 und 15 eruiert, sie werden wie im Teil 1 ausgewertet. 1 (fast niemals) bedeutet sehr wenig Verständnis für das gemeinsame Menschsein, 5 (fast immer) bedeutet, dass du bereits ein sehr ausgeprägtes Verständnis de gemeinsamen Menschseins hast.

Frage	Deine Punkte
3	
7	
10	
15	
Summe	

$\frac{\text{Gesamtwert}}{4} = \text{Ausmaß deines Verständnisses des gemeinsamen Menschseins}$

- 1 = sehr geringes Verständnis des gemeinsamen Menschseins
- 2 = wenig Verständnis des gemeinsamen Menschseins
- 3 = mittleres Verständnis des gemeinsamen Menschseins
- 4 = großes Verständnis des gemeinsamen Menschseins
- 5 = sehr ausgeprägtes Verständnis des gemeinsamen Menschseins

Isolation

Wie sehr du dich von anderen Menschen getrennt fühlst, beleuchten die Fragen 4, 13, 18 und 25. Sie werden wie Teil 2 ausgewertet, das bedeutet: Antwort 1 (fast niemals) bedeutet, dass du dich so gut wie nie isoliert fühlst, 5 (fast immer), dass Isolation und Einsamkeit ein großes Thema für dich sind.

Frage	Deine Punkte
4	
13	
18	
25	
Summe	

$\frac{\text{Gesamtwert}}{4} = \text{Ausmaß deiner Isolation}$

- 1 = sehr geringes Ausmaß an Isolation
- 2 = fühlt sich wenig isoliert
- 3 = fühlt sich mittelmäßig isoliert
- 4 = großes Ausmaß an Isolation spürbar
- 5 = sehr starke Gefühle der Isolation vorhanden

Achtsamkeit

Die Fragen 9, 14, 17, 22 beschäftigen sich mit deinen Achtsamkeits-Kompetenzen, sie werden wie Teil 1 ausgewertet. Die Antwort 1 (fast niemals) bedeutet, dass deine Achtsamkeit sehr gering ausgeprägt ist. Mit 5 (fast immer) sind deine Fähigkeiten zur Achtsamkeit bereits sehr gut ausgebildet, du nimmst die Vielfalt des Seins sehr differenziert wahr.

Frage	Deine Punkte
9	
14	
17	
22	
Summe	

$\frac{\text{Gesamtwert}}{4} = \text{Ausmaß deiner Achtsamkeitskompetenz}$

- 1 = sehr niedrig ausgeprägte Achtsamkeit
- 2 = wenig Achtsamkeit
- 3 = mittelmäßige Achtsamkeit
- 4 = hohe Achtsamkeit
- 5 = sehr hohe Achtsamkeit

Überidentifikation

Die Fragen 2, 6, 20 und 24 testen deine Überidentifikation. Sie werden wie Teil 2 ausgewertet. Die Antwort 1 (fast niemals) weist auf eine niedrige Überidentifikation hin, du lässt dich von schwierigen Situationen nicht vereinnahmen und hast eine sehr ausgewogene Sicht auf die Dinge. Die Antwort 5 (fast immer) hingegen zeugt von sehr hoher Überidentifikation, in schwierigen Zeiten kannst du fast nichts anderes mehr wahrnehmen als dein Problem.

Frage	Deine Punkte
9	
14	
17	
22	
Summe	

$\frac{\text{Gesamtwert}}{4} = \text{Ausmaß deiner Überidentifikation}$

- 1 = sehr wenig Überidentifikation
- 2 = wenig Überidentifikation
- 3 = mittelmäßige Überidentifikation
- 4 = hohe Überidentifikation
- 5 = sehr hohe Überidentifikation

