

BA Thesis

„Akute psychosoziale Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung“

Ein Leitfaden für
Krisenintervention anhand praktischer und
theoretischer Erkenntnisse

Tag der Abgabe: 15.07.2017

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Karsten Kiewitt

Zweitprüfung: Prof. Dr. Christiane Gerischer

Holger Marzahn (12. Trimester)

Matr.-Nr. 02-2013-0918-07

Auf dem Kiewitt 11

14471 Potsdam

holger.marzahn@gmail.com

Great emergencies and crisis show us how much greater our vital resources are than we had supposed.

Große Notfälle und Krisen zeigen uns, um wieviel größer unsere vitalen Ressourcen sind als wir selbst annahmen.

Erstveröffentlichung 1920

(James 2008, 254)

Inhalt

1 Einleitung	3
2 Fallbeispiele aus der Praxis	5
2.1 Fallbeispiel 1: Peter	6
2.2 Fallbeispiel 2: Luise	7
3 Die pädagogisch-psychologische Diagnostik	9
3.1 Geistige Behinderung und Gesellschaft	10
3.2 Ressourcen und emotionale Kompetenz	13
4.1 Verhaltensauffälligkeiten	16
4.2 Psychosoziale Krise von Menschen mit geistiger Behinderung.....	20
5 Notfallintervention	24
5.1 Einschätzung der Lage	24
5.2 Deeskalation	27
5.3 Physische Intervention	30
5.4 Notfallhandeln	31
6 Krisenintervention als Prävention	35
7 Zusammenfassung und Fazit.....	37
8 Literatur- und Quellenverzeichnis	38
9 Abbildungsverzeichnis	42
10 Eidesstattliche Erklärung	43

1 Einleitung

Seit den 40er Jahren wurden verschiedene Krisenmodelle entworfen und publiziert. Den vergleichsweise wenigen neuen Erkenntnissen zu dieser Thematik stehen bis heute sehr viele wissenschaftliche Veröffentlichungen in Büchern und Fachzeitschriften gegenüber, weshalb es daher schwerfällt, die Übersicht zu behalten. So äußern Schnyder und Sauvant, dass sich diese Literatur größtenteils auf die Pioniere von Krisentheorien bezieht (vgl. Schnyder/ Sauvant 1993, 7). Auch neuere Erscheinungen von zum Beispiel Aguilera (2000), Dross (2001), Kuhn (2002) oder Wüllenweber (2009) verweisen auf Vorangegangenes oder beziehen dies in ihre Theorien ein. Hierdurch scheint es so, als ob frühe Krisenmodelle bis heute ihre Gültigkeit nicht eingebüßt haben. Auf der anderen Seite herrscht Dissens über die Fachtermini, da sich die Literatur zum Thema „Geistige Behinderung und Krise“ vor allem in krisenverwandten Bereichen wie den psychischen Störungen oder den Verhaltensauffälligkeiten (siehe 4.1) wiederfindet. Die Wissenschaftler Ernst Wüllenweber, der seinen Schwerpunkt auf die (sozialen) Problemlagen von Menschen mit geistiger Behinderung legt und Georg Theunissen, der geistige Behinderung aus vielen Blickwinkeln betrachtet, stechen aus den Publikationen heraus. So verwundert es nicht, dass sie auch gemeinsame Projekte verwirklichten. Aufgrund der umfangreichen Veröffentlichungen aus verschiedenen Fachgebieten kann diese Arbeit nur als Einführung verstanden werden und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Die Arbeit beschäftigt sich vorrangig mit der akuten Krise von Menschen mit geistiger Behinderung.

Die Wahl dieses Schwerpunktes beruht auf meinen persönlichen Erfahrungen. Ich arbeite als Heilerziehungspfleger in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit geistiger Behinderung und konnte schon verschiedene Krisen der Bewohner interdisziplinär begleiten. Inbegriffen waren zwei Extremsituationen, in denen die Betroffenen einen hohen Hilfebedarf aufwiesen. Dabei stand nun nicht nur der Betroffene vor einer besonderen Herausforderung, sondern auch der Betreuer. In diesem Zusammenhang interessiert mich vor allem eine praxisbezogene Krisenintervention, die es schafft den Betreuten in seiner Situation zu unterstützen und dem Betreuer in seinem Handeln Sicherheit zu geben. In beiden Situationen sah sich jeder Mitarbeiter einer beklemmenden Hilflosigkeit ausgesetzt, die es schnellstmöglich zu bewältigen galt. Aus diesem Grund möchte ich diese Arbeit auch dazu nutzen, einen Leitfaden für Begleitpersonen - vor allem für Betreuer- für akute psychosoziale Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung zu erstellen.

Meine Erfahrungen möchte ich in dieser Arbeit den einzelnen Kapiteln voranstellen, um den Bezug dieser Arbeit zu dem Alltag eines Heilerziehungspflegers zu verdeutlichen. So wird es auch dem Leser, der solche Situationen noch nicht erlebt hat, möglich, die theoretischen Grundlagen in die Praxis zu adaptieren und die erlebte Hilflosigkeit nachzuvollziehen. Ergänzend dazu werden die Fallbeispiele am Ende eines jeden Kapitels entsprechend den theoretischen Grundlagen nach eigener

