

1. SELWA im Überblick

1.1 Entstehung und Ziele von SELWA

In der Behandlung psychisch/psychosomatisch Erkrankter ist zur gezielten Verbesserung der Alltagsbewältigung neben psychotherapeutischen oder medikamentösen Interventionen eine *dritte Säule* sinnvoll und wichtig. Zudem zögert sich der Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung oft hinaus, so dass Ergotherapie hier eine wertvolle Überbrückung leisten kann. In beiden Fällen, als „dritte Säule“ sowie in Wartezeiten, kann das ergotherapeutische Konzept SELWA vielfältig eingesetzt werden.

Menschen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen fällt es oft schwer, Tätigkeiten im Alltag auszuführen, die für sie wichtig sind. Nicht selten kommen Schwierigkeiten in der Kommunikation mit der Umwelt erschwerend hinzu. Die Folge sind oft Abhängigkeiten oder sozialer Rückzug. Entsprechend hoch ist der Bedarf an gezielter alltagspraktischer und nachhaltiger therapeutischer Unterstützung.

Um es den Betroffenen zu ermöglichen, ihre selbstständige Lebensführung zu erhalten bzw. wieder zu erreichen, entwickelte die Autorin diesen ergotherapeutischen Ansatz. Sein Ziel ist es, Klienten durch Wahrnehmung und Selbststeuerung des eigenen körperlichen und psychischen Zustandes selbstbestimmtes Handeln zu ermöglichen.

Das Konzept ist speziell auf Jugendliche und Erwachsene ausgelegt und verknüpft das Ausführen konkreter Betätigungen als *klassisches* Mittel der Ergotherapie mit der besonderen Art eines *tätigkeitsbezogenen Wahrnehmungstrainings*. Dieses Wahrnehmungstraining bezieht Erkenntnisse der Sensorischen Integrationstherapie (SI) nach (Ayres 2002) und der Achtsamkeitslehre des Buddhismus sowie weitere etablierte und bekannte ergotherapeutische Methoden, Mittel und Verfahren ein. Durch die spezifische Auswahl bestimmter Elemente und eine entsprechende Anleitung lernt der Klient, sich selbst strukturiert und detailliert in seiner persönlichen Lebenswelt wahrzunehmen und sich schließlich auf dieser Grundlage selbst zu steuern. Daher rührt auch der Name des Konzeptes: SELWA: **S**elbststeuerung durch **w**ahrnehmungsbasierte Methoden.

Die Ursachen und einzelne inhaltliche Aspekte des aktuellen Zustandes eines psychisch erkrankten Klienten sind dabei nur bedingt relevant und nicht Gegenstand der ergotherapeutischen Behandlung. Dies gehört in die Psychotherapie². Ergotherapeutisch ist nur von Bedeutung, dass z. B. eine starke Emotion existiert,



² Da dieser Hinweis an vielen Stellen angebracht ist, soll er nicht immer ausführlich wiederholt werden. Es wird stattdessen künftig oft nur noch dieses Warnschild gezeigt.

die, unabhängig vom Wissen über deren Herkunft, in diesem Moment bearbeitet werden soll. In der Ergotherapie geht es darum, mit dem Klienten Möglichkeiten der Intervention (hier Selbststeuerungstechniken – SST) zu erarbeiten, zu erproben und einzuüben. Dies geschieht bei SELWA auf der Basis von Wahrnehmung, wozu es gehören kann, inhaltliche Aspekte des eigenen Zustandes reflektiert beschreiben zu können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, wie in der Ergotherapie üblich, den *ganzen* Menschen zu sehen: nicht nur den spastischen Arm oder das betroffene Bein oder die Konzentrationsschwierigkeit. Für eine ganzheitliche Betrachtung des Klienten sollte der Therapeut in der Lage sein, den Klienten wertfrei *wahrzunehmen*, zu erfassen. Dies erfordert eine besondere Kompetenz. Dabei ist ein wichtiger Schritt, den Klienten zuzuhören, um dann in der Intervention deren *Nerv* zu treffen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, den Klienten Zeit zu geben, sich entwickeln zu dürfen. Und das fällt oft besonders schwer. Es ist wichtig, die Klienten *wachsen zu lassen* und nicht *großziehen* zu wollen, Geduld zu haben, zuzuschauen, wie sie sich in kleinen Schritten entwickeln. Dabei spielt dann die persönliche Beziehung eine besondere Rolle – natürlich mit entsprechender Grenze (vgl. Kap. 11.1).

Ganz praktisch gilt es zu erkennen, was im Alltag für den Klienten schwierig oder problematisch ist. Wichtig ist aber auch, zu beachten, dass im ergotherapeutischen Kontext nicht mitgeholfen werden kann und muss, für *alle* Probleme des Klienten Lösungen zu finden oder Veränderungen einzuleiten. Von Bedeutung ist vielmehr, dass die ergotherapeutische Arbeit immer nur stückweise unterstützend wirken kann. So können durch die Veränderung und/oder Förderung einzelner Fähigkeiten die Kompetenzen des Klienten kontinuierlich erweitert werden.

