

Selbsterhaltungstherapie (SET) und die Ergotherapie

Barbara Romero

>> Die therapeutische Unterstützung für Menschen mit fortschreitenden dementiellen Erkrankungen stellt eine besondere Herausforderung für alle beteiligten Berufsgruppen dar. Die Selbsterhaltungstherapie (SET) bietet einen berufsgruppenübergreifenden konzeptuellen Rahmen, um Therapieziele und Vorgehensweisen den speziellen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz anzupassen. In diesem Beitrag wird das SET-Konzept beschrieben und in Bezug zu ergotherapeutischen Behandlungsansätzen gebracht.

1. Die Selbsterhaltungstherapie (SET)

Das Konzept der Selbsterhaltungstherapie wurde vor etwa 30 Jahren entwickelt, um bei der Planung von Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit Demenz deren spezielle Situation adäquat zu berücksichtigen, insbesondere die multiplen, fortschreitenden Kompetenzverluste sowie die zunehmende Hilfsbedürftigkeit. Eine besondere Bedeutung wird der Notwendigkeit zugeschrieben, die soziale Umwelt in die unterstützenden Maßnahmen zu integrieren (Romero 2004, Romero 2011, Romero & Wenz 2018 u. a.).

Der Begriff „Selbst“ wurde miteinbezogen, um den systemischen Charakter der multiplen Verluste, aber auch und gerade der Anpassungsprozesse, die mit demenziellen Erkrankungen einhergehen, zu berücksichtigen. Um Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit Demenz zu planen, ist es wichtig, nicht alleine die einzelnen Funktionsstörungen im Blick zu haben, sondern das gesamte System, das das Wissen sowie das Erleben einer Person organisiert und steuert und das in der Psychologie als „Selbst“ bezeichnet sowie subjektiv als „Ich“ wahrgenommen wird.

„Immer wieder bringen wir unser Leben in eine Form, immer wieder zerbricht das Leben die Form“ – reflek-

tiert Arno Geiger seine Erfahrungen als betreuender Angehöriger (Geiger 2011, S. 66). Es ist bewundernswert mitzuerleben, mit wie viel Ausdauer und Kreativität die Betroffenen dem Leben täglich und stündlich neue Formen, neues Verständnis, neuen Sinn verleihen. Das Bild der eigenen Person und der eigenen Situation kann sich von der Realität entfernen, wird aber – dank der Anpassung – auf eine immer neue Weise eine Grundlage für das Selbstverständnis und Selbstwertgefühl bieten können. Auch Reaktionen auf eigene Missgeschicke, wie Bagatellisieren, Verleugnen oder Schuld zuweisen, gehören zu den Anpassungsprozessen.

Begleitende Personen beeinflussen die Anpassungsprozesse, die zur Erhaltung des Selbst der Betroffenen beitragen und es ist von Bedeutung, dass der Einfluss unterstützend und nicht störend ist.

Im Rahmen der SET wird die Frage gestellt, welche Art von Unterstützung eine Person mit Demenz braucht, um aus ihren eigenen verfügbaren Ressourcen das Beste zu machen, die Zuversicht, das Selbstwertgefühl, ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität zu bewahren sowie auch die bestmögliche Leistung zu erbringen und am Leben teilzuhaben. Es lassen sich drei Bereiche nennen, in denen eine Anpassung an die demenzbedingten Veränderungen individuell unterstützt werden kann:

- 1 die Kommunikation
- 2 alltägliche Aktivitäten, Erlebnisse und Formen der gesellschaftlichen Teilhabe
- 3 das materielle Umfeld

2. Anpassung der Kommunikation und der Umgangsformen

Zu den zentralen Empfehlungen im Umgang mit Menschen mit Demenz gehört, diese respektvoll zu behandeln und sie nicht unnötig mit Kritik oder Kon-

frontation mit ihren Missgeschicken zu verunsichern und zu belasten. Diesen Ansatz teilt die SET mit wohl allen derzeit etablierten Konzepten, wie zum Beispiel die Validation (Feil 2010, Fercher 2015), Integrative Validation (Richard 2014) oder der TANDEM-Ansatz von Haberstroh und Mitautoren (2011). Allerdings zeigt eine aktuelle Studie, dass es zwischen dem Anspruch und der Wirklichkeit des Umgangs mit Menschen mit Demenz zu aufschlussreichen Diskrepanzen kommen kann (Dammert et al. 2016). Die Forschungsgruppe untersuchte die Umsetzung zweier Konzepte: der Integrativen Validation nach Richard (2014) und der Basalen Stimulation nach Bienstein & Fröhlich (2010) in Einrichtungen der stationären Altenpflege.