Einschätzung bewertet und mittels der benannten Methodik betrachtet. Diesen induktiven Aufbau behalte ich im weiteren Verlauf bei, die Krisensituation wird sozusagen prozesshaft aufgeschlüsselt, wie es in der Praxis ebenso erfolgt. Die Bachelorarbeit wird hierbei als Leitfaden verstanden, der genutzt werden kann, um sich einerseits im Vorfeld Informationen über Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung anzueignen und andererseits um während der akuten Krise Sicherheit im Handeln zu erlangen. Dafür erstelle ich einen Notfallplan, in den sich der Betreuer nicht erst umständlich einlesen muss, sondern die für seine spezifische Situation erforderlichen Informationen auf einen Blick erhält. Der Notfallplan sollte daher innerhalb von wenigen Seiten Interventionsmöglichkeiten aufzeigen, Sicherheit in der Situation selbst geben und möglichst übersichtliche, schnell anwendbare Handlungsanweisungen beinhalten. In der Krisensituation bleibt oft keine Zeit zum Nachdenken und die prägnanten Aussagen des Notfallplans verweisen auf die Seiten des entsprechenden Gliederungspunktes im Leitfaden. Um diskursbedingten Verwirrungen vorzubeugen werden in der schematischen Darstellung des Notfallplans nicht an allen Stellen die themenimmanenten Fachbegriffe verwendet. Der Fokus liegt vielmehr auf prägnanten Begriffen, wodurch die Situation schnell dem richtigen Gliederungspunkt zugeordnet werden kann. Im Leitfaden hingegen verweise ich auf die Fachtermini, um nicht unnötige Missverständnisse bei einem tiefergehenden Selbststudium mit der Krisenproblematik aufkommen zu lassen.

Thematisch behandelt die Bachelorarbeit auch die Definitionen von Krise bzw. der Krisenintervention und betrachtet vorrangig die Besonderheiten von Menschen mit geistiger Behinderung im Umgang mit der Krise. Sie soll verschiedene Interventionsmöglichkeiten darlegen und einen Ausblick auf die weiterführende Begleitung bieten.

Abschließend gehe ich auf meine Zielsetzung ein. In meinem Fazit will ich beschreiben, in welcher Weise die professionelle handlungssichernde Krisenbewältigung weiterhin verbessert werden kann.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen weibliche und männliche Personen; alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen. Aus Datenschutzgründen wurden die Namen der Personen in den Fallbeispielen geändert.

2 Fallbeispiele aus der Praxis

Als ich die in den Fallbeispielen beschriebenen Personen kennenlernte, arbeitete ich in einem Elterninitiativ - Verein für Menschen mit geistiger Behinderung - und betreute mit vier weiteren Kollegen sieben Menschen in einer Wohngemeinschaft (WG) im Alter von 38 bis 61 Jahren. Die Bewohner leben seit circa fünf Jahren zusammen, haben aber schon einige Wechsel von Betreuern und Bewohnern erlebt. Die beiden Bewohner der Fallbeispiele jedoch wohnen bereits seit Gründung der WG vor 15 Jahren in dieser und sind sogar gemeinsam als WG umgezogen. Die Bewohner kennen sich daher gut und können sich gegenseitig einschätzen. Ebenso hat sich ein fester Stamm an langjährigen Mitarbeitern gebildet. Eine Kollegin zum Beispiel betreut die Klienten bereits seit der WG-Gründung. Der Dienst beginnt in der Woche regulär um 13:00 Uhr und endet um 20:00 Uhr, am Wochenende beginnt dieser bereits um 12:00 Uhr. Es ist eine ambulante Betreuungsform und die Bewohner gehen morgens selbstständig zur Arbeit, kehren nachmittags wieder in die WG zurück und abends ist kein Betreuer vor Ort. Für Notfälle sind aber die Handynummern der Betreuer an einer Pinnwand vermerkt.

Um die Fallbeispiele besser analysieren und mit der Theorie verknüpfen zu können, erstelle ich die Praxisprotokolle nach der ethnographischen Methode nach Riemann¹. Diese sollen anschließend mit einer Gruppe besprochen werden, wodurch Feedback gefördert wird (vgl. Riemann 2004, 194f). Das zweite Fallbeispiel schrieb ich unmittelbar nach der Situation nieder, was für diese Methodik förderlich ist, um Handlungen möglichst exakt wiederzugeben. Anschließend besprach ich das Protokoll in einem Seminar der Praxisprotokollwerkstatt. Das erste Fallbeispiel rekonstruierte ich aus meinen Erinnerungen und der Dokumentation der Einrichtung. Die wertfreie Charakteristik der Methode ermöglicht es den Beteiligten die Situation aus einer anderen Perspektive zu betrachten (vgl. ebd., 190) und neue Impulse für das Handeln der Gruppenmitglieder zu erlangen. So kann der Leser die Situation und die aufkommende Hilflosigkeit besser nachvollziehen, seine eigene Vorgehensweise konkludieren und anschließend mit der Theorie abgleichen. Durch meine persönliche Bewertung am Ende eines jeden Kapitels, in der ich eigene neu erworbene Erkenntnisse zu meinem Handeln schildere, die ich aufgrund der Auseinandersetzung mit der Theorie gewann, wird dem Leser ermöglicht seinen eigenen Standpunkt zu hinterfragen. Damit folge ich dem Gedanken der Methode, seine Handlungen aufgrund der Erfahrungen einer Situation und einem interdisziplinären Gespräch mit anderen Professionellen – im Fall von Riemann Kommilitonen – zu überdenken und durch diese Reflektion, sein zukünftiges Handeln daran anzupassen. (vgl. ebd., 199). Das Zwiegespräch unter Kollegen kann an dieser Stelle nur in hypothetischer Form geführt werden. Meiner Zielstellung durch den Leitfaden Betreuern mehr Sicherheit in ihrem Handeln zu geben und damit die Entwicklung von Profession zu unterstützen, kann ich nur unter Einbeziehung von multiprofessionellen Sichtweisen in

¹ Riemann nutzt die Methode in seinen Vorlesungen, um Studenten zu ermutigen ihre Praxis zu reflektieren, hinterfragen und professionelles Handeln zu entwickeln (vgl. Riemann, 204)

Form von Aussagen meiner Kollegen gerecht werden. Ein Analysieren von Sequenz zu Sequenz (vgl. ebd., 200) ist nicht das Ziel dieser Facharbeit, weshalb in den Kapiteln nur die themenimmanenten Abschnitte der Protokolle zitiert werden.