Wahrnehmung innerer und äußerer Vorgänge

Dies geschieht bei SELWA, indem die Wahrnehmungsfähigkeit im Blick auf innere Vorgänge (Körperreaktionen, Gedanken und Gefühle – im Folgenden gelegentlich mit KGG abgekürzt) trainiert wird. Dabei geht es häufig darum, Zustände innerer Unordnung (vgl. Kap. 2.2, S. 24) zu entwirren und zu sortieren oder auch als bedrohlich interpretierte Innenreize wahrzunehmen und konkrete, strukturierte Handlungsweisen zu entwickeln. Ziel ist die Erkenntnis des Klienten, dass er selbst in der Lage ist, seine Situation (unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren) zu beeinflussen und zu verändern, so dass er sich seinen inneren Vorgängen nicht hilflos ausgeliefert fühlt. So kann er beispielsweise lernen, sich durch innere Beruhigung in die Lage zu versetzen, kontinuierlich und zielorientiert eine Aufgabe zu bearbeiten, ohne sich z. B. durch ein hohes Arbeitspensum stressen zu lassen.

Darüber hinaus wird die Wahrnehmungsfähigkeit aber auch auf die Vorgänge außerhalb, im Kontakt zu anderen Personen und Gegebenheiten der Situation, geübt. Es wird so leichter möglich, *sich seiner selbst bewusst* zu werden.

Der Klient lernt zu erkennen, wann es sich um *eigene* Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten handelt. Es gilt abzugrenzen, was gelernte Verhaltensweisen oder Reaktionen, übernommene Haltungen oder Gewohnheiten sind. So erhält der Klient die Gelegenheit, zu erkennen, was zu ihm passt und was er so belassen möchte (Wöller 2006). Es entsteht aber auch die Option, störende, ungewollte oder schädliche Gegebenheiten zu verändern.

SELWA unterstützt die Erkenntnis, dass jeder Mensch die Wahl hat, so zu handeln und zu entscheiden wie es nötig ist, damit ein zufriedenes Leben möglich werden kann. So kann die ggf. verlorengegangene oder unterentwickelte Fähigkeit, Verantwortung für sein Leben zu übernehmen und selbstbestimmt zu handeln, langsam reifen. Die Klienten werden immer wieder gefördert, die eigene Aufmerksamkeit auf sich selbst zu lenken, damit selbstverantwortliche Handlungsweisen entwickelt werden können. Das hilft dann auch, (wieder) mehr Kontrolle über sich zu erlangen.

Sofortige Umsetzung im Alltag

Ein wesentlicher Aspekt, der zum Erfolg von SELWA beiträgt, ist, dass die erarbeiteten Selbststeuerungstechniken direkt umgesetzt, also sofort praktisch in Alltagshandlungen integriert werden können, denn oft führt beispielsweise eine unmittelbar erlebte Steigerung der Konzentrationsfähigkeit zu einer deutlichen Besserung des Selbstwertgefühls. Dies wiederum fördert die Erfahrung der eigenen Handlungsfähigkeit, an die der Klient im weiteren Behandlungs- bzw. Lernprozess anknüpfen kann (Thielen 2013).

Damit der Klient seine größtmögliche Selbstständigkeit erreicht, wird bei SELWA überwiegend stabilisierend gearbeitet. Stabilisierend bedeutet hier aber nicht, dass der Zustand von Erlebnis- und Handlungsmöglichkeit quasi eingefroren werden soll. Vielmehr lernt der Klient, mit seinen vorhandenen bzw. eingeschränkten Möglichkeiten und Ressourcen so umzugehen, dass Letztere ihm nicht schaden oder ihn einschränken. So wird mittels SELWA z.B. der Umgang mit Angst, Wut, Aggression oder mit sich immer wieder aufdrängenden Gedanken geübt.

Darüber hinaus werden durch SELWA – wenn erforderlich – bestimmte Fähigkeiten gefördert und erweitert, wodurch dem Klienten eine persönliche Weiterentwicklung ermöglicht wird, so dass er zunehmend selbstbestimmter handeln kann.

Während der Entstehung des SELWA Behandlungskonzeptes zeigte die Praxiserfahrung, dass es für viele Klienten unter Umständen zunächst leichter ist, die Unterstützung eines Ergotherapeuten anzunehmen, als die eines Psychotherapeuten. Hat ein Klient einmal begonnen, sich auf diese Weise mit den eigenen inneren Prozessen zu beschäftigen, fällt es ihm in der Regel leichter, sich auch auf eine tiefere und ursachenspezifische Arbeit in der Psychotherapie einzulassen. So

kann für den Klienten eine konstruktive Zusammenarbeit mit dem Psychotherapeuten zu einem für ihn akzeptablen Zeitpunkt entstehen.

Dies alles kann allerdings nur funktionieren, wenn im Klienten ein echter, tiefer Veränderungswunsch vorhanden ist. Gegebenenfalls müssen hierfür beim Klienten die Voraussetzungen erst geschaffen werden. Dazu benötigt der Klient Mut und das Vertrauen, dass ihm jemand dabei hilft.

1.2 Anwendungsbereiche

SELWA beruht im Wesentlichen auf etablierten und bekannten ergotherapeutischen Mitteln und Verfahren und kann ergänzend als Methode in folgende ergotherapeutische Behandlungsverfahren integriert werden:

- Neurophysiologische und neuropsychologische Behandlungsverfahren
- Psychosoziale Behandlungsverfahren
- Arbeitstherapeutische Verfahren
- Adaptive Verfahren

Vor allem im Rahmen der psychosozialen Behandlungsverfahren versuchen Ergotherapeuten, durch verschiedene Medien, Angebote und Leistungen Selbsthilfepotenziale der Klienten zu unterstützen, die eine Betätigung einleiten können. Sie greifen unter anderem zu handwerklichen und gestalterischen Medien, kognitiven und lebenspraktischen Angeboten sowie zu kommunikativen bzw. wahrnehmungsfördernden Maßnahmen. In der Ergotherapie wird der Klient als Partner in das therapeutische Geschehen miteinbezogen. Seine Erwartungen und Ziele haben Priorität. Nicht zu unterschätzen ist die Beziehung zwischen Therapeut und Klient (s.a. Kap. 11), die ein tragendes Element in der Therapie darstellt (Oswald 2015, Scheepers 2001a).