Mitarbeiter der beteiligten Wohneinrichtungen waren in der Anwendung der Konzepte geschult und haben nach Selbstauskunft die Ansätze geschätzt und praktiziert. Die Studie ergab, dass die von den Konzepten postulierte Art, Menschen mit Demenz zu begegnen, im Pflegealltag nicht oder nur stark modifiziert angewendet wurde. In den beobachteten Interaktionen dominierten Verhaltensweisen, die die vertretenen Konzepte ablehnen. Mitarbeitende ignorierten bspw. in Kontakten Bedürfnisse der Betroffenen, lenkten von geäußerten Wünschen ab, verharmlosten die Probleme, vertrösteten oder beschwichtigten mit oberflächlichen Bemerkungen.

Dammert und Mitautoren (2016), die sich auch auf entsprechende Ergebnisse in anderen Fachpublikationen beziehen, sehen Ursachen der mangelhaften Umsetzung der Konzepte nicht alleine in den ungüns-

tigen Rahmenbedingungen wie bspw. Zeitmangel. Viel mehr weisen sie darauf hin, dass die Anforderungen, mit Menschen mit Demenz im beruflichen Alltag persönlich-emotionale Beziehungen einzugehen, oft unklar, grundsätzlich widersprüchlich oder überfordernd sind. Was bedeutet es z. B. genau, „authentisch“ im Kontakt mit Menschen mit Demenz zu sein? Sollen die begleitenden Personen tatsächlich authentisch sein oder geht es vielmehr um eine Inszenierung von Authentizität? Wie können Pflegende und Therapeuten *authentisch sein* mit ihren Berufsrollen vereinbaren?

Auch im Rahmen der SET wurden Fragen der Echtheit und Wahrhaftigkeit diskutiert. Soll die Bezugsperson immer ihre echten Gefühle zeigen, um authentisch zu sein? Darf ein Betreuender falsche Angaben des Kranken bestätigen oder selbst Unwahrheiten sagen? Ist es vertretbar, Situationen für den Erkrankten zu inszenieren, die der Realität nicht entsprechen? Ist es z. B. gut, mit der Erkrankten unter dem Bett nach dem Gewalttäter zu suchen oder ihre Puppe als ihr Kind anzusprechen?

SET bestimmt nicht, ob Betreuende authentische oder situativ angepasste Gefühle den Personen mit Demenz zeigen. Das Konzept lässt auch zu (bzw. empfiehlt in bestimmten Situationen), falsche Angaben zu bestätigen oder selbst zu machen. Wichtig ist nur, dass im Ergebnis bei der Person mit Demenz eine subjektiv positive Wirkung erreicht wird. Gleichzeitig ist von den Betreuenden stets eine respektvolle Grundhaltung gegenüber Personen mit Demenz gefordert (Müller et al. 2010, Romero & Wenz 2018).



Darf ein Betreuender falsche Angaben des Kranken bestätigen – z. B. wenn dieser eine Puppe als sein Kind anspricht?

3. Anpassung der alltäglichen Aktivitäten, Erlebnisse und Formen der gesellschaftlichen Teilhabe

Bei der Planung der individuell geeigneten Formen der sozialen Teilhabe, Beschäftigungen und Erlebnisse ist darauf zu achten, dass Betroffene weder unter- noch überfordert werden und sich von der Art der Tätigkeiten möglichst wenig befremdet fühlen.