2.1 Fallbeispiel 1: Peter

Peter war an diesem Vormittag krankgeschrieben, weshalb der 47-jährige Zeit hatte, ein Geschenk für seine Freundin zu kaufen. Als er mittags in die WG zurückkehrte, wirkte er ruhig und ausgeglichen. Er zog sich auf sein Zimmer zurück und reagierte unauffällig, wenn er angesprochen wurde. Am Nachmittag holte er meine Kollegin in sein Zimmer und äußerte aufgeregt, dass die Nachbarn laut seien und sie ihn anschreien würden. Meine Kollegin konnte keine Geräusche hören und vermutete zunächst, dass die frisch eingezogenen Nachbarn kurz zuvor etwas lauter waren. Da scheinbar nichts Ungewöhnliches vorgefallen war, nahm meine Kollegin einen Auswärtstermin mit einem anderen Bewohner wahr.

Am späten Nachmittag fing Peter an mit steigender Intensität kräftig gegen die Wand zu schlagen. Er brüllte laut, rief nach seiner Freundin und schien auf „jemanden“ zu reagieren. Ich klopfte an Peters Tür und öffnete sie um nach ihm zu sehen. Peter rannte auf mich zu und knallte die Tür ins Schloss. Bei weiteren Versuchen meinerseits wiederholte sich die Situation.

Ich entschied mich Peters Rückzugsbedürfnis zu akzeptieren, auch wenn ihm die Situation zuzusetzen schien. Ich wartete auf meine Kollegin, um das weitere Vorgehen besprechen zu können. Ich blieb aber in Reichweite im Büro sitzen. Die anderen Bewohner, die gelegentlich neugierig in den Flur gingen, forderte ich auf, sich in das Wohnzimmer zu setzen.

Als meine Kollegin in die WG zurückkam, war Peter wieder ansprechbar und bejahte die Frage meiner Kollegin, ob die Nachbarn wieder laut gewesen wären. Er ergänzte aufgeregt, sie hätten seine Freundin beschimpft. Meine Kollegin konnte ihn zunächst beruhigen und es schien eine Besserung seines Verhaltens einzutreten. Bald aber begann er wieder zu brüllen und knallte auch vor meiner Kollegin die Tür ins Schloss.

Wir berieten uns und versuchten ihn aus seiner Situation herauszuholen. Meine Kollegin rief seine Freundin an und fragte, ob sie ihn auf seinem Telefon anrufen könne. Dieser Versuch scheiterte leider, da er das eingehende Gespräch nicht entgegennahm. Meine Kollegin und ich versuchten noch andere Methoden. Nichts gelang. Wir bekamen ihn nicht aus seinem Zimmer gelockt.

Schließlich rief meine Kollegin die Feuerwehr an, welche uns an den Notarzt verwies. Uns wurde geraten erst „bei Eskalation“ die Feuerwehr einzubeziehen. Während des Wartens auf den Notarzt veranlassten wir, dass Peter von seinem Bezugsbetreuer angerufen wurde. Peter hob ab und erzählte ihm von den lauten Nachbarn. Das Gespräch war ein Wendepunkt für die Situation und nun wurde es

möglich mit Peter in Kontakt zu treten. Er empfand das Bestellen einer Notärztin als hilfreich und war bereit mit ihr zu reden. Während des Gespräches schrieb sie eine Krankenseinweisung für ihn.

Wir informierten den gesetzlichen Betreuer. Meine Kollegin packte mit ihm ein paar Sachen zusammen und wir gingen zusammen in die Notaufnahme des Krankenhauses. Dort mussten wir lange warten, bis wir aufgerufen wurden, was ihm aber offensichtlich keine Probleme bereitete. Er war nun wieder ansprechbar und ausgeglichen. Das Krankenhaus bot ihm scheinbar Sicherheit.

Im Sprechzimmer stellte ihm die Ärztin viele Fragen zu seinen Wahrnehmungen. Er sah immer wieder, sich selbst absichernd, zu meiner Kollegin bevor er auf Fragen antwortete, teilweise verstand er sie anscheinend nicht, bei anderen Fragen wusste er möglicherweise nicht, wie er seine Erlebnisse beschreiben sollte. Peter wurde nach dem Gespräch stationär aufgenommen.

2.2 Fallbeispiel 2: Luise

An einem anderen Tag war Luise krankgeschrieben. Nach mehreren Arztbesuchen war meine Kollegin mit der 53 Jahre alten Klientin am Vortag erneut beim Arzt. Aus diesen und anderen organisatorischen Gründen kam ich schon eher in die WG. Zudem war Luise in den letzten Tagen viel sensibler als sonst gewesen und ich war allein im Dienst.

Als ich in der WG ankam, sah ich Luise wartend auf dem Sessel im Wohnzimmer sitzen. Sie blickte mich mit einem starren Gesichtsausdruck an. Auf meine Frage, was denn los sei, antwortete sie nicht, sondern stand einfach auf und ging in ihr Zimmer. Ich folgte ihr.

Sie brach in Tränen aus und wir setzten uns auf ihr Bett, woraufhin sie sagte: „Ich kann nicht mehr, ich weiß nicht, was los ist.“ Ich versuchte sie zu beruhigen und zu erfahren, warum sie weinte. Ich strich ihr mit der Hand über die Schulter und fragte sie nach dem Arztgespräch. Sie berichtete mir, dass sie für eine Woche krankgeschrieben sei. Außerdem solle ich meine Kollegin fragen, die wisse wie es ihr gehe. Weiterhin sagte Luise Sätze zu mir wie: „Ich bin an allem schuld.“ oder „Ich mache alles kaputt.“ Da ich vermutete, dass sie ihre Sätze auf die seit Kurzem defekte Geschirrspülmaschine bezog, versicherte ich ihr, dass das nicht ihre Schuld war. Woraufhin sie erwiderte: „Nein, auf Arbeit.“ Sie hatte mit einer ihrer Kolleginnen in den Tagen zuvor „Stress gehabt“ und diese habe zu ihr gesagt, dass sie die Schuld daran hätte. Daraufhin fragte ich sie: „Hast du denn etwas gemacht? Ist etwas passiert?“. Sie verneinte. „Dann hast du auch an nichts Schuld!“ Sie aber blieb dabei, woraufhin ich ihr sagte: „Du hast an nichts Schuld!“. Abermals wiederholte ich meine Aussage. Sie lehnte ihren Kopf an meine Schulter und wurde langsam ruhiger. Nun sagte ich ihr, dass alles in Ordnung sei und sie jetzt gerade krankgeschrieben sei. Sie würde wieder gesund werden und bald könne sie auch wieder auf Arbeit gehen.