Die Vorgehensweisen der psychosozialen Behandlungsverfahren werden nach der Handlungs- bzw. Zielstruktur der Behandlung geordnet in (Oswald 2015):

- Symptombezogen-regulierende Methoden
- Kompetenzzentrierte, lebenspraktische, alltagsorientierte Methoden
- Subjektbezogen-ausdruckszentrierte Methoden
- Soziozentriert-interaktionelle Methoden
- Wahrnehmungsbezogene, handlungsorientierte Methoden
- Einbeziehung von angrenzenden psycho- und körpertherapeutisch orientierten Methoden

SELWA gehört wohl am ehesten zu den wahrnehmungsbezogenen, handlungsorientierten Methoden. Eine achtsame Beobachtung der Denk- und Handlungsabläufe ist aber sicher auch in andere Methoden integrierbar, da dem Klienten dadurch das Verstehen des jeweiligen Prozesses erleichtert werden kann.

Setting

SELWA ist grundsätzlich sowohl in der ambulanten Praxis als auch im stationären Bereich anwendbar.

Für die Arbeit in Kliniken oder Einrichtungen sind jedoch andere Voraussetzungen und Randbedingungen zu beachten als in ambulanten Praxen. So schaffen in Kliniken verschiedene Professionen unter einem Dach die Möglichkeit einer schnellen und unkomplizierten Zusammenarbeit. Therapeutische Prozesse können von unterschiedlichen ineinandergreifenden therapeutischen Möglichkeiten profitieren. Außerdem bietet der *geschützte Raum* einer Kliniksituation dem Klienten die Möglichkeit, sich leichter auf sich selbst konzentrieren zu können. So kann es ihm leichter fallen, neue Verhaltensweisen auszuprobieren und sich so eine relative Grundstabilität zu erarbeiten.

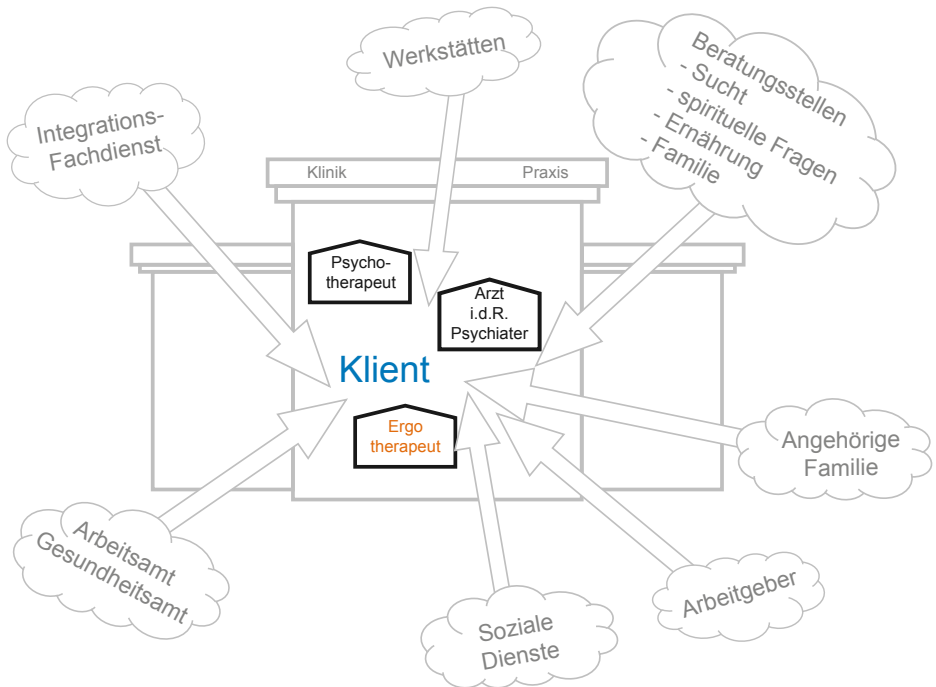
Im ambulanten Bereich haben Klienten häufig mehr Schwierigkeiten, sich auf sich selbst zu konzentrieren. Die Ablenkbarkeit ist weit höher. Das Üben im gewohnten Umfeld bietet jedoch die Chance eines schnelleren Transfers des Geübten in den persönlichen Alltag. Dabei ist zu bedenken, dass jedwedes Einüben neuer Verhaltensweisen Energie erfordert. Besonders Klienten mit psychischen Problemen benötigen allein schon mehr Energie, um die notwendigen Tätigkeiten zur Bewältigung ihres persönlichen Alltags zu verrichten, beispielsweise um sich selbst – und vielleicht Familienmitglieder zu versorgen. Um nun möglichst diese Alltagsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, wird gerade bei Interventionen mit SELWA darauf geachtet, dass Belastungsgrenzen vom Klienten wahrgenommen und möglichst auch eingehalten werden können.

