

Angehörige von Menschen mit Demenz – Belastungen, Bedürfnisse, Interventionskonzepte

Eine demenzielle Erkrankung betrifft nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld und vor allem die pflegenden Angehörigen. Viele Angehörige sind durch die Pflege starken Belastungen ausgesetzt, befinden sich in sozialer Isolation und vernachlässigen ihre eigenen Bedürfnisse. In einer optimalen ergotherapeutischen Behandlung sollten deshalb neben der Therapie des Betroffenen die Angehörigen Unterstützung finden. In unserem Beitrag stellen wir vier Konzepte vor, bei denen Klient und Angehöriger gleichermaßen berücksichtigt werden.

Einleitung

Die Diagnose Demenz stellt für Klient und Angehörige einen Einschnitt in alle Bereiche des Lebens dar. Der chronische Verlauf der Erkrankung erfordert eine hohe Anpassungsleistung für alle Beteiligten. Die Betroffenen leben oftmals so lange wie möglich im häuslichen Umfeld, wo zumeist die Pflege in der Hand der Angehörigen liegt.

Für Ergotherapeuten, die im häuslichen Umfeld behandeln, stellen Angehörige eine wichtige Ressource dar. Deshalb ist es notwendig, auch ihre spezifischen Belastungen und Bedürfnisse zu kennen und dieses Wissen im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung des Klienten zu nutzen.

Dieser Beitrag thematisiert anhand verschiedener Studien die Belastungen und die Belastungsverarbeitung von betreuenden Angehörigen. Danach werden unterschiedliche Konzepte der Angehörigenarbeit und abschließend Konsequenzen für die ergotherapeutische Behandlung vorgestellt.

Belastungen

Das Belastungserleben betreuender oder pflegender Angehöriger wurde vielfach untersucht. Adler et al. (1996, S.148) stellten bei pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten neben einer erheblichen sozialen Isolation eine Vernachlässigung eigener Bedürfnisse und den Verlust von Freizeit sowie das Auftreten depressiver Störungen und Körperbeschwerden fest.

Welche Faktoren zu diesen Beschwerden führen, wurde u.a. von Vetter et al. (1997) untersucht. Sie identifizierten



ULRIKE OTT, Ergotherapeutin B.Sc., Weiterbildungen in Lehrergotherapie, Supervision und analytischer Kunsttherapie. Von 1976 bis 1994 Arbeit in den Bereichen Pädiatrie, Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. Seit 1994 an der Wannseeschule (Berlin), daneben Lehraufträge an Hochschulen sowie eigene Praxis für Supervision.



RUTH RASMUSSEN, Ergotherapeutin B.Sc., seit 2002 als Ergotherapeutin tätig. Schwerpunkt ist die Behandlung erwachsener Klienten in den Bereichen Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie/Psychosomatik, derzeit in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung in Berlin.

Kontakt:
uott@wannseeschule.de, ruth.rasmussen@gmx.de

verschiedene Belastungsfaktoren der Angehörigen, die bei fortschreitender Demenz des zu Betreuenden signifikant anstiegen. Belastungsfaktoren waren beispielsweise die Kontrollleibüße der Angehörigen über das Verhalten des Klienten, die mit der Erkrankung einhergehende Einschränkung der Kommunikation und die Angst vor seinem aggressiven Verhalten. Weiterhin wurden die Mehrarbeit, die durch zunehmende Einschränkung des Demenzerkrankten in der Ausführung von Alltagsaufgaben verursacht wurde und das dauerhafte Suchen nach Gegenständen als signifikant belastend erlebt (Vetter et al. 1997, S.177). Auch Persönlichkeitsveränderungen stellen innerhalb der Beziehung zum Pflegenden und innerhalb der Familie oft einen hohen Stressfaktor dar (Gunzelmann et al. 1996, S.26).

Diesbezügliche Studien galten der Aufgabe, durch die Identifizierung von Belastungsfaktoren gezielte Interventionen initiieren zu können. Diese Interventionen sollten eine Reduktion der Belastungen anstreben, um pflegenden Angehörigen zu mehr Lebensqualität zu verhelfen und negative physische oder psychische Folgen der Pflegesituation zu mindern.