„Ruh‘ dich aus, ich mache dir einen Tee. Hast du Hunger?“, fragte ich. „Nein.“, antwortete sie. Ich verließ ihren Raum und schloss die Tür. Kurz las ich im Dienstbuch über den gestrigen Tag, doch ich

konnte keine ungewöhnlichen Vorkommnisse erkennen. Anschließend lüftete ich die Zimmer der anderen Bewohner, sprach mit einer Angehörigen einer anderen Bewohnerin, die gerade zur Haustür hereinkam und schließlich brachte ich Luise den Tee mit einem Zwieback.

Später brachte sie Tee und Zwieback zurück in die Küche. Mit den Worten „Der Tee sei zu kalt.“ kippte sie den Tee weg und äußerte, dass sie Hunger habe. Ich bot ihr einen Rest Nudeln an und gab sie ihr auf einem Teller, mit dem sie in ihr Zimmer lief. Kurz darauf hörte ich sie rufen. Ich ging zu ihr. Sie hatte einen kleinen Teil der Nudeln auf den Stuhl, den darauf liegenden Klamotten und dem Bettlaken verschüttet. Sich Vorwürfe machend kommentierte sie: „Jetzt ist alles aus und ich bin Schuld.“ Erneut versuchte ich sie zu beruhigen. Schließlich könne dies jedem passieren.

Doch die Situation spitzte sich den Tag über weiter zu, sie wurde immer unruhiger und wechselte oft das Zimmer. Es fielen ihr viele Kleinigkeiten in ihrem Zimmer auf, welche „kaputt“ seien: Die Uhr war zu locker, es sei alles zu eng oder das Telefon blinkt. Die Heizung war ihr entweder zu kalt oder zu warm und ich regulierte die Heizung des Öfteren.

Nachmittags bot ich ihr an, dass wir die Notaufnahme aufsuchen könnten. Doch noch während sie das Angebot verbal annahm, überlegte sie, inwiefern ihr die Ärzte helfen könnten und sprach dies auch aus. Ich konnte ihr Verhalten nicht einordnen und es lag keine physische Fremd- oder Eigengefährdung vor. Ich entschied mich die Kollegin, welche abends in die WG kommen würde, um mit den anderen Bewohnern einen Ausflug zu unternehmen, anzurufen. Telefonisch schilderte ich ihr meine Eindrücke, um die nächsten Schritte abzuklären. Sie bestätigte mir, dass Luise in den letzten Tagen wirr erschien. Wir besprachen daher, mit dem Arztbesuch noch solange zu warten bis sie eintreffen würde.

Zur Ablenkung ging ich mit Luise einen Kaffee trinken und sie beruhigte sich immer mehr, auch wenn sie die alltäglichen Geräusche auf dem Weg zum Café sehr irritierten. Luise grimassierte aufgrund der Lautstärke und deutete immer wieder auf deren Lautstärke hin. Je näher wir nach dem Kaffeetrinken wieder der WG kamen, desto unruhiger wurde sie.

Als meine Kollegin in der WG eintraf, war Luise zunächst ruhig und man konnte mit ihr gut reden. Ihre angespannte Aufregung verschwand allerdings nicht, sie zog u.a. ihre Hose aus und erklärte uns beiden, dass die Wand im Wohnzimmer so heiß wäre wie 100 Grad. Wir forderten sie auf die Hose wieder anzuziehen und als sie dann in Unterwäsche im Wohnzimmer stand und nicht mehr wusste, was sie machen sollte, war dies der Auslöser mit ihr einen Arzt aufzusuchen.

Auf dem Weg ins Krankenhaus erzählte sie mir, dass sie rote Flammen sehe und sie nahm weiterhin jedes Geräusch sehr sensibel auf. Im Wartebereich der Notaufnahme lief sie unruhig hin und her, sie äußerte, dass sie die Stimme ihres Freundes höre und wie er gerade sterbe. Im Gespräch mit der Ärztin vermittelte ich und schilderte meine bzw. ihre Eindrücke der Situation. Die Ärztin veranlasste eine

Computertomographie des Kopfes, Luise bekam eine Tablette, die beruhigend und antipsychotisch wirkte und wurde stationär aufgenommen.

3 Die pädagogisch-psychologische Diagnostik

Der Begriff der pädagogisch-psychologischen Diagnose (Speck 2016, 167) wird in der Literatur der Krisenintervention nicht explizit verwendet, aber ich empfinde ihn persönlich als sehr geeignet. Eine Diagnose wird zumeist als eine Begrifflichkeit eines Arztes angesehen und hat in seiner Bedeutung einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft. Gerade aber im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung stoßen Ärzte ohne fachlichen Schwerpunkt an ihre Grenzen und können die Aussagen des Patienten nur schwer deuten. Betreuer sind in diesem Fall die Vermittler zwischen Patienten und Arzt und die Einschätzung des Betreuers gewinnt an Bedeutung (vgl. Schanze 2014, 24f; Lingg/Theunissen 2013, 197ff). Eine pädagogisch-psychologische Diagnostik dient nicht der Einordnung in eine Klassifikation oder der Messung von abweichendem Verhalten von der Norm, sondern versteht sich als ganzheitlicher (anthroposophischer) Ansatz, der einen Klienten in seiner Komplexität wahrnehmen, erkennen und verstehen will. Die Beobachtungen finden in der Pädagogik Anwendung, um Klienten eine optimale individuelle Förderung zu ermöglichen (vgl. Speck 2016, 167). In der Situation einer akuten Krise hilft die pädagogisch-psychologische Diagnose Anzeichen einer Krise zu erkennen, in den Kontext einer individuellen Situation zu setzen und daraus ergebend den Handlungsbedarf eines Betreuers zu erschließen (vgl. Kittmann, Grüter 2014, 373). Paul Moor formuliert zum Verstehen eines Klienten