Auch die Kontakte zu allen Personen, die mit dem Klienten zu tun haben, beeinflussen den Heilungsprozess. Dies betrifft zum Beispiel Ärzte und Pflegepersonal bis hin zu der Person, die das Essen ausgibt, oder die Familie zu Hause.

Deshalb sollte abhängig vom Ausmaß des Störungsbildes und der damit verbundenen Schwierigkeiten im Alltag überlegt werden, in welchem Umfang eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ggf. sinnvoll und notwendig ist.

Reicht z. B. eine alleinige ergotherapeutische Unterstützung neben der medizinischen Betreuung durch den verordnenden niedergelassenen Arzt (in der Regel ein Psychiater) aus, oder erfordert der Zustand des Klienten die Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten?

In bestimmten Fällen kann auch eine Kooperation mit einem Integrationsfachdienst, mit sozialen Diensten, Beratungsstellen (Sucht, Ernährung, Familie), Schulsozialarbeitern, Gesundheitsamt und/oder Arbeitsamt sinnvoll sein.



2. Vom Problem zur (Heilmittel-)Verordnung

2.1 Klientengruppen

Mit SELWA können Menschen mit ganz unterschiedlichen psychisch-psychosomatischen Diagnosen behandelt werden. Zunächst sind das die Menschen mit einem relativ akuten Krankheitszustand, wie z. B. Erschöpfungs- und Überforderungszuständen, Depression und Ängsten. Darüber hinaus Klienten mit schon lange anhaltenden Störungsbildern, wie etwa Süchten, Psychosen und Trauma-Folgestörungen (vgl. Kubny-Lüke 2009, S. 164). Die Symptome sind zahlreich und ebenso vielfältig. Was aber bei allen Klienten ähnlich beschrieben wird, sind innere Unruhe, Konzentrationsprobleme, unsortierte Gedanken und/oder ungeklärte Verhaltensweisen (Kubny-Lüke 2009). Häufig kommen Schwierigkeiten mit anderen Personen, Institutionen oder der Umwelt erschwerend hinzu.

Hier besteht nun die therapeutische Aufgabe darin, die Klienten dabei zu unterstützen, zu lernen selber (wieder) eine innere Ordnung herzustellen. Sie sollen ermutigt werden, durch eine bewusstere Selbst- und Fremdwahrnehmung die Grundlage zu schaffen, um die Notwendigkeit von Veränderungen zu erkennen. Dabei werden die Klienten auch unterstützt, bereits vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen wahrzunehmen und auf der praktischen Handlungsebene zu nutzen.

Die Indikation für SELWA orientiert sich an der Lebenssituation des Klienten und den aktuellen Versorgungsmöglichkeiten im Rahmen des Gesundheitssystems. Erfahrungsgemäß können vier Gruppen in der ambulanten Versorgung psychiatrischer Klienten unterschieden werden:

- a) Der niedergelassene Arzt verordnet dem Klienten Ergotherapie bei einer akuten Problematik. Hier soll die Ergotherapie stabilisierend wirken. Ziel ist es, die Alltags-tauglichkeit zu fördern und die Wartezeit bis zu einer beginnenden Psychotherapie unterstützend zu nutzen.
- b) Befindet sich der Klient bereits in ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung, stellt die Ergotherapie die *dritte Säule* in der Behandlung dar. Ziel ist es, die praktische Bewältigung des Alltags zu verbessern bzw. zu ermöglichen.
- c) Im Anschluss an einen längeren stationären Aufenthalt im Krankenhaus, einer Tages- oder Rehaklinik stabilisiert die ambulante ergotherapeutische Behandlung die erzielten Erfolge. Der Klient kann damit die erreichten Verhaltensänderungen leichter in den Alltag integrieren und bei Bedarf weiter ausbauen.
- d) Im Anschluss an oder während Umschulungs-, Berufsfindungs-, Wiedereingliederungsmaßnahmen o.ä. hilft die ambulante Ergotherapie bei der praktischen Umsetzung (Thielen 2013).

2.2 Störungsbilder / Problematiken

2.2.1 Störungsbilder allgemein

Viele Klienten mit psychischen Erkrankungen erleben ein „Durcheinander im Kopf“ oder „in sich selbst“, das sie in ihrer Handlungsfähigkeit beeinträchtigt. Sie berichten von unterschiedlichen Gedanken zur gleichen Zeit, beschreiben unangenehme körperliche Symptome oder kommen mit ihren momentanen Gefühlen nicht zurecht (vgl. Tab. 1). Dies kann als Ausdruck von „verunsichernden Informationsverarbeitungsstörungen“ gedeutet werden, die im Zuge psychischer Erkrankungen entstehen können (vgl. Kubny-Lüke 2009, S. 164).



Foto: © DDRockstar – stock.adobe.com

Durcheinander im Kopf

Gedankenchaos: Mehrere Gedanken, die nichts miteinander und/oder nichts mit der augenblicklichen Situation zu tun haben. Sie gehen gewissermaßen gleichzeitig „im Kopf umher“ und machen strukturiertes Denken unmöglich. Der Klient denkt z. B. während seiner Arbeit am PC an Dinge wie „Warum hat mich die Frau so böse angeschaut?“, „Habe ich die Parkgebühr bezahlt?“, etc.

Stressgedanken: Dies sind Gedanken, die Druck auslösen oder bestimmte Denkrichtungen verstärken, z. B. „Ich muss meine Arbeit schneller/besser schaffen!“, „Ich bin bei dieser Arbeit schon immer schlecht gewesen!“, „Alle anderen sind besser als ich!“ etc.