Mit der Einbindung von Menschen mit Demenz in individuell geeignete Beschäftigungen und Erlebnismöglichkeiten sind insbesondere die folgenden Ziele zu verfolgen:

1 Erhaltung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens: Eine alltägliche, adäquate Beschäftigung im geeigneten sozialen Kontext stellt eine Voraussetzung für das Wohlbefinden dar und schützt vor Entwicklung psychopathologischer Symptome. Eine

Überforderung, aber auch Erlebnisarmut und leere, nicht strukturierte Zeit, begünstigen die Entwicklung von Auffälligkeiten wie Depression oder Angst und Unruhe.

2 Erhalten der Leistungsfähigkeit sowie sozialer und emotionaler Kompetenzen – so lang und so gut als möglich: Kontinuierliches Nutzen von jeweils (noch) erhaltenen Fähigkeiten im Alltag kann vorzeitige Verluste verhindern. Geeignete Erlebnisse und Teilhabeformen sollen nicht nur die Leistungsfähigkeit des Erkrankten berücksichtigen, sondern auch sein Selbstverständnis, sein Rollenverständnis (z. B. in der Beziehung), seine Interessen, Bedürfnisse und seine verinnerlichten Selbst- und Weltvorstellungen.

Wie Ergotherapeuten zum Erhalt der alltagspraktischen Fähigkeiten einen Beitrag leisten können, führt u. a. Nowotzin (2010) aus. Strunk-Richter (2011) betont zu Recht, dass es bei der Planung der Beschäftigungen nicht um eine Steigerung der verlorenen Fähigkeiten geht. Viel mehr ist eine Beteiligung am subjektiv sinnvollen Handeln und sinnvollen Interaktionen von Bedeutung. Den Verzicht auf Leistungssteigerung und Sorge um Alltagsnähe und „Normalität“ beim Aufbau der Beschäftigungsprogramme setzt Strunk-Richter (2011) mit dem Verzicht auf therapeutische Ziele gleich. Im Rahmen der SET gehört der Aufbau von individuell geeigneten Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten zu den zentral wichtigen Zielen der therapeutischen Interventionen. Auch López (2008) beschreibt ergotherapeutische Unterstützung für demenziell erkrankte Bewohner eines Pflegeheimes, die im Aufbau von individuell angepassten Aktivitäten besteht, als einen therapeutischen Prozess.

4. Anpassung des materiellen Umfeldes

Der Anpassungsbedarf der Wohnräume kann sowohl mit der Multimorbidität als auch direkt mit kognitiven Beeinträchtigungen der Betroffenen zusammenhängen. Zu den häufig angewandten Maßnahmen gehören Orientierungshilfen, Beseitigung von Sturzrisiken und Anpassung der Beleuchtung (Tyll 2010).

Ein besonders wichtiges Problem stellt die Entscheidung über den Wohnortwechsel dar. Zu Hause zu bleiben, auch bei Pflegebedürftigkeit und im Alter, entspricht dem Wunsch eines überwiegenden Teils unserer Gesellschaft (Alber & Köhler 2004). Dieser Wunsch kann bei Menschen mit Demenz nicht immer erfüllt

werden: 35–40 % aller Erkrankten ziehen, meist in fortgeschrittenen Krankheitsstadien, in ein Pflegeheim um (Bickel 2012). Die Entscheidung, ob ein Verbleib zu Hause sich für den Betroffenen voraussichtlich unterstützend auswirkt oder zu Komplikationen und vermehrtem Leid führen wird, ist nicht einfach zu treffen. Nicht nur eine vorzeitige Heimunterbringung, sondern auch eine dauerhafte Überforderung des Erkrankten oder seiner Angehörigen führt zum Auftreten von belastenden psychopathologischen Symptomen, vermehrten Krankenhausaufenthalten und einem vorzeitigen Kompetenzverlust.

Ergotherapeuten können zur Bewertung der aktuell relevanten Fähigkeiten des Kranken und zur Einschätzung der Prognose Wesentliches beitragen. Häufig sind Krankenhäuser der Ort, an dem über einen Wohnortwechsel entschieden wird. Daher ist es wichtig, dass Ergotherapeuten, wie auch alle anderen Teammitarbeitenden, auf die angemessene Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in diesen komplexen Entscheidungssituationen vorbereitet sind.