Anhang C: Übungsanleitungen und Zusammenfassungen

ÜBUNGS-ÜBERSICHT Themenblock Achtsamkeit

26.7. - 6.9.2023

- Jede der angeführten Übungen ist für die (mehrmals) tägliche Durchführung gedacht und ohne Zeitangaben versehen, da sie in Alltagshandlungen/Situationen einbaubar sind. Lediglich die Meditation (mit * gekennzeichnet) ist mit 15 Min Dauer einzuplanen und ebenso für die tägliche Anwendung gedacht.
- Abruf der Meditation „01_Woche 01_Den Atem wahrnehmen.mp3 (13565 KB)“ unter www.beltz.de / Logbuch Achtsamkeit / Online-Materialien / Anmeldung. Passwort: LogbuchAchtsamkeit2023.
- S. Angaben beziehen sich auf das Buch; AB (Arbeitsblatt) S. Angaben beziehen sich auf die Online Materialien zum Buch

Achtsamkeit - Die Kraft der Präsenz:

Quick-Check-in AB S. 6 - 7

*Den Atem wahrnehmen AB S. 8 - 9 + mp3 Datei

Achtsamkeit - Mit allen Sinnen im Hier und Jetzt sein:

Achtsam sehen S. 40 - 42

Achtsam hören S. 43

Achtsam riechen S. 46 - 47

Achtsamkeit - Gedanken achtsam wahrnehmen:

Meditation mit Zahlen AB S. 17 - 18

Achtsamkeit - Achtsamer Umgang mit Emotionen und Gefühlen:

Mindful Magic Moments S. 80 - 81

Achtsamkeit - Achtsame Kommunikation:

der Einsichtsdialog S. 94 - 95

Quick-Check-in AB S. 6 - 7

Suche dir einen Platz, an dem du für 3 - 5 Minuten bequem stehen oder sitzen kannst.

- Was denke ich?
- Was fühle ich?
- Was spüre ich im Körper?
- Welchen Handlungsimpuls habe ich?

Verweile noch kurz, nimm einen tiefen Atemzug und kehre zurück in deinen Alltag.

*Den Atem wahrnehmen AB S. 8 - 9 + mp3 Datei

Gerne am Abend oder wenn du grade nichts zu tun hast, schenke dir 15 Minuten Wohlfühlzeit und lass dich von deinem Atem leiten.

Achtsam sehen S. 40 - 42

Achtsam hören S. 43

Achtsam riechen S. 46 - 47

In Momenten, wo etwas Entschleunigung guttut, fokussiere dich auf das Einfache und Verfügbare, nimm Details wahr, die du sonst niemals bemerken würdest und genieße.

Meditation mit Zahlen AB S. 17 - 18

Werde dir deiner Gedanken während dem Zählen deines Atmens bewusst und lass sie weiterziehen, zähle beim Einatmen 1 und beim Ausatmen 2 und wage dich gerne zahlenmäßig weiter.

Mindful Magic Moments S. 80 - 81

- Bringe deine Aufmerksamkeit zu deiner Emotion
- Benenne deine Emotion und versuche, die körperliche Empfindung zu spüren
- Bedanke dich bei dir selbst für diese Auszeit und nimm das angenehme Gefühl, dass du in diesem Moment ganz bei dir warst, in den Rest des Tages mit.

der Einsichtsdialog S. 94 - 95

Nimm „die Macht der Worte“ und das achtsame Zuhören mit in Kommunikationssituationen deines (Arbeits)Alltags. Versuche, dich an die 6 Prinzipien des Einsichtsdialogs zu erinnern:

- Innehalten
- Entspannen
- Öffnen
- Dem Entstehen vertrauen
- Tief zu hören
- Die Wahrheit sagen

- Jede der angeführten Übungen ist für die (mehrmals) tägliche Durchführung gedacht und ohne Zeitangaben versehen, da sie in Alltagshandlungen/Situationen einbaubar sind. Lediglich die Meditation (mit * gekennzeichnet) ist mit 15 Min Dauer einzuplanen und ebenso für die tägliche Anwendung gedacht.
- Abruf der Meditation „09_Woche 10_Mir selbst Mitgefühl schenken.mp3 (19114 KB)“ unter www.beltz.de / Logbuch Achtsamkeit / Online-Materialien / Anmeldung. Passwort: LogbuchAchtsamkeit2023.
- S. Angaben beziehen sich auf das Buch; AB (Arbeitsblatt) S. Angaben beziehen sich auf die Online Materialien zum Buch