Gedankenblockaden: Klienten sprechen hier z. B. von „Nebel“ oder „wolkenartigem Gefühl im Kopf“, „Denkblockade bis zur Handlungsunfähigkeit“, „verschiedene Stimmen, die nicht real existieren“.

Durcheinander in Körperwahrnehmungen und Gefühlen

Körpersymptome: Ohne ersichtliche Gründe kommt es zu Herzrasen, Schweißausbrüchen, panikartigen Reaktionen wie schnellem Atem etc. Der Körper wird teilweise nicht gespürt, es kommt zu Schwindelgefühlen.

Körpersensationen: Die Klienten beschreiben z. B. „ein stacheliges Etwas“, das sie „erdrückt“ oder in ihnen „herumboxt“.

Störungen der Wahrnehmung: Die Klienten berichten z. B. „die Buchstaben vor meinen Augen am PC fangen an zu tanzen“, „gleichgroße Elemente auf dem PC Bildschirm erscheinen unterschiedlich groß“. Neben derartigen visuellen Störungen kommen auch auditive Wahrnehmungsstörungen vor.

Gefühlschaos: Es sind zur gleichen Zeit unterschiedliche Gefühle bemerkbar, wie z. B. Wut, Angst, Verzweiflung, Unsicherheit, aber auch Vorfreude und Neugier.

Gefühlsschwemme: Der Klient fühlt sich von „zu viel von einem Gefühl“ quasi „überschwemmt“. Das Gefühl beherrscht scheinbar alles und kann bis zur Bewegungs- und Handlungsunfähigkeit führen, beispielsweise „bei zu viel Angst bewegungsstarr werden“.

Gefühlsexplosion: Hier steigt „zu viel Gefühl“ quasi explosionsartig im Klienten auf. Dabei kann beispielsweise Wut Handlungen auslösen, die der Situation nicht angemessen sind. In einem Beispiel hat der Klient vor Wut dem Chef den Locher hinterhergeworfen.

Gefühllosigkeit: Dem gegenüber steht ein „zu wenig an Gefühl“ bis hin zu dem Eindruck, dass scheinbar kein Gefühl wahrnehmbar ist.

Tab. 1: Beispiele für das Durcheinander in Körperwahrnehmungen, Gedanken und Gefühlen („im Kopf“ und „in sich selbst“)

Klienten schildern ihre Problematik oft wie folgt:

- Ich kriege nichts mehr auf die Reihe, es wird mir alles zu viel
- Ich fühle mich unterdrückt
- Ich schaffe meine Arbeit nicht mehr
- Es gibt Probleme mit Arbeit und Familie
- Ich kann nicht klar denken
- Ich habe mich stark verändert
- Ich komme mit mir selbst nicht mehr klar
- Ich kann nicht mehr genießen oder mich freuen

Sie klagen über

- Gedankenkreisen, Grübeleien
- Antriebslosigkeit und Erschöpfung
- Kraftlosigkeit
- Schwierigkeiten bei Aufmerksamkeit und Konzentration
- Kommunikationsschwierigkeiten
- Sozialen Rückzug
- Dissoziationen (z. B. Gefühle von „nicht da sein“, „wie im Nebel“, „neben sich stehen“, „Zeitverlust“, s.a. Kap. 6.1.13.3)
- Schwierigkeiten im Umgang mit Aggressionen, Gewalt
- Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Perspektivlosigkeit, Angst
- Innere Unruhe, Getriebensein
- Inneres und äußeres Chaos
- Essstörungen
- Unterschiedliche körperliche Symptomatik, wie z. B. Rücken-, Kopfschmerzen, Schlafstörungen

Derartig Betroffene fühlen sich in der Folge häufig daran gehindert, alltagsrelevante Tätigkeiten so auszuführen, dass sie zufrieden sind und sich wohlfühlen. Die Schwierigkeiten können sehr vielfältig sein.

Die oben genannten Probleme bzw. Störungen können gemäß „Indikationskatalog „Maßnahmen der Ergotherapie“ (vgl. DVE 2017, Buchner 2017) im Rahmen der HMR in folgende mit Ergotherapie behandelbare funktionelle /strukturelle Schädigungen eingeteilt werden:

Schädigungen/Störungen

- der Körperhaltung, Körperbewegung und Koordination
- der Grob- und Feinmotorik
- in der Koordination und aktiven Körperbewegung bei Paraparese/Paraplegie, Tetraparese/Tetraplegie
- der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung
- der Sensibilität und der Körperwahrnehmung
- des Gesichtsfeldes in Verbindung mit und ohne Neglect

- der kognitionsstützenden und höheren kognitiven Funktionen wie: Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer, psychomotorisches Tempo und Qualität, Handlungsfähigkeit und Problemlösung einschließlich der Praxis
- der Merkfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses
- der emotionalen und der Willensfunktionen
- der geistigen und psychischen Funktionen / Stimmungen
- der Anpassungs- und Verhaltensmuster
- des Denkens / der Denkinhalte
- der Verhaltensmuster
- des Antriebs und des Willens
- des psychomotorischen Tempos und der Qualität
- im Realitätsbewusstsein und in der Selbsteinschätzung

Derartige Schädigungen können zu Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe führen. Es kommt zu Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie (in Anlehnung an N.N. 2017)