Belastungsverarbeitung

Die Studie von Wilz (2002) untersucht die Faktoren der Belastungsverarbeitung auf der Grundlage des transaktionalen Stressmodells von Lazarus und Folkman (1984) (Textbox 1). Sie stellt die subjektive Einschätzung der Angehörigen bezüglich ihrer Kompetenz bei der Bewältigung der Pflegesituation als wichtige Frage im Mittelpunkt. Hierzu tragen auch die Beziehungsqualität zum Demenzerkrankten und eine mögliche Kumulation von Stressereignissen bei (Lazarus & Folkman 1984, S.176ff).

Wilz et al. kommen zu folgenden Ergebnissen, die direkt die Vorgehensweise und Inhalte von Unterstützungsangeboten beeinflussen könnten (Wilz et al. 2002, S.184ff):

- ▶ Innerhalb der Unterstützungsangebote sollen die Angehörigen eine hohe Wertschätzung ihrer Pflegeleistung und positive Rückmeldung erfahren, da negative Bewertungen der eigenen Pflegeleistung zu mehr Belastung führen.
- ▶ Angehörige können sich durch Informationsvermittlung über die Erkrankung auf deren Verlauf einstellen und unterstützende Maßnahmen organisieren.
- ▶ Die emotionale Autonomie, die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und dabei keine Schuldgefühle gegenüber dem Pflegenden zu haben, soll gestärkt werden.
- ▶ Unterstützungsangebote sollen positive Ereignisse beinhalten und für Entspannung sorgen.
- ▶ Die Angehörigen brauchen Hilfestellung bei der Organisation von sozialen Unterstützungsmaßnahmen.

Lazarus definiert in seiner Stresstheorie Beziehungen zwischen Personen und Umwelt durch deren verschiedene Formen der Wahrnehmung und Bewertung (Lazarus 1995, S.205). Aus dieser Wechselwirkung heraus erklärt er das individuelle Bewältigungsverhalten. Stress entsteht somit nicht aus dem Ereignis als Auslöser, sondern beruht auf subjektiven kognitiven Bewertungsprozessen, wobei zwischen primärer und sekundärer Einschätzung unterschieden wird. In der primären Einschätzung werden Anforderungen aus der Umwelt überprüft. Werden diese subjektiv bedeutsam und stressrelevant eingestuft, kommen als Ergebnis drei Möglichkeiten in Betracht: Herausforderung (stressreiche Anforderung, im Sinne von positivem Stress, mit der Aussicht auf eine erfolgreiche Bewältigung), Bedrohung (angstauslösend) oder Schaden und Verlust (es wird bereits eine Beeinträchtigung erlebt). Bei der sekundären Einschätzung betrachtet die Person ihre eigenen Merkmale, ihre Kompetenzen, Ziele, Bewältigungsmöglichkeiten, die subjektiv wahrgenommenen Ressourcen im Hinblick auf die Anforderung. Dies beeinflusst die Wahl der Bewältigungsstrategien (Copingstrategien). Hierbei werden zwei Arten von Copingstrategien unterschieden: emotionsorientiertes Coping (versucht Belastungssymptome zu lindern, wenn sich die Situation nicht lösen lässt), problemorientiertes Coping (strebt Lösung des Problems an). Die Wahl des Bewältigungsverhaltens hat langfristige Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Sozialverhalten (Luskamp 2001, S.27f).

Bedürfnisse

Die Studie von Jünemann und Gräsel (2004) hatte zum Ziel, die Erwartungen der Angehörigen von Menschen mit Demenz im Gegensatz zu anderen Pflegenden zu identifizieren. Darin äußerten die pflegenden Angehörigen den größten

Bedarf an ambulanter Pflege, gefolgt von Beratung und Tagespflege. Die Teilnahme an einer Angehörigengruppe wurde hingegen als nicht wichtig eingeschätzt. Von den unterschiedlichen Angeboten wünschten sie sich Information zur Erkrankung, Ratschläge, persönliche Ansprache, Trost, Zusage und den Erhalt vorhandener Fähigkeiten als Therapieziel für den Betroffenen (Jünemann & Gräsel 2004, S.226ff).

Überlegungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass pflegende Angehörige meist unter einer hohen Belastung leiden. Ihre Situation verstärkt zu berücksichtigen, erscheint auch für ergotherapeutische Interventionen sinnvoll und notwendig. Die vorgestellte Studie zu Bedürfnissen der Angehörigen bezieht sich auf nicht-ergotherapeutische Maßnahmen, kann aber hilfreiche Anregungen für unsere Arbeit geben, zumal sich – wie oben angesprochen – die Angehörigen den Erhalt vorhandener Fähigkeiten des Demenzerkrankten wünschten.