(Selbst)Mitgefühl - mit dem Herzen Kontakt aufnehmen:

Sätze der liebevollen Güte S. 118 - 122

(Selbst)Mitgefühl - Selbstfürsorge als Basis für ein gelingendes Miteinander:

Selbstmitgefühlspause S. 129 - 134 + Anleitung

Nein Sagen S. 139 - 140

(Selbst)Mitgefühl - Die Heilkraft der Beziehung:

Lächeln S. 149

(Selbst)Mitgefühl - Freude, Glück und Genuss kultivieren:

Positive Erfahrungen verinnerlichen S. 161 - 163

(Selbst)Mitgefühl - Mitgefühl und Empathie:

*Meditation „Mir selbst Mitgefühl schenken“ mp3 Datei
(15 Min.)

(Selbst)Mitgefühl - Loslassen, Vergeben und Verzeihen:

Loslassen-reinigen-ausmisten S. 189

(Selbst)Mitgefühl - Dankbarkeit:

Dankbarkeit für die kleinen Dinge S. 202 - 203 (1 Min.)

Dankbarkeit teilen S. 206 - 207 (1 Min.)

„Schließe die Augen. Verliebe dich. Verweile dort.“ (Rumi)

Sätze der liebevollen Güte S. 118 - 122

Finde DEINE Sätze der liebevollen Güte. Schreib sie dir auf, sprich sie dir als Notiz aufs Handy, verankere sie, sodass du sie sofort parat hast und sie dir hilfreich zur Seite stehen können. Zur Erinnerung: das „möge ich“ ist kein Muss-Beginn, tausche es durch Formulierungen aus, die dir mehr entsprechen. Hier nochmal die Standard-Sätze aus der Metta Meditation:

- ♥ Möge ich glücklich und zufrieden sein.
- ♥ Möge ich sicher und geborgen sein.
- ♥ Möge ich gesund sein.
- ♥ Möge ich mit Leichtigkeit leben.

Selbstmitgefühlspause S. 129 - 134 + Anleitung

Schenke dir mit der Anleitung, die du im Kurs erhalten hast und/oder meiner Sprachnachricht in unserer WhatsApp Gruppe vom 6.9.23 eine wohlverdiente Selbstmitgefühlspause. Dafür benötigst du lediglich eine bequeme Position im Stehen, Sitzen oder Liegen und deine Sätze der liebevollen Güte (siehe oben).

Nein Sagen S. 139 - 140

Selbstfürsorglich und selbstmitfühlend zu sein bedeutet auch, auf deine eigenen Grenzen zu achten und dafür zu sorgen, dass diese von anderen ebenfalls gewahrt werden UND: Manchmal bedeutet ein klares Nein, das du zu jemandem sagst, ein ehrliches Ja zu dir selbst

*Meditation „Mir selbst Mitgefühl schenken“: 09_Woche 10_Mir selbst Mitgefühl schenken.mp3 unter www.beltz.de / Logbuch Achtsamkeit / Online-Materialien / Anmeldung. Passwort: LogbuchAchtsamkeit2023.

Tauche ein in die Welt des (Selbst)mitgefühls und schenke dir selbst 15 Minuten deiner wertvollen Zeit.

Lächeln S. 149

Ein Ausdruck von Verbundenheit ist unser Lächeln, es lässt uns besonders tief mit anderen in Kontakt kommen. Es kommt von Herzen, ist aufrichtig und von Achtung für das Gegenüber getragen und es geht mit einem Gefühl von Fürsorge für den anderen einher: das warmherzige Anlächeln (fremder) Personen

Positive Erfahrungen verinnerlichen S. 161 - 163

- Das gute Erlebnis finden (alles ist möglich, jede Art der Empfindung aus allen Sinneskanälen) und es in eine gute Erfahrung verwandeln: versuche dies mehrmals täglich und verweile für bis zu 30 sec. in dem schönen Gefühl
- Die gute Erfahrung wirklich genießen, ohne dich von etwas anderem ablenken zu lassen - je länger du sie in deinem Bewusstsein hältst, desto stärker ist die Spur in deinem Gedächtnis!
- Spüre bewusst, wie die gute Erfahrung in dir versinkt, verinnerliche sie, indem du dir jede Hilfe zunutze machst, die dich die Erfahrung intensiv spüren lässt: ein heller Schein, ein heißes Getränk, eine kühle Brise in deinem Körper, der goldene Sirup der sich in deinem Inneren ausbreitet und schmerzende Stellen beruhigt.