- im Bereich Lernen und Wissensanwendung, etwa
 - des Zuschauens, Zuhörens und anderer bewusster sinnlicher Wahrnehmung
 - der Konzentration im Alltag (z. B. Aufmerksamkeit fokussieren)
 - des Merkens von Dingen im Alltag
 - des Denkens im Alltag
 - des elementaren Lernens (Kognition), wie z. B. sich Fertigkeiten aneignen
 - beim Lösen von Problemen und Treffen von Entscheidungen
- im Bereich der Allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, etwa
 - der Übernahme von Einzel- oder Mehrfachaufgaben
 - der Durchführung der täglichen Routine
 - des Umgangs mit Stress und anderen psychischen Anforderungen
- in anderen individuell wichtigen Lebensbereichen, z. B.
 - der Mobilität/ im Alltag, z. B. sich fortbewegen (mit/ohne Hilfs-/Verkehrsmittel),
 - Dinge transportieren, Autofahren, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel
 - Dinge greifen, heben, tragen, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch
 - der Interaktion und Kommunikation (etwa Konversation, Diskussion, Anwendung von Kommunikationshilfen)
 - der Selbstversorgung
 - des häuslichen Lebens
 - Interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (etwa Umgang mit Kollegen, sozialen Regeln gemäß interagieren)
- im Bereich des Verhaltens

2.2.2 Vier Hauptproblemstellungen

Bei der Arbeit mit den Klienten der Autorin hat sich gezeigt, dass die meisten der genannten Probleme mit vier Hauptproblemstellungen einhergehen, die im Rahmen einer Therapie nach SELWA durch Selbststeuerungstechniken beeinflusst werden können (s. Kap. 7.5). Diese sind:

- Innere Unruhe (vgl. Kap. 2.2.2.1, 7.5.1)
- Abgrenzungsfähigkeit (vgl. Kap. 2.2.2.2, 7.5.2)
- Umgang mit starken Emotionen und Impulskontrolle (vgl. Kap. 2.2.2.3, 7.5.3)
- Gefühl mangelnder Anwesenheit (Verbleiben im „Hier-und-Jetzt“) (vgl. Kap. 2.2.2.4, 7.5.3)

2.2.2.1 Innere Unruhe

Was bedeutet „innere Unruhe“?

Klienten mit Problemen, wie sie oben genannt werden, fühlen sich oft unsicher, wie getrieben, rast- und ruhelos. Unterschiedliche Gedanken und Gefühle *jagen* durch den Kopf. Der ganze Körper ist *in ständigem Aufruhr*.

Innere Unruhe wird oft mit einem Übermaß an *innerer Energie* verglichen, die kein Ziel hat und nicht richtig abfließen kann.

In der Folge sind Klienten dann oft nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage, überhaupt Entscheidungen zu treffen, bestimmte Handlungsabläufe und -ziele zu planen, diese dann zu verfolgen, an EINER Sache „dranzubleiben“, oder auch nur sich auf die gerade ausgeführte Tätigkeit zu konzentrieren. Oft führt innere Unruhe auch zu Schlafproblemen.

2.2.2.2 Abgrenzungsfähigkeit

Die „Abgrenzungsfähigkeit“ wird im Folgenden ausführlicher behandelt, da diese Fähigkeit(en) erfahrungsgemäß häufig die Handlungskompetenz (negativ) beeinflussen.

Unter Abgrenzungsfähigkeit versteht man die Fähigkeit, persönliche Grenzen wahren und schützen zu können. Bei vielen Klienten ist die intuitive Fähigkeit dies zu tun wenig entwickelt oder gänzlich verlorengegangen (vgl. Wöller 2006, S. 319ff.). Abgrenzungsfähigkeit im hier dargestellten Zusammenhang umfasst sowohl körperliche als auch gedankliche, emotionale und psychische Grenzen. Dies betrifft insbesondere die Abgrenzung zu ungewollten, unerwünschten, störenden oder gar schädigenden Faktoren.

Die Fähigkeit eigene Grenzen zu schützen, betrifft zum einen jene, die man seinen Mitmenschen und seinen Lebensbedingungen setzt, um sich im Leben *draußen* durchzusetzen und zu schützen. Hierbei spielt der Umgang mit Nähe und Distanz eine wichtige Rolle. Zum anderen gehören auch eigene innere Grenzen, wie die der eigenen Leistungsfähigkeit (s.u.) oder die Beachtung eigener Wünsche und Bedürfnisse dazu.

Grenzüberschreitungen von außen können sowohl ungewollte körperliche Berührungen bis hin zu Misshandlungen und sexuellen Übergriffen als auch verbale Zudringlichkeiten oder demütigende Bemerkungen (s.u.) sein.

Derartige *grenzüberschreitende* Handlungen führen zu einer *Verletzung der Grenzen*, wenn die Betroffenen sich nicht gegen die Grenzüberschreitung wehren können (vgl. Wöller 2006, S. 319).

Um nun aber die eigene Grenze schützen zu können, also dafür sorgen zu können, dass sie nicht überschritten wird, ist es erforderlich, dass diese dem jeweiligen Menschen bekannt ist. Dazu gehört, dass er sie wahrnehmen kann. Wenn die Fähigkeit, die eigenen Grenzen wahrnehmen zu können, fehlt oder nicht ausreicht, ist es nur schwer möglich, diese zu schützen und ggf. zu verteidigen. Es kann eine wesentliche Aufgabe in der ergotherapeutischen Arbeit sein, diese Fähigkeit zu fördern.