Auffällig ist, dass bestehende Angebote von pflegenden Angehörigen meistens erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung genutzt werden, was Vetter et al. (1997, S.182) auf die Belastungszunahme zurückführen. Es ist aber wichtig, Interventionen möglichst früh und individuell, an die Bedürfnisse der Angehörigen angepasst, durchzuführen (Winkler et al. 2006; Dech 2004). Eine ergotherapeutische Behandlung im häuslichen Umfeld kann hier ansetzen und dies stärker in den Blick nehmen.

Interventionskonzepte für Angehörige von Menschen mit Demenz und die Erkrankten selbst

In Deutschland existiert kein speziell ergotherapeutisches Konzept, das Angehörige in die Therapie einbezieht, während in anderen Ländern, wie den Niederlanden oder der USA, eine aktive, konzeptionell verankerte Einbindung der Angehörigen in die ergotherapeutische Behandlung erfolgt. Im Folgenden werden Konzepte vorgestellt, die Klient und Angehörige in gleicher Weise berücksichtigen:

Konzepte anderer Berufsgruppen:

- ▶ Multimodale Interventionen
- ▶ Erinnerungsarbeit für Klient und Angehörige

Ergotherapeutische Konzepte aus dem Ausland:

- ▶ „Leitlinie für die Ergotherapiebehandlung von geriatrischen Patienten mit leichten kognitiven Störungen“
- ▶ „Home Environmental Skill Building-Program“ (ESP)

Multimodale Interventionen

Multimodale Interventionen sind umfassende Programme, die aus mehreren Elementen bestehen und verschiedenste Bedürfnisse der Klient-Angehörigen-Dyade einschließen. So sind in den Programmen von Wettstein et al. (2005) und Jost et al. (2006) zum einen Angehörigengruppen vorgesehen, in denen Informationen über das Krankheitsbild, das Erlernen des Umgangs mit Verhaltensstörungen und die Vermittlung von Copingstrategien thematisiert werden. Zum anderen werden in beiden Konzepten parallel dazu die Erkrankten von verschiedenen Berufsgruppen wie Ergotherapeuten, Physio-

therapeuten und Logopäden betreut und aktiviert. Zusätzlich zu der getrennten Betreuung werden gemeinsame Aktivitäten angeboten (z.B. Gedächtnistagebuch erstellen, Abendprogramm). Der Interventionszeitraum der Studie betrug 12 Sitzungen à 90 Minuten (Jost et al.) bzw. 8 Sitzungen à 120 Minuten (Wettstein et al.).

In den Studien zu beiden Programmen wirkte sich die jeweilige Intervention positiv auf die Emotionalität der Angehörigen aus. So zeigten sich Effekte hinsichtlich des emotionalen Wohlbefindens und der Lebensqualität (Wettstein et al. 2005, S.86), wie auch ein fehlendes Gefühl der subjektiven Mehrbelastung der Pflegenden, trotz signifikanter Verschlechterung der Fähigkeit zur Selbstpflege und anderer Alltagskompetenzen der Demenzerkrankten (Jost et al. 2006, S.145ff).

Erinnerungsarbeit für Klient und Angehörigen

Basierend auf dem Ansatz von Tom Kitwood wurde in zehn verschiedenen europäischen Städten unter Förderung der Europäischen Union 1997/98 das Projekt „Erinnern und pflegen“ („Remembering yesterday, Caring today“) durchgeführt. Projektziel war es, durch gemeinsame Aktivitäten die Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem zu verbessern, um so die Pflegebereitschaft innerhalb der Familien zu stärken. In 18 wöchentlichen Gruppentreffen sollten die Angehörigen den Austausch von Erinnerungen als ein die Kommunikation unterstützendes Medium erkennen und so mit dem Erkrankten neu in Beziehung treten. Themen waren u.a. die Möglichkeiten der Pflegenden, auf soziale und emotionale Anliegen der Erkrankten eingehen zu können, sowie das Schaffen gemeinsamer Situationen der Entspannung und Entlastung (Bruce 2005, S.31ff). Während der ersten vier Treffen, an denen ausschließlich die Angehörigen teilnahmen, wurden Übungen zur personorientierten Kommunikation durchgeführt, Informationen über das Krankheitsbild und Unterstützungsmöglichkeiten gegeben, während die Erkrankten betreut wurden. So konnten sich die Angehörigen innerhalb der Gruppe über einen Erinnerungsaustausch näher kommen. An den übrigen Treffen nahmen die Angehörigen im Wechsel allein und zusammen mit den Erkrankten teil. Themenkomplexe der Treffen waren z.B. Kindheit, Schulzeit oder Arbeitswelt mit vielfältigen Unterthemen, wie Erinnerungen an Liebessessen, Kinderspiele oder kindliche Berufswünsche.