„[...] müssen wir uns in den anderen Menschen hineinversetzen, müssen verspüren, wie es ihm in seiner Haut zumute ist, müssen in uns noch einmal erleben, vor was für Schwierigkeiten er steht und wie er vor seinen Schwierigkeiten steht. Dann erst, wenn wir das können, vermögen wir wirklich zu helfen.“ (Moor 1965 zitiert nach Speck 2016, 169).

Um einen Klienten zu verstehen, muss ein Betreuer also Stärken, Schwächen und das Verhältnis zur Umwelt einbeziehen. Aufgrund der Intension dieser Vorgehensweise, den Klienten die Krise bewältigen zu lassen, wird sie auch als pädagogisch-therapeutische Vorgehensweise bezeichnet (vgl. Theunissen nach Kittmann, Grüter 2014, 372). Ich empfinde den Begriff der Therapie als missverständlich, aufgrund der Vermischung zweier Disziplinen, psychologisch betont meines Achtens nach einen analytischen Blick, der bei dem Erkennen einer Krise erforderlich ist. In der Fachliteratur ist der Ausdruck Verstehensdiagnostik ebenso geläufig (vgl. Kittmann, Grüter 2014, 373). Dieser verfolgt allerdings keinen expliziten pädagogischen Schwerpunkt.

In der Bewältigung einer Krise wird oft der Begriff Coping (engl. to cope: sich messen (können), gewachsen sein, meistern, es aufnehmen mit) verwendet, welcher letztendlich Konzepte verschiedener

Bewältigungsstrategien beinhaltet. In seinem Konzept ist der Begriff Coping etwa so umfangreich wie der Begriff der „Krise“ selbst (vgl. Heim 1993, 27ff; Wüllenweber 2009, 58f).

3.1 Geistige Behinderung und Gesellschaft

Der Begriff Behinderung wird in der Gesellschaft als ein „soziales Differenzierungsmerkmal“ (Bendel 1999 nach Markowetz 2006, 146) von Menschen mit Behinderung genutzt und bestimmt damit die soziale Rolle desjenigen nachhaltig. Behinderung wird als ein abweichendes Verhalten, also ein Abweichen von der Norm gesehen (vgl. Cloerkes 2001 nach Markowetz 2006, 146) und impliziert damit ein „Anderssein“ und einen anderen Umgang mit den Betroffenen. Die Konsequenzen und Folgen dieser Kategorisierung sind Benachteiligungen und Diskriminierungen, auch wenn sich zunehmend um eine Aufhebung sozialer Unterschiede und Gleichberechtigung bemüht wird (vgl. Nirje 1994 nach Markowetz 2006, 147). Um diese Konsequenzen zu verhindern wird seit langem die Begrifflichkeit „Menschen mit geistiger Behinderung“ gefördert. Der Fokus liegt dabei auf der Änderung vom Behinderten zu einem Menschen und wird positiv gesehen. Begriffe wie „Idiotie“ oder „geistig schwach“ verschwanden weitgehend aus dem sprachlichen Gebrauch. Dennoch bleibt ein Diskurs nicht aus, da eine Bezeichnung etwas Endgültiges beinhaltet und der Ganzheit eines Individuums nicht gerecht werden kann. (vgl. Speck 2016, 57; Seidel 2013, 11). Nach Speck führte nicht die Änderung des Namens zu Fortschritten bei der Eingliederung von Menschen mit geistiger Behinderung, diese seien viel mehr trotz dieser Bezeichnung entstanden. Er verweist darauf, dass Behinderungen wie Blindheit oder Hörschädigung keiner Diskussion von Begrifflichkeiten bedürfen. Das Verschleiern des Begriffs lässt jedoch Rückschlüsse auf eine gesellschaftliche Stigmatisierung zu. Für die definitive Benennung der Behinderung würden sich demnach vor allem die Eltern und nicht nur der Betroffene selbst schämen müssen (vgl. Speck 2016, 55). Auch der Theologe Heppenheimer beobachtete, dass sich Eltern bei der Geburt besonders über die Aussage eines „gesunden“ Kindes freuen und im Falle einer Diagnose von Behinderung alle Erwartungen z.B. der zukünftigen Erbfolge enttäuscht würden. Die daraus entstehende Trauer spüren die Kinder seit dem Bekanntwerden der Diagnose und erfahren somit schon in den ersten Lebensjahren eine Ablehnung. Auch merken Kinder, dass sie nicht in der Lage sind wie andere Kinder zu agieren. Die entstehende Trauer darüber vermögen die Kinder nicht auszudrücken, was die Eltern auch wahrnehmen und ihre Ablehnung darüber erneut auf das Kind übertragen (vgl. Heppenheimer 2011, 85f). In der Diagnostik von einer geistigen Behinderung wird neben der Ermittlung des Intelligenzquotienten (IQ) ein Andauern von Störungen des adaptiven Verhaltens betont. Damit spielt die Sozialisation eine ebenso große Rolle (vgl. Speck 2016, 62). Abweichendes Verhalten eines Menschen kann sich durch die Nichtakzeptanz seines Umfeldes noch verstärken. So spielen Kinder ohne Beeinträchtigungen beispielsweise nicht mit ihnen, da sie sich anders verhalten. Diese ausgrenzenden Erfahrungen müssen Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder machen, sie werden sozusagen von der Gesellschaft zu „Eigenbrötlern“. Heppenheimer spricht in diesem Zusammenhang gar von einer Lebenstrauer (vgl. Heppenheimer