Dankbarkeit für die kleinen Dinge S. 202 - 203

- Fange klein an und halte Ausschau nach den ganz winzigen Dingen/Begebenheiten, für die du dankbar bist: der Geruch von frisch gebackenem Brot aus der Bäckerei; der Busfahrer, der dich noch schnell einsteigen lässt; ein unerwartet gefundener Gegenstand, den du schon lange gesucht hast

Dankbarkeit teilen S. 206 - 207

- Du erzählst anderen Menschen davon, was dir Freude gemacht hat und wofür du dankbar bist. Inspiration: Dankbarkeits-Fixpunkt in Teambesprechungen, dich bei einer (fremden) Person für eine freundliche Geste bedanken, einem/r Patient*in „Danke“ sagen für z.B. die hohe Aufmerksamkeit und Umsetzung von Therapie-Inputs

Loslassen-reinigen-ausmisten S. 189

Wähle dir jede Woche einen Lebensbereich aus, in welchem du dich im Loslassen üben willst, hier ein paar Inspirationen:

- Das Ausatmen (in der Meditation) erforschen
- Eine Zeitlang (ein Tag/eine Woche) auf etwas verzichten
- Eine alte Gewohnheit loslassen, die dir nicht mehr dienlich ist
- Dein Arbeits- oder Wohnbereich: täglich nur ein Fach, eine Schachtel, eine Lade vornehmen ;-)
- Einen Streit beilegen

Anhang D: Kodierleitfaden der Kategorie Therapeutische Kompetenz

	KATEGORIEN- BEZEICHNUNG	DEFINITION	ANKERBEISPIEL
2.	Therapeutische Kompetenz	Faktoren, die sich auf Qualitäten der Kompetenz von Logopädinnen und Logopäden beziehen	„Die gelebten Grundeinstellungen (s. oben) werden durch die Übungen wieder bewusster wahrgenommen. Es motiviert so weiter zu machen, wenn man sich in diesen therapeutischen Qualitäten bewusst erlebt.“ (ACHTSAMKEIT > W6)
2.1.	Therapeutische Kommunikation	Äußerungen, die sich auf das Führen von Gesprächen beziehen	"In den Gesprächen versuche ich, besser zu warten, wann ich etwas sage, und die Eltern mehr zu Wort kommen zu lassen" (ACHTSAMKEIT > W6)
2.2.	Therapie-Beziehung	Aspekte, die das in Kontakt treten mit für die Therapie relevante Personen meinen	"In der letzten Woche ist es mir gut gelungen sowohl professionellen Abstand zu einem berührenden Schicksal einer Patientin zu halten, aber dennoch gut in Beziehung treten zu können." (SELBSTMITGEFÜHL > W12)
2.2.1.	Einflussnahme auf Beziehung im Allgemeinen	Aussagen zum Einfluss von Übungen auf die Beziehungsebene	"Durch ein regelmäßiges "danke" wird die Beziehung deutlich gestärkt. (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)
2.2.2.	Liebenswürdigkeit und Freundlichkeit	Aussagen zu Auswirkungen auf die Qualitäten, liebenswürdig und freundlich zu sein	"Mit dem Dran bleiben an den Übungen verändert sich die innere Grundeinstellung zu noch mehr Positivität. Ein Liebenswertes Begegnen ist Kern der Begegnung." (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)
2.2.3.	Kompetenz	Aussagen zu Effekten der Übungen auf die Kompetenz in der Therapie	"Kompetenz wird durch die Übungen gestärkt" (ACHTSAMKEIT > W1)
2.2.4.	Motivation und Begeisterungsfähigkeit	Aussagen, welche die Wirkung der Übungen auf die Fähigkeit, motivierend begeisterungsfähig sein zu können zeigen	"Motivation und Begeisterung passieren oft automatisch." (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)
2.2.5.	Nähe und Vertrauen	Aussagen, die Auswirkungen auf die Qualität, Nähe und eine Vertrauensbasis herstellen zu können beschreiben	"Ich denke, dass dies auch sehr hilfreich ist, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patient:innen bzw. den Eltern der Klient:innen entstehen zu lassen.“ (ACHTSAMKEIT > W2)