In einer Broschüre werden die positiven Auswirkungen des Projekts anhand von Erfahrungsberichten aus verschiedenen Ländern beschrieben. So konnten z.B. die Erkrankten durch vielfältige kreative Methoden angeregt werden, sich zu erinnern und zu kommunizieren. Den Angehörigen wurde die Idee der Erinnerungspflege vermittelt, viele der Teilnehmer stellten eine Verbesserung ihrer sozialen Kontakte fest. In abschließenden Interviews äußerten die meisten Angehörigen, nun besser mit der Erkrankung zurechtzukommen (Trilling et al. 2001, S.130ff).

Das Home Environmental Skill Building-Program (ESP)

Das ESP wurde über einen Zeitraum von 15 Jahren von Gitlin et al. in Zusammenarbeit mit der Thomas Jefferson Universität in Philadelphia entwickelt und getestet (Gitlin et al. 2001; 2005). In dem 2005 erschienenen Buch „Occupational Therapy and Dementia Care. The Home Environmental Skill-Building Program for Individuals and Families“ werden die theoretische Basis und das Vorgehen des ESP sowie die Diagnostikinstrumente ausführlich erläutert (Gitlin & Corcoran 2005).

Um die Auswirkungen der Pflegebelastung auf die Familien von Demenzerkrankten einzuordnen und passende Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln, findet das „stress-health-process-model“ (ähnlich dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman) als theoretische Basis Anwendung. Es werden verschiedene Stressfaktoren benannt, die je nach Bewertung zu einer vermehrten Stresswahrnehmung und letztendlich zu gesundheitlichen Risiken aufseiten des betreuenden Angehörigen führen können. Im ESP wird versucht, auf die verschiedenen Stressauslöser und auf die Bewertung der Stressfaktoren z.B. durch Edukationsmaßnahmen ergotherapeutisch einzuwirken (Gitlin & Corcoran 2005, S.76f). Als Stressauslöser für die betreuenden Angehörigen werden hier explizit das räumliche und das soziale Umfeld benannt, was die Einflussnahme der ergotherapeutischen Intervention, vor allem in Form der Umweltadaption, unterstreicht.

Das ESP wird in zwei Phasen, der aktiven Phase und der Erhaltungsphase innerhalb eines Jahres durchgeführt.

Aktive Phase (active phase): Die aktive Phase findet innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten statt und beinhaltet 5-6 Hausbesuche von je 1,5 Stunden und eine telefonische Beratung von ca. 30 Minuten. Ziel der aktiven Phase ist es, den Angehörigen zu befähigen, über eine Anpassung der Umwelt verschiedene Probleme zu lösen, die in der Betreuung des Demenzerkrankten auftreten. Die Autoren legen sowohl verschiedene Alltagsaktivitäten fest (z.B. Ankleiden, Baden, eine Mahlzeit einnehmen), die die Sicherheit des Demenzerkrankten fokussieren, als auch Aspekte, die den Angehörigen betreffen (z.B. Schuldgefühle, Bewältigung der Situation, Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten des Erkrankten).

Die Aufgabe der Ergotherapeuten besteht darin:

- ▶ verschiedene Umweltfaktoren zu analysieren, die sich auf den Umgang mit den identifizierten Problembereichen auswirken und diese zu ändern,
- ▶ Ziele zu setzen, die das Verhalten des Angehörigen in bestimmten Problemsituationen betreffen,
- ▶ die Effektivität und Effizienz der gewählten Strategien zu evaluieren. (Gitlin & Corcoran 2005, S.125)

Die Autoren führen zu den einzelnen Problembereichen detailliert Strategien zur Problemlösung auf, die in Tabelle 1 für den Bereich Ankleiden beispielhaft dargestellt sind.