2011, 85ff). Menschen mit geistiger Behinderung weisen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine bis zu vier Mal so hohe Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von psychiatrischen Störungen auf, die sich aus dem Nichterfüllen von Bedürfnissen und der Isolation- der Lebenstrauer- ergeben kann (vgl. Speck 2016, 62). Die Menschen in ihrer Gesellschaft antizipieren ihr Verhalten, sind ungeduldig und trauen ihnen nur wenige Fähigkeiten zu. Schon allein der durch Vorurteile belastete Blickwinkel und der damit verbundenen Zuschreibung einer Unfähigkeit beeinflusst das Selbstbewusstsein und die Entwicklung eines Menschen (vgl. Markowetz 2006, 149ff). Nicht nur die Sozialisation hat einen großen Einfluss auf die Entwicklung eines Menschen, gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung, die oft mit Doppeldiagnosen leben müssen, rückt der gesundheitliche Aspekt in den Vordergrund (vgl. Seidel 2013, 21; Wüllenweber 2009, 188). Erfahrene Ärzte wissen um einen veränderten, kognitiv angepassten Umgang und müssen in einer ärztlichen Diagnostik ebenso den Entwicklungsstand des Patienten, die Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte einer Erkrankung sowie weitere Risikofaktoren einbeziehen, besonders bei einer psychosozialen Symptomatik. Die Untersuchungssituation kann für einen Menschen mit geistiger Behinderung bedingt durch für sie traumatische Erlebnisse, wie einer Operation oder unangenehme diagnostische Verfahren als eine erhebliche Belastung erlebt werden (vgl. Hennicke/ Buscher/ Häbler/ Runge 2009, 25ff).

Betrachtet man die Situation einer psychosozialen Krise sollten Betreuer, wann immer es möglich ist, die biografischen Erfahrungen des Klienten einbeziehen. Gibt es möglicherweise Situationen aus ihrem Leben, die durch aktuelle Ereignisse wieder in den Vordergrund gerieten oder ist in jüngster Vergangenheit etwas passiert, wodurch ein innerer Konflikt bei den Betroffenen ausgelöst wurde? Oder gab es andere Vorkommnisse in letzter Zeit?

Fallbeispiel 1

Peter war an diesem Vormittag krankgeschrieben, weshalb der 47-jährige Zeit hatte, ein Geschenk für seine Freundin zu kaufen. Als er mittags in die WG zurückkehrte, wirkte er ruhig und ausgeglichen.

Peter hatte vor circa zwei Monaten einen Zwischenfall auf der Arbeit. Er schlug aufgrund von Bedrängnis und verbaler Grenzen einen Gruppenleiter und suchte seitdem eine neue Arbeitsstelle. Bis dahin wurde er krankgeschrieben. Vor einiger Zeit fand er eine neue Werkstatt, die ihm gefiel und bekam vor Kurzem die Zusage, dass er dort arbeiten könne. Als Betreuer gingen wir davon aus, dass sich die Situation zum Guten wenden würde.

Er zog sich auf sein Zimmer zurück und reagierte unauffällig, wenn er angesprochen wurde.

Peter befand sich aufgrund von depressiven Episoden bereits seit sechs Jahren in psychiatrischer Behandlung und bekam „stimmungsaufhellende“ Medikamente. Das Einnehmen von Tabletten ist für ihn zur Routine geworden und allgemein hat er eine gute Umgangsform mit der Erkrankung gefunden.

Die Episoden sind in abgeschwächter Form vorhanden und er zeigt durch ein Zurückziehen auf sein Zimmer sein Ruhebedürfnis. Der Zusatz „er reagierte unauffällig, wenn er angesprochen wurde“ zeigt, dass es ihm scheinbar trotz seines Rückzugs gut ging, sich aber ausruhen möchte. In anderen Situationen schweigt er und schaut demonstrativ auf sein Kreuzworträtsel. Er weiß, dass die Betreuer seine Privatsphäre achten und in diesem Zusammenhang erschien die Situation alltäglich.

Aus der Zeit vor dem Einzug in eine Wohnform des Trägers liegen nur wenige Informationen vor. Aus der Dokumentation kann entnommen werden, dass seine Eltern schon früh in seiner Kindheit verstarben und er zwei Geschwister hat, zu denen er keinen Kontakt hält. Scheinbar sammelte er negative Erfahrungen mit ihnen. Aus einem Bericht einer Kollegin, die Peter schon vor dem Einzug in die WG kannte, liegt die Annahme nahe, dass er vor Jahren missbraucht wurde. Dies hat Peter aber nicht geäußert. Auch gibt es keine anderen Hinweise oder Dokumentation diesbezüglich. In der Zeit seiner psychosozialen Krise sind uns als Betreuer keine Lebensereignisse bekannt, die für ihn aktuell krisenhaft gewesen wären. Auch ein Auszug einer langjährigen Mitbewohnerin und ein Neueinzug schien für ihn kein Problem darzustellen.

Fallbeispiel 2

An einem anderen Tag war Luise krankgeschrieben. Nach mehreren Arztbesuchen war meine Kollegin mit der 53 Jahre alten Klientin am Vortag erneut beim Arzt.

Konflikte in ihrem alltäglichen Leben verkraftet Luise nicht gut. Sie entwickelte während einer Auseinandersetzung oft psychosomatische Symptome, die sie im Anschluss daran beschäftigten, selbst dann, wenn z.B. ein Streit geschlichtet war. Ihr schlug die Situation buchstäblich auf den Magen und in dieser Zeit war sie sehr wehleidig und ließ sich in Begleitung ein bis zwei Tage krankschreiben. Ansonsten hat sie keine schwerwiegenden Erkrankungen, teilweise stellt sie sich etwas tollpatschig an und zieht so gelegentlich kleine Verletzungen zu.

Als ich in der WG ankam, sah ich Luise wartend auf dem Sessel im Wohnzimmer sitzen.