5. SET-basierte Vorgehensweise und therapeutische Aufgaben bei demenzbedingten Störungen

Professionelle SET-basierte Unterstützung für Menschen mit Demenz ist in drei Schritten vorzunehmen:

1 Im ersten Schritt ist festzustellen, welche Kompetenzen der Betroffene verloren hat und über welche Ressourcen er verfügt. Hierfür eignen sich sowohl psychometrische Verfahren, z. B. kognitive Tests und Skalen zur Beurteilung der Alltagsfähigkeiten (ADLs), wie auch Anamnese (wenn möglich), Fremdanamnese und Verhaltensbeobachtung.

2 Diese Erkenntnisse werden im zweiten Schritt dem individuellen „Alltagsentwurf“ zugrunde gelegt. Dabei soll Sorge dafür getragen werden, dass die Person mit Demenz Gelegenheiten bekommt, im Alltag tätig zu sein, Erlebnisse zu haben und am Leben teilzunehmen – entsprechend den eigenen Grenzen, Möglichkeiten, Interessen und Bedürfnissen. Organisatorische Rahmen für die Aktivitäten und Erlebnisse sollen dabei mitgeplant sein (z. B. Teilnahme an einer ambulanten Kunsttherapie oder Besuch einer Tagestätte).

3 Im letzten Schritt ist sicherzustellen, dass die Erkrankten die individuell notwendige Unterstützung er-

halten. Das bedeutet, dass Bezugspersonen, Angehörige oder Heimitarbeiter, die Menschen mit Demenz im Alltag begleiten, mit den professionell vorbereiteten „Alltagsentwürfen“ nicht nur vertraut, sondern auch im Rahmen beratender und anleitender Gespräche befähigt werden, sie umzusetzen. Zusätzlich zu den persönlichen Kontakten hat sich eine schriftliche Form des Erfahrungstransfers von dem behandelnden Team zu den Bezugspersonen bewährt.



Bezugspersonen der Erkrankten sollen in den therapeutischen Prozess integriert werden.

Die Vermittlung von Erfahrungen des multidisziplinären Therapeutenteams in Form von schriftlichen Therapeutischen Empfehlungen wurde im Rahmen der stationären, SET-basierten Behandlungsprogramme entwickelt (Romero et al. 2018). Therapeuten fassen dabei die wichtigsten alltagsrelevanten Empfehlungen, die sich aus deren Erfahrungen mit dem Kranken ergeben, zusammen. Die angesprochenen, individuell angepassten Themenbereiche können z.B. den Umgang mit Missgeschicken und Realitätsverkennungen oder geeignete bzw. nicht geeignete Beschäftigungen betreffen. Im Fokus der Empfehlungen stehen die Betroffenen, jedoch werden auch die Bedürfnisse von Angehörigen berücksichtigt. Die aktuelle Buchpublikation (Romero & Wenz 2018) beschreibt praxisnah, wie die Therapeutischen Empfehlungen vorbereitet werden können (inkl. vieler Beispiele und Textbausteine zum Herunterladen aus dem Internet).

6. Ergotherapeutischer Beitrag bei demenzbedingten Störungen und die SET

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) definiert die Kernaufgaben der Berufsgruppe bewusst breit: „Ergotherapie unterstützt und begleitet Men-

schen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.“ (<https://dve.info/ergotherapie/definition>)