Damit die Abgrenzungsfähigkeit in diesem Zusammenhang trainiert werden kann, ist zu dem Bewusstwerden der jeweiligen Grenzen auch die bewusste Entscheidung zur Einhaltung bzw. Verteidigung der persönlichen Grenzen erforderlich.

Abgrenzungsfähigkeit in Bezug auf körperliche Grenzen

Zur Einhaltung körperlicher Grenzen ist es zunächst erforderlich, individuell zu ermitteln, wie viel körperlicher Abstand während der Alltagshandlungen (beim Einkauf, im Büro, während der Ausübung eines Hobbys, in Gesellschaft mit Freunden und Familie) zu einer anderen Person benötigt wird. Das schließt auch ein, in welchem Maß Körperkontakt als angenehm empfunden wird. Dazu gehört natürlich auch jegliche Art von Berührungen, von Händeschütteln und Umarmung bei der Begrüßung über das Auflegen einer Hand auf Arm, Schulter oder Bein bis hin zu Streicheln usw. (vgl. Wöller 2006 S. 321).

Abgrenzungsschwierigkeiten in Bezug auf gedanklich-emotionale (psychische) Grenzen

Wöller (2006, S. 319) beschreibt, dass traumatisierte Menschen oft kein klares Gefühl mehr dafür haben, was zu ihnen gehört und was nicht. Im Hinblick auf die Ein-

haltung bzw. Verteidigung von gedanklich-emotionalen (psychischen) Grenzen ist in diesem Zusammenhang wichtig, unterscheiden zu lernen, *was zu einem gehört und was nicht* oder wie Wöller es beschreibt: *was Innen und was Außen ist*. Hier bedeutet *Innen*: eigene Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse usw. und *Außen*: außerhalb von mir, Wünsche, Bedürfnisse, Meinungen, Gefühle anderer Personen, Mitgefühl mit anderen Personen, usw.

In der ergotherapeutischen Praxis ist zu beobachten, dass bei einer Vielzahl unterschiedlicher psychischer Störungsbilder die Grenzen eben dieser Wahrnehmung verwischt oder unklar sind.

Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber Ansprüchen von außen

In der alltäglichen Praxis zeigt sich, dass Klienten mit Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber Ansprüchen anderer (Kollegen, Partner, Eltern) oft so umgehen, als wären dies die eigenen Ansprüche. Es fällt diesen Klienten schwer, zu unterscheiden, welches ein eigenes Bedürfnis ist und welches nicht. Warum dies so ist, wird in der Ergotherapie nicht thematisiert.

Aufgrund dieser Schwierigkeiten können jedoch Handlungsfolgen entstehen, die nicht aufgrund eigener Bedürfnisse entstanden sind, oder sich an eigenen Bedürfnissen orientieren. So kann es dann sein, dass Handlungen zu wenig oder nichts dazu beitragen, den eigenen persönlichen Alltag für sich zufriedenstellend zu bewältigen. Sie führen im Gegenteil zu Unzufriedenheit, Verstimmungen bis hin zu Erschöpfung, Überlastung oder Nicht-Bewältigung der für sie notwendigen Alltagshandlungen. In dem Bestreben, den (fremden) Ansprüchen gerecht zu werden, entsteht nicht selten ein Aktionismus bei dem, fast schon automatisiert, Alltagshandlungen aneinandergereiht werden.

Abgrenzungsschwierigkeit gegenüber verbalen Zudringlichkeiten oder demütigenden Äußerungen

Menschen, mit solchen Abgrenzungsschwierigkeiten beschreiben oft, dass Worte sie bis *ins Mark* treffen. Es ist ihnen nicht möglich, mit *Verbalangriffen* so umzugehen, dass sie ihre selbstbestimmte Handlungsweise aufrechterhalten können. Diese Klienten fühlen sich psychisch/seelisch verletzt, was ihre Handlungsfähigkeit beeinflussen und bis zur völligen Handlungsunfähigkeit führen kann. Ein sozialer Rückzug ist nicht selten die Folge.

Abgrenzungsschwierigkeit gegenüber mehreren unterschiedlichen äußeren Wahrnehmungen

Oft wird berichtet, dass die Menge von Wahrnehmungen unabhängig von deren Inhalt als *zu viel* empfunden wird. Dies können Geräusche (z. B. massiver Redefluss anderer), Gerüche oder visuelle Wahrnehmungen sein. Man könnte dies auch als ein Problem der Reizfilterung bezeichnen, bei dem es darum geht, augenblicklich wichtige von unwichtigen Wahrnehmungen zu unterscheiden und die Aufmerksamkeit auf den *gewünschten* Reiz lenken zu können.

Abgrenzungsschwierigkeiten in Bezug auf eigene Leistungsgrenzen

Die Abgrenzungsfähigkeit kann auch die eigene Leistungsfähigkeit betreffen. Betroffene Klienten spüren nicht, was sie tatsächlich zu leisten imstande sind und wann sie ihre Grenzen überschreiten. Es ist durchaus möglich, dass Klienten ihre Grenzen grundsätzlich zwar kennen, in einer konkreten Situation jedoch nicht merken, wann sie beginnen, ihre Belastungsgrenze zu überschreiten (vgl. Wöller 2006, S. 319f.).