Auch diese wartende Haltung ist für sie typisch. Struktur und ein geregelter Tagesablauf sind ihr sehr wichtig. Sie ist meist eine halbe Stunde vor einer Aktivität fertig angezogen und wartet dann im Wohnzimmer auf dem Sessel. Hierdurch möchte sie den Betreuern nonverbal mitteilen, dass sie sich nicht krank fühlt.

Nach meiner Beurteilung kann Luise alltägliche Ereignisse nicht immer in einen richtigen Kontext setzen. So streckt sie zum Beispiel im Nahverkehr einer Person die Zunge heraus, wenn sie glaubt, sie werde angestarrt. Ihre kognitive Beeinträchtigung sieht man ihr auf den ersten Blick nicht an und so wird sie im Alltag oft überfordert. An der Kasse wird ihr zum Beispiel die Situation des Bezahleins eines Artikels zugetraut, zu der sie prinzipiell auch in der Lage ist, jedoch hat sie keine Vorstellung vom Wert des Geldes und gibt der Kassiererin wahllos Geldscheine oder Münzen. Luise hatte ein sehr

enges Verhältnis zu ihrer Mutter. Als diese vor Jahren verstarb, war dies ein starker Einschnitt in ihre Lebenssituation. Die Mutter konnte ihre nonverbalen Äußerungen deuten und Luise musste ihre Gedanken nicht komplett erläutern. Luise hat noch regelmäßig Kontakt zu ihrer Schwester und freut sich sehr auf die Treffen, die sie gern häufiger hätte.

3.2 Ressourcen und emotionale Kompetenz

Verschiedene diagnostische Verfahren zur Ermittlung oder Einordnung einer geistigen Behinderung werden in der Fachliteratur kritisch betrachtet (vgl. Holtz 1994, 55ff; Bundschuh 2005, 42f). Obwohl die Notwendigkeit einer Einordnung nicht in Frage gestellt wird, um Menschen langfristig die bestmögliche Begleitung und Förderung zukommen zu lassen, basieren die Verfahren auf unterschiedlichen Grundsätzen (vgl. Holtz 1994, 56). Ein Kritikpunkt ist die objektive Verfahrensweise der Tests. Menschen mit geistiger Behinderung wurden unter möglichst neutralen Umständen befragt, um gleiche Prämissen der Verfahren herzustellen. Es wird jedoch hinterfragt, ob die Menschen unter diesen Bedingungen ihre Kompetenzen zeigen können. Sie haben eine andere Wahrnehmung, eine andere „Konstruktion von Wirklichkeit“ (Holtz 1994, 56) und ein Diagnostiker kann nicht davon ausgehen, dass die gleichbleibenden Prämissen von verschiedenen getesteten Personen deckungsgleich wahrgenommen werden. Angefangen von der Art und Weise des Fragens bis hin zu den räumlichen Gegebenheiten. Zudem wird die „künstlich“ geschaffene Situation bemängelt, die einer Person nicht die bekannte offene und vertrauensvolle soziale Beziehung bietet. Dahingehend wird angenommen, dass der Diagnostiker unbewusst kongruente Signale seiner vorherigen Meinung sendet und ein Klient diese unterbewusst deutet und dementsprechend antwortet (vgl. Kautter 1994 nach Bundschuh 2005, 42f). Anhand der Situation lässt sich nachvollziehen wie wichtig Bezugspersonen für Menschen mit geistiger Behinderung sind.

Ein Betreuer kann durch seinen regelmäßigen Umgang mit den Klienten und seiner Kenntnisse über sie deren Ressourcen und Kompetenzen besser erkennen. Eine Bezugsperson kann aufgrund seiner Erfahrungen mit ihm einschätzen, ob der Klient in einer Situation nur eine von ihm erwartete Antwort gibt oder ob er seine tatsächlichen Bedürfnisse äußert. Speck sieht die Aussage in der Schulsituation bestätigt, in der Schüler mit Intelligenzminderung mit einem vertrauten Lehrer effektiver lernen (vgl. Speck 2016, 262). Meyer arbeitet als Musiktherapeut vor allem mit schwer mehrfach behinderten Menschen und betont in seinem Konzept der musikbasierten Kommunikation, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine „andere Sprache“ sprechen, die ein Erwachsener inzwischen verlernt habe. Er spricht von einer Welt, in der zwischenmenschliche Beziehungen eine viel größere Rolle spielen als verbale Aussagen. Mit Musik versucht er ihnen in ihrer Welt zu begegnen (vgl. Meyer 2016, 32f, 36). Mall möchte mit dem Konzept der Basalen Kommunikation Situationen schaffen, in denen Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen ihre unterschiedlichen Ausdrucksmöglichkeiten nutzen können. Er setzt dabei auf die Einfühlsamkeit des Pädagogen. Dieser soll in einem Entspannungs- und Beruhigungsraum eine harmonische Atmosphäre schaffen und sich in einer non direktiven Haltung

den Kommunikationsformen der Klienten anpassen und so einen Dialog anregen. Auch eine Ablehnung der Kontaktaufnahme soll dabei akzeptiert werden (vgl. Theunissen 2016, 213ff). Damit wird verdeutlicht, wie wichtig es ist, den kognitiven Fähigkeiten entsprechend, individuelle Kommunikationsformen zu finden. Heppenheimer konstatiert, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich der Emotionalität nicht im Nachteil sind, sondern im Gegenteil einen Vorsprung zu Menschen ohne Beeinträchtigung aufweisen (vgl. Heppenheimer 2011, 126). Er spricht beispielsweise von einer Bewohnerin, die das Sterben ihrer Mutter spürte, bevor ihr die Nachricht mitgeteilt wurde. Er ist der Meinung, dass sie im Umgang mit Krisen und Trauer sehr sensibel sind und auch dementsprechend reagieren (vgl. ebd., 122f). In einem weiteren Beispiel berichtet er von einer Mitarbeiterin, die aufgrund des Versterbens einer Bewohnerin am Vortag nicht wusste, wie sie den Mitbewohnern begegnen soll. Sie wurde jedoch von ihnen aufgefangen und als sie dem Wunsch nachkam Trauerlieder mit ihnen zu singen, konnte sie ebenfalls beginnen ihre Trauer zu verarbeiten. (vgl. ebd., 26). Menschen mit geistiger Behinderung werden oftmals in ihren Fähigkeiten unterschätzt. Umso wichtiger ist ein ressourcenorientiertes Arbeiten in der pädagogischen Arbeit. Das Einsetzen von Ressourcen spielt in der Bewältigung von Krisen eine tragende Rolle, besonders die emotionale Kompetenz wird speziell das Selbstwertgefühl als grundlegend angesehen (vgl. Wüllenweber 2009, 60).