Erhaltungsphase (maintenance phase): Die Erhaltungsphase findet in den Monaten 7-12 der Intervention statt. Ziele während dieser Phase sind, die angeeigneten Strategien

Ankleiden	Interventionsbereich	Beispiele für Interventionen
	Gebrauch und Handhabung der Kleidung	■ Verwenden von Kleidung, die sich leicht an- und ausziehen lässt ■ Anbringen eines Posters, auf dem bildlich oder schriftlich die Handlungsschritte beim Anziehen festgehalten sind
	Hilfsmittel und bauliche Veränderungen	■ Installation eines Spiegels für ein visuelles Feedback
	Aufgabenebene	■ Gebrauch von einfachen, klaren, schrittweisen Instruktionen
	Soziale Gruppen	■ Einführung eines sozialen Ziels beim Anziehen (z.B. Ankündigung eines Besuchs, um so den Demenzerkrankten zu ermutigen, sich passend zu kleiden)
	Unterstützung von anderen Berufsgruppen	■ Physiotherapeut: Schulung des Angehörigen in Transfer und rückenschonenden Techniken ■ Sozialarbeiter: Informationsvermittlung über Unterstützungsmöglichkeiten

Tab. 1: Strategien zur Umweltadaptation dem Problembereich „Ankleiden“ zugeordnet (Gitlin & Corcoran 2005, S.244ff)

in tägliche Routine übergehen zu lassen, die genutzten Umweltstrategien zu verfeinern und dem pflegenden Angehörigen zu helfen, diese auf andere Problemsituationen anzuwenden und zu generalisieren. Die Erhaltungsphase besteht aus vier Kontakten mit dem Angehörigen, drei telefonischen Beratungen und einem Hausbesuch.

Die „Leitlinie für die Ergotherapiebehandlung von geriatrischen Patienten mit leichten kognitiven Störungen“

Seit 1995 besteht am Akademischen Krankenhaus Nijmegen (Holland) eine ergotherapeutische Arbeitsgemeinschaft um Maud Graff und Margot van Melick, die sich intensiv mit der ergotherapeutischen Behandlung geriatrischer Klienten im klinischen und häuslichen Umfeld befasst. Als Basis für die Behandlung wurde im Rahmen des Projekts 1998 die „Leitlinie für die ergotherapeutische Behandlung von geriatrischen Patienten mit leichten kognitiven Störungen“ auf der Grundlage des Model of Human Occupation (MOHO) und des Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) entwickelt (Graff & Melick 2000). Eine randomisiert-kontrollierte Studie mit n=135 (Klienten-Angehörigen-Dyaden) von hoher methodischer Qualität belegt die Wirksamkeit der Interventionen (Graff et al. 2006). Eine Zusammenfassung der Studie kann auf der Homepage des DVE abgerufen werden. Zurzeit werden in Deutschland zwei Replikationsstudien durchgeführt.

Der Interventionszeitraum beträgt 5 Wochen mit wöchentlich zwei ergotherapeutischen Behandlungen im häuslichen Umfeld.

Die Leitlinie besteht aus einem Handbuch, in dem die theoretische Basis der Behandlung beschrieben ist, und einem

Arbeitsbuch, das die ergotherapeutische Behandlung konkretisiert und die praktische Vorgehensweise erläutert (Graff et al. 1998).

Das Arbeitsbuch bietet durch viele Flussdiagramme und Checklisten Arbeitshilfen. Es ist, analog zum ergotherapeutischen Behandlungsprozess, in die drei Phasen Diagnostik, Zielbestimmung und Betreuung gegliedert.

Die Phase der Betreuung beinhaltet:

- ▶ Betreuung mit dem Ziel der Funktionsverbesserung
- ▶ Betreuung mit dem Ziel der Kompensation
- ▶ Verbesserungen der Fertigkeiten des betreuenden Angehörigen

Ziele der Angehörigenarbeit sind: Erlangung von Kompetenzen im Umgang mit dem Demenzerkrankten (gemeinsames Fertigkeitstraining) und das Erarbeiten von Copingstrategien (Belastungen durch die Pflege erkennen, Autonomie zurückgewinnen). Verschiedene Arbeitsformulare ermöglichen eine Evaluation der Behandlung.