Abgrenzungsschwierigkeiten zu Personen oder Situationen, ohne dass eine reale Bedrohung vorhanden ist

Im ergotherapeutischen Alltag ist zu beobachten, dass Klienten Ängste oder Unsicherheiten entwickeln oder irritiert auf Personen oder Situationen reagieren, ohne dass eine reale Bedrohung vorhanden ist. Handlungsschwierigkeiten bis zur völligen Handlungsunfähigkeit oder gar aggressive Reaktionen (vgl. Wöller 2006, S. 321) können die Folge sein. Dies kann sowohl bereits begonnene Tätigkeiten als auch geplante Aktivitäten betreffen. Eine Beeinträchtigung im vom Klienten gewollten Ablauf der Betätigung führt in diesen Fällen oft zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags.

2.2.2.3 Umgang mit starken Emotionen und Impulskontrolle

Jeder gesunde Mensch kennt Gefühle. Gefühle (oder Emotionen) sind momentane subjektive Empfindungen wie beispielsweise Wut, Ärger, Angst, Traurigkeit, Verachtung, Ekel, Überraschung oder Neugier, Freude. Diese können angenehm oder unangenehm sein und in ihrer Stärke und Dauer variieren (vgl. Wolf 2018). In der Regel wissen die Menschen auch intuitiv, wie sie mit diesen Emotionen umgehen. Viele Klienten berichten jedoch von Problemen mit Gefühlen, von denen sie überwältigt werden, bzw. mit denen sie nicht adäquat umgehen können, so dass sie in der Ausführung ihrer Alltagstätigkeiten beeinträchtigt sind.

Als Störung der Impulskontrolle wird ein Verhaltensablauf bezeichnet, bei dem ein als unangenehm erlebter Anspannungszustand durch ein bestimmtes impulsiv ausgeübtes Verhalten aufgelöst wird. Nach der Beschreibung des ICD-10 (F63.-) ist es „durch wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrolliert werden können und die meist die Interessen des betroffenen Klienten oder anderer Menschen schädigen“ (N.N. 2018g). Dies kann vom lauten Ausrufen von Kraftausdrücken über Faustschläge gegen Möbelstücke bis hin zum Werfen des erstbesten Gegenstandes durch den Raum reichen. Eine solche Verhaltensweise ist mitunter bei Klienten mit ADHS zu beobachten.

2.2.2.4 Gefühl mangelnder Anwesenheit (Verbleiben im „Hier-und-Jetzt“)

Menschen mit psychischen Problemstellungen (z. B. nach traumatischen Erfahrungen) schildern oft das Gefühl, „nicht ganz da zu sein“, „irgendwie wegzudriften“ oder ein Gefühl zu haben „wie hinter einer Wolken- oder Nebelwand“ zu sein.

Derartige Gefühle mangelnder, unzureichender oder fehlender *Anwesenheit* können sowohl unterschiedlich intensiv sein als auch unterschiedlich lange andauern. So sind einige Klienten oft nur *leicht abwesend*, bleiben dabei aber mehr oder weniger handlungsfähig, mitunter zeitlich etwas verzögert. Dies kann wenige Sekunden, Minuten oder Stunden andauern, kann aber auch durchaus mehrere Wochen oder gar Monate anhalten.

Stärkere *Abwesenheitsphänomene* können bis zur Handlungsunfähigkeit führen (vgl. Kap. 6.1.13.3 zu Dissoziation).

2.3 Verordnungsmodalitäten

Entsprechend der vorgenannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt sich nach HMR, für die Verordnung eine Leitsymptomatik (Fähigkeitsstörungen) (vgl. DVE 2017, Buchner 2017):

Einschränkungen

- der Beweglichkeit und Geschicklichkeit
- der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung
- in der zwischenmenschlichen Interaktion
- im Verhalten
- in der Kommunikation

Folgende Ziele, die mithilfe des Konzeptes SELWA erreicht werden können, können nach der HMR in die Verordnung eingetragen werden (vgl. DVE 2017, Buchner 2017):

- Selbstständigkeit in der altersentsprechenden Selbstversorgung
- Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit

- Wiederherstellung/Verbesserung der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer
- Verbesserung im Verhalten und in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Erlernen von Kompensationsmechanismen
- Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozio-emotionalen Kompetenzen und der Interaktionsfähigkeit
- Verbesserung der Tagesstrukturierung
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit

2.3.1 Krankheitsbilder (Diagnosegruppen) nach HMR

Als ergotherapeutische Behandlungsmaßnahme kann SELWA laut Heilmittelrichtlinien (HMR) bei folgenden Indikationsschlüsseln indiziert sein (vgl. DVE 2017, Buchner 2017):

Erkrankungen des Nervensystems:

- Diagnosegruppe EN1: ZNS-Erkrankungen und / oder Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- Diagnosegruppe EN2: ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres
- Diagnosegruppe EN3: Rückenmarkserkrankungen
- Diagnosegruppe EN4: periphere Nervenläsionen

Psychische Störungen

- Diagnosegruppe PS1: Geistige und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter Entwicklungsstörungen, z. B. frühkindlicher Autismus. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindesalter und Jugend, z. B. Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störung / Angststörung, Essstörung
- Diagnosegruppe PS2: Neurotische, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, z. B. Angststörung. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, z. B. Essstörung. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, z. B. Borderline-Störung
- Diagnosegruppe PS3: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, z. B. postschizophrene Depression, affektive Störungen, z. B. depressive Episode
- Diagnosegruppe PS4: Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen, z. B. Abhängigkeitssyndrom