2.2.6.	Verständnis und Empathie	Aussagen zu Effekten auf die Fähigkeit, Verständnis und Empathie entgegen zu bringen	"Die persönliche Erlebenswelt meiner Patient*innen steht im Mittelpunkt und ich versuche die Situationen nachzuempfinden und diese mitzuerleben, um die sozialen Bedürfnisse besser zu spüren" (ACHTSAMKEIT > W4)
2.3.	Therapeut*innen-Merkmale	Aspekte, die sich auf Qualitäten, welche Therapeutinnen für die Beziehungs- und Kommunikationsebene mitbringen sollen, beziehen	"Ich erlebe mich positiver, reflektierter und mehr in mir ruhend, dadurch kann ich verständnisvoller, liebenswürdig und freundlich meinem Gegenüber begegnen" (SELBSTMITGEFÜHL > W11)
2.3.1.	Akzeptanz	Aussagen, die sich auf die Qualität des nicht Bewertens, wertfrei Bleibens beziehen	"Besonders im Gespräch mit den Eltern versuche ich nicht zu werten." (ACHTSAMKEIT > W6)
2.3.2.	Ehrlichkeit	Aussagen, die sich auf ehrliches Agieren und Kommunizieren beziehen	"Die eigene Ruhe und Sicherheit hilft in jedem Fall auch, ehrlich im Miteinander zu sein und klar die Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen." (ACHTSAMKEIT > W1)
2.3.3.	Abwarten	Aussagen, die sich auf sich zurückstellen, abwarten beziehen	"Ich erlebe, dass ich durch bewusstes Wahrnehmen meiner eigenen Atmung mehr Zeit und Raum für mein gegenüber gebe. (ACHTSAMKEIT > W6)
2.3.4.	Gelassenheit	Aussagen, die sich auf gelassenes Agieren und Kommunizieren beziehen	"Gelassenheit hilft sehr auch im Gegenüber das Gute und die „besten Absichten“ zu erkennen." (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)
2.3.5.	Präsenz	Aussagen, die sich auf im Hier und Jetzt verankert sein, bei sich sein beziehen	"Ich denke immer wieder im Kontakt mit Patient:innen ans Innehalten - das hilft, im Kontakt zu bleiben." (ACHTSAMKEIT > W4)
2.3.6.	Reflexionsfähigkeit	Aussagen, die sich auf die Fähigkeit, eigenes Verhalten, eigene Aussagen zu reflektieren beziehen	"Dankbarkeit für die eigenen Fähigkeiten, die eigene Gesundheit und auch das bewusste Erkennen und Benennen der Stärken meiner Patient:innen habe ich in der letzten Woche als sehr positiv erlebt." (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)
2.3.7.	Selbstfürsorge	Aussagen, die sich auf die Qualität, für sich selbst zu sorgen beziehen	"Bewusst gütig mit mir selbst zu sein, hilft sehr auch im Gegenüber das Gute und die „besten Absichten“ zu erkennen" (SELBSTMITGEFÜHL > W9_10)

2.3.8.	Wertschätzung	Aussagen, die sich auf wertschätzenden Kontakt und mit Wertschätzung kommunizieren beziehen	"Ich habe das Gefühl, dass es mir gut gelungen ist unvoreingenommen zuzuhören und daher eine wertschätzende Grundhaltung bestimmend für Gesprächsverläufe war. (ACHTSAMKEIT > W6)
--------	---------------	---	---