Die Autoren der niederländischen Leitlinie betonen die Wichtigkeit ausführlicher therapeutischer Diagnostik (4 von 10 Behandlungseinheiten), deren Ablauf beispielhaft in Tabelle 2 dargestellt ist.

Fazit

Mit Fortschreiten der demenziellen Erkrankung steigen sowohl die physischen als auch psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen. Ein stabiles Miteinander ist jedoch unabdingbar, damit der Demenzerkrankte möglichst lange mit hoher Lebensqualität in seinem vertrauten Umfeld leben kann.

Vorgehensweise	Teilschritte	Behandlungsprinzipien	Assessmentinstrumente, Checklisten, Flussdiagramme
1. Allgemeines Kennenlernen	■ Sammeln von Informationen ■ Gespräch mit dem Patienten ■ Gespräch mit dem betreuenden Angehörigen		■ Ethnografisches Interview ■ Narratives Denken
2. Erfassen des Betätigungsverhaltens des Patienten	■ Patienten: Interview und Beobachtung ■ Hausbesuch ■ Übersicht über das Betätigungsverhalten ■ Bestimmung der geriatrischen Behandlungsstrategie	■ Aktivität muss sinnvoll sein und sich auf die Lebenswelt des Patienten beziehen ■ Bestandsaufnahme des materiellen und sozialen Umfelds und der Fertigkeiten im häuslichen Umfeld	■ Flussdiagramm zeigt das Vorgehen auf OPHI-II¹; VQ²; COPM³; AMPS⁴; IDDD⁵ ■ Checkliste zur Überprüfung von Fertigkeiten ■ Übersicht Tageseinteilung
3. Übersicht und Bestandsaufnahme der Probleme des betreuenden Angehörigen		■ Fortsetzung des ersten Gesprächs	■ Ethnografisches Interview ■ Checkliste zur Problembestandsaufnahme des betreuenden Angehörigen, SCQ⁶, COPM
4. Formulieren einer ergotherapeutischen Diagnose			■ Checkliste: Sichtweise des Patienten, Angehörigen, Ergotherapeuten

Tab. 2: Phase der Diagnostik

Ergotherapie kann bei der Versorgung demenzerkrankter Menschen einen wichtigen Beitrag innerhalb des multiprofessionellen Behandlungsteams leisten. Frühes Erkennen, Behandeln und Unterstützen pflegender Angehöriger können das Eintreten von Pflegebedürftigkeit und die institutionelle Einweisung für den Klienten verzögern. Für den Angehörigen können im Sinne von Prävention Folgeschäden verhindert werden.

Eine genaue ergotherapeutische Diagnostik, präzise Tätigkeitsanalysen, das Wissen um Kompensationsstrategien und das Aushandeln gemeinsamer Ziele ermöglichen eine Behandlung, die die Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse aller Beteiligten berücksichtigt. Durch Umweltanpassung kann zusätzliche Entlastung geschaffen werden, sodass eine Konzentration auf wesentliche Prozesse möglich ist und Ressourcen wieder wahrgenommen werden können. Beziehungsgestaltung und Kommunikation werden z.B. durch gemeinsame Alltagsaktivitäten angeregt und ermöglichen dem Angehörigen und der Ergotherapeutin einen differenzierten Zugang zu dem Erkrankten. Für die therapeutische Grundhaltung können die Ergebnisse der Studie von Wilz et al. (2002) hilfreich sein. Von therapeutischer Seite kann auf emotionale Autonomie, das Wahrnehmen eigener Bedürfnisse und ein positives Erleben der Pflegeleistung eingewirkt werden.

Die Studien zu den beiden ausländischen Konzepten (Graff et al. 2006; Gitlin & Corcoran 2005) haben gezeigt, dass kon-

zeptionell gestaltete Ergotherapie mit dem Einbezug Angehöriger auch in einem – für deutsche Verhältnisse – knappen Interventionszeitraum hoch effektiv und effizient sein kann. Dort liegt der Schwerpunkt auf einer häuslichen Intervention. In einer vertrauten Atmosphäre ist es manchen Angehörigen eher möglich, belastende Ereignisse/Probleme zu thematisieren und anzugehen.