Die Therapieziele, die von Ergotherapeuten in der Arbeit mit Menschen mit Demenz formuliert werden, beziehen sich auf Erhalt, so lange als möglich, wie auch Nutzen im Alltag der jeweils verfügbaren kognitiven Fähigkeiten, der Beweglichkeit und der alltagspraktischen Fähigkeiten (Blank 2013). Therapeutische Programme berücksichtigen auch prophylaktische Elemente, wie z. B. Reduktion des Sturzrisikos oder Kontrakturprophylaxe. Von früheren Ansätzen, bei denen das Training defizitärer Funktionen im Vordergrund stand, wurde Abstand genommen. Damit stimmt der konzeptuelle Rahmen, so wie er von dem Fachkreis Ergotherapie und Demenz Hamburg erarbeitet wurde (Blank 2013) mit dem Konzept der Selbsterhaltungstherapie (SET) überein. Ott (2006) integriert explizit die Therapieziele, wie sie im Rahmen der SET formuliert wurden, in das von ihr dargestellte ergotherapeutische Konzept für Gruppenarbeit mit Menschen mit Demenz. Während die SET ein berufsübergreifendes Rahmenkonzept darstellt, verfolgt die Ergotherapie zum Teil fachspezifische Ziele und entwickelt berufseigene Maßnahmen. So wird z. B. im Rahmen der Ergotherapie die Bedeutung der Körperwahrnehmung und Vermittlung von gezielten, die Körperwahrnehmung fördernden Erfahrungen betont (Blank 2013).



Im Rahmen der SET gehört der Aufbau von individuell geeigneten Aktivitäten zu zentralen Therapiezielen.

Einen charakteristischen ergotherapeutischen Ansatz im ambulanten Bereich schildern Reuster und Mitautoren (2008). Die als integrativ und multimodal beschriebene Intervention dauerte sechs Wochen (ca.

18–28 Stunden) und fand im Wohnumfeld der Betroffenen mit leichter bis mittelgradiger Demenz statt. Um zum Erhalt von Alltagskompetenz der Erkrankten beizutragen, haben Ergotherapeuten ein gezieltes Handlungstraining durchgeführt (z. B. zur Bedienung einer Waschmaschine oder zum Umgang mit dem Handy) wie auch Maßnahmen zur Umgebungsanpassung vorgenommen (z. B. Beschreibung der Schubladen mit Inhaltsschildern). Individuelle Interventionsziele wurden anhand der anfänglichen Diagnostik und Bedarfseinschätzung bestimmt. Die begleitenden Angehörigen waren in den therapeutischen Prozess mit einbezogen. In der Abschlussphase wurde besonderer Wert auf den Alltagstransfer über die Dauer der Studie hinaus gelegt. Die zitierten Erfahrungsberichte der Teilnehmer verdeutlichen, dass auch die Angehörigen von dem Programm profitiert haben und neue Strategien zum Umgang mit dem Kranken und den eigenen Kräfteressourcen lernen konnten. Das beschriebene Therapieprogramm entspricht den im Rahmen der SET formulierten Postulaten, indem individuelle und alltagsrelevante Ziele verfolgt und Bezugspersonen integriert wurden. Ein Handlungstraining in konkreten Alltagssituationen kann bei einigen, leicht betroffenen Menschen mit Demenz wirksam und relevant sein. Bei den meisten Erkrankten ist, wie die SET betont, vor allem ein Aufbau von geeigneten Formen der sozialen Teilhabe (Aktivitäten, Erlebnisse) bedeutend. Bei zeitlich limitierter ambulanter oder stationärer Behandlung gehören die Anpassung und initiale Implementierung der „Alltagsentwürfe“ zu den therapeutischen Aufgaben. In Situationen, in denen ambulante Ergotherapie über lange Zeiträume durchgeführt wird, können die Sitzungen ein Teil des Aktivitätsprogramms werden.

Eine Durchführung der Ergotherapie im häuslichen Umfeld hat offensichtliche Vorteile, die in einigen Studien bestätigt (z. B. Gitlin et al. 2008) und von der deutschen S3-Leitlinie gewürdigt werden.

Erfahrungen mit der Ergotherapie in der SET-basierten Krankenhausbehandlung werden in der kommenden Ausgabe der „praxis ergotherapie“ geschildert (Romero et al. 2018).

Das Literaturverzeichnis steht im Internet unter www.verlag-modernes-lernen.de/zeitschriften/literaturverzeichnisse zum Download zur Verfügung.

Die Autorin:



Dr. phil. Barbara Romero, Dipl.-Psych.
Freiberufliche Diplompsychologin in Berlin
romero@t-online.de
www.set-institut.de

Stichwörter:

- Selbsterhaltungstherapie (SET)
- Demenz
- Konzept
- Interdisziplinarität