Eine Gruppenintervention, wie bei Wettstein et al. (2005), Jost et al. (2006) und Trilling (2001) beschrieben, hat andere Vorzüge. In räumlicher Distanz ergeben sich durch einen Austausch mit anderen Betroffenen neue Impulse. Beide Angebote haben ihre Berechtigung und können sich ergänzen. Wenn die Ergotherapie ihre Aufgaben in dem immer bedeutender werdenden Bereich der Demenzversorgung wahrnehmen will, muss sie sich offensiv zeigen und konzeptionelle Arbeit weiterentwickeln. ■

1 Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II) (Kielhofner et al. 1998)

2 Volitional Questionnaire (VQ) (Kielhofner 2002)

3 Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al. 1998)

4 Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher 1997)

5 Interview of deterioration in daily activities in dementia (IDDD) (Teunisse et al. 1997)

6 Sense of competence questionnaire (SCQ) (Vernooij-Dassen et al. 1996)

Literatur

- Adler C, Gunzelmann T, Machold C, Schuhmacher J, Wilz G. Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 1996, 29, 143-149
- Bruce E. Gemeinsame Gruppentreffen für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen. *Psychotherapie im Alter*. 2005, 2, 31-44
- Dech H. Zur Unterstützung pflegender Angehöriger. *Fragen an die psychosoziale Versorgungsforschung. Soziale Arbeit*. 2004, 12, 458-464
- Fisher AG. *AMPS Assessment of Motor and Process Skills*. Colorado: Three Star Press, 1997
- Gitlin LN, Corcoran MA. *Occupational therapy and dementia care. The home Environmental Skill-Building Program for individuals and families*. Bethesda: AOTA Press, 2005
- Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L. Maintenance of effects of the Home Environmental Skill-Building Program for family care-givers and individuals with Alzheimer's Disease and related disorders. *Journal of Gerontology*. 2005, 3, 368-374
- Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*. 2001, 41, 4-14
- Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Zajec J, Olde-Rikkert MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? *Dementia*. 2006, 5, 503-532
- Graff MJL, van Melick MBM. Het ontwikkelen, testen en implementeren van een ergotherapeutische standaard. De standaard voor de ergotherapeutische diagnostiek en behandeling van geriatrische patiënten met niet-ernstige cognitieve stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*. 2000, 5, 169-174
- Graff MJL, van Melick MBM, Mies L. Standaard voor de Ergotherapie behandeling van geriatrische patiënten met niet ernstige cognitieve stoornissen. Nijmegen. Academisch Ziekenhuis Nijmegen (AZN), 1998
- Gunzelmann T, Grässel E, Adler C, Wilz G. Demenz im „System Familie“. *System Familie*. 1996, 9, 22-27
- Jost E, Voigt-Radloff S, Hüll M, Dykierck P, Schmidtk K. Fördergruppe für Demenzpatienten und Beratungsgruppe für Angehörige. Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen eines kombinierten interdisziplinären Behandlungsprogramms. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. 2006, 19, 139-150
- Jünemann S, Grässel E. Was erwarten pflegende Angehörige von Angehörigenberatung, ambulanter Pflege, Tagespflege und Angehörigengruppen? *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. 2004, 17, 225-237
- Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, Walens D. *The Occupational Performance History Interview (Version 2.0) OPHI-II. A User's Manual*. University of Illinois at Chicago, 1998
- Kielhofner G. *Model of Human Occupation Theory and Application*. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins, 2002
- Law M, Steinwender S, Leclair L. Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1998, 2, 81-91
- Lazarus RS. Stress und Stressbewältigung. Ein Paradigma. In: Filipp S-H, Hrsg. *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Psychologie-VerlagsUnion, 1995, 198-232
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984
- Loskamp B-R. Umgang mit Krankheit und Behinderung. Theoretische Grundlagen von Stress, Social Support und Selbstwirksamkeit. *Unterricht Pflege*. 2001, 5, 27-31
- Teunisse S, Derix MM. The interview for deterioration in daily living activities in dementia: agreement between primary and secondary caregivers. *International Psychogeriatrics*. 1997, 9, 155-162
- Trilling A, Bruce E, Hodgson S, Schweitzer P. *Erinnerungen pflegen*. Hannover: Vincentz Verlag, 2001
- Vernooij-Dassen MJ, Persoon JM, Felling AJ. Predictors of sense of competence in caregivers of demented persons. *Social Science & Medicine*. 1996, 43, 41-49
- Vetter P, Steiner O, Kropp P, Möller W-D. Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerscher Krankheit. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. 1997, 10, 175-183
- Wettstein A, König M, Schmid R, Perren S. Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz Eine Interventionsstudie. Zürich: Rüeger, 2005
- Wilz G. Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Eine Tagebuchstudie. Göttingen: Hogrefe, 2005
- Winkler I, Kilian R, Matschinger H, Angermeyer M C. Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. 2006, 19, 17-24

Zusammenfassung

Angehörige von Menschen mit Demenz

Belastungen, Bedürfnisse, Interventionskonzepte

Demenz belastet nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld und vor allem die pflegenden Angehörigen. Der Beitrag stellt vier Konzepte vor, bei denen Klient und Angehörige gleichermaßen berücksichtigt werden. Im Vordergrund von „Multimodalen Interventionen“ stehen die Schulung der Angehörigen und die aktivierende Betreuung der Erkrankten. Basis des Projekts „Erinnern und Pflegen“ ist ein gemeinsamer Austausch biografischer Erlebnisse. Im „Home Environmental Skill Building-Program“ vermitteln Ergotherapeuten Angehörigen konkrete Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Erkrankten. Eine niederländische „Leitlinie für die Ergotherapiebehandlung von geriatrischen Patienten mit leichten kognitiven Störungen“ strukturiert mit Hand- und Arbeitsbuch den ergotherapeutischen Prozess in der häuslichen Versorgung.

Schlüsselwörter: ♦ Demenz ♦ pflegende Angehörige ♦ Belastungsverarbeitung ♦ Interventionskonzepte

Summary

Families of Dementia Patients

Burdens, needs, intervention concepts

Dementia is not only a burden for the sufferer himself but also for his social environment and in particular for his family members. This article presents four concepts which take into account equally the sufferer and his family. The training of family members and activating care of the sufferer are at the forefront of „Multimodal Intervention“. The basis for the project „Remembering and Caring“ is a reciprocal exchange of biographic experiences. In „Home Environmental Skill Building Program“, occupational therapists describe concrete ways of dealing with the sufferers. A Dutch program, „Guidelines for the OT Treatment of Geriatric Patients with Minimal Cognitive Disorders“, provides a handbook that gives structure to the homecare side of the OT process.

Key words: ♦ Dementia ♦ care-giving family member ♦ coping with the stress ♦ intervention concepts

Résumé

Proches parents de personnes démentielles

Fardeaux et contraintes, besoins, concepts d'intervention

Une démençe ne pèse pas seulement sur les malades eux-mêmes, mais également sur leur environnement social et surtout sur les proches qui s'en occupent. L'article présente quatre concepts qui prennent en considération à part égale, tant les clients que leurs proches. Au premier plan des « interventions multimodales », on trouve l'initiation des proches et une prise en charge mobilisante des malades. A la base du projet „soins et souvenirs“, se trouve un échange d'événements biographiques. Lors du „home Environmental Skill Building-Program“, les ergothérapeutes mettent à disposition des proches différentes possibilités d'actions avec les malades. Une „ligne directrice pour le traitement ergothérapique de patients en gériatrie atteints de légers troubles cognitifs“ néerlandais, donne, au moyen d'un manuel et d'un livre d'instruction, une structure au processus ergothérapique lors des soins à domicile.

Mots clefs: ♦ Démence ♦ proches soignants ♦ assumer son fardeau ♦ concepts d'intervention

EMPFEHLUNG

Inhaltsverzeichnis und Leseprobe:
www.schulz-kirchner.de



Demenz Alzheimer-Erkrankung

Ein Ratgeber für Angehörige und alle, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen

Gudrun Schaaede, Beate Kubny-Lüke
64 S., 2. Auflage 2009, ISBN 978-3-8248-0335-4
(als E-Book PC-PDF: ISBN 978-3-8248-0677-5)
€ 8,40 [D], ab 10 Ex. Staffelpreise

Erhältlich über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Schulz-Kirchner Verlag GmbH
Postfach 12 75 • D-65502 Idstein, Tel. +49 (0) 6126 9320-0,
Fax +49 (0) 6126 9320-50, E-Mail: bestellung@schulz-kirchner.de



Das Gesundheitsforum