Besonders in einer Krisensituation muss eine Begleitperson um diese Ressourcen wissen, um sie auch in ihre pädagogisch-psychologische Diagnose einbeziehen zu können. Erst wenn sie um die Fähigkeiten ihres Betreuten weiß, kann sie auch einschätzen, inwieweit sich diese in der Krise verändern. Zunächst erscheint es essentiell, dem Betreuten auf dieser Ebene zu begegnen und von den bekannten Fertigkeiten auszugehen. Allerdings muss der Betreuer beachten, dass ein Mensch in einer Krise möglicherweise nicht mehr in dem Rahmen seiner eigenen Fähigkeiten handeln kann. Eine psychosoziale Krise bedeutet für den Menschen eine Störung seiner Persönlichkeit. Stellt ein Betreuer einen Unterschied zu den bisher bekannten Kompetenzen fest, so muss er dem Klienten auf einer anderen Ebene entgegenkommen. Der Betreute verhält sich in der Situation der Krise verändert und kann nicht auf jede Ressource zurückgreifen (vgl. Heinrich 2007, 13).

Fallbeispiel 1

Peter kaufte an diesem Vormittag ein Geschenk für seine Freundin. Als er mittags in die WG zurückkehrte, wirkte er ruhig und ausgeglichen.

Peter schien einem normalen Tagesablauf nachzugehen. Er plante seinen Tag routiniert. Auch wenn er sich in Gruppensituationen oft zurückzog, waren für ihn zwischenmenschliche Beziehungen sehr wichtig. Er führte eine Beziehung mit einer ehemaligen Arbeitskollegin, die er vor seinem Wechsel der Arbeitsstelle kennengelernt hatte. Er telefonierte täglich mit ihr. Wie bereits im Kapitel 3.1 erwähnt, konnte er den Betreuern durch „demonstratives Ignorieren“ oder dem Rückzug sein

Ruhebedürfnis mitteilen. Das Erkennen dieser Anzeichen war für seine Freundin nicht einfach und musste durch die Betreuer unterstützt werden. Seine Freundin wurde in einer solchen Situation darauf hingewiesen, dass er momentan Ruhe bräuchte bzw. eine „Redepause“ mache. Peter nahm die Vermittlung zwischen den Parteien gerne an. Zum Zeitpunkt des Ereignisses war ich seit wenigen Monaten bei dem Träger angestellt und im Alltag zeigte sich immer wieder, dass langjährige Kollegen seine inneren Konflikte besser lösen konnten als ich. Peter brauchte viel Zeit um Vertrauen zu einer Person aufzubauen. Das sollte sich auch in meinem Fall bestätigen. Zu seinem Bezugsbetreuer hat er eine besonders vertrauensvolle Beziehung.

Fallbeispiel 2

Zudem war Luise in den letzten Tagen viel sensibler als sonst gewesen und ich war allein im Dienst.

In manchen Situationen hat man als Betreuer eine Vorahnung, dass eine besondere Situation bevorsteht. An diesem Tag kam ich intuitiv etwas früher. Die von mir wahrgenommene erhöhte Sensibilität von Luise war nicht so außergewöhnlich, sodass sie sich in der Dokumentation keine große Beachtung fand. Solche Beobachtungen sind sehr schwer in Worte zu fassen und oft erst nach dem Dienst präsent.

Als ich in der WG ankam, sah ich Luise wartend auf dem Sessel im Wohnzimmer sitzen. Sie blickte mich mit einem starren Gesichtsausdruck an. Auf meine Frage, was denn los sei, antwortete sie nicht, sondern stand einfach auf und ging in ihr Zimmer. Ich folgte ihr.

Schon die Anfangssituation zeigt eine Vertrautheit zwischen Luise und mir. Zu dem Zeitpunkt war ich schon länger in der WG und wurde von ihr als Bezugsperson angenommen. Sie wartete schon auf mich und es war ihr sehr wichtig, mir mitzuteilen, wie es ihr geht. Sie zeigte mir nonverbal ihren emotionalen Zustand: Gesichtsausdruck, tränende Augen und in sich gekehrte Körperhaltung. Luise ist eine emotionale Person. Zwar wirkte sie in manchen Situationen dominant oder schroff und wollte ihre Struktur in der WG durchsetzen, aber sie zeigte ein großes Bedürfnis an Nähe, welches scheinbar nicht immer erfüllt wurde. So war sie z.B. sehr eifersüchtig, wenn ein Mitbewohner in ihrer subjektiven Wahrnehmung mehr Aufmerksamkeit zuteil wurde. An manchen Stellen führte es fast zu einem Wettstreit um Anerkennung, der gut begleitet werden musste.

Eine große Ressource von Luise ist ihre Fähigkeit, Probleme der anderen Mitbewohner zu erkennen. Mit ihr konnte man über die Probleme der Mitbewohner, ihrer Arbeitskollegen oder der Betreuer reden und viel erfahren. Dabei war es ihr nicht immer möglich, die hinter den Problemen stehenden Gedanken in ihrer Ganzheit nachzuvollziehen, doch sie zeigte dennoch Verständnis für die Betroffenen.

4.1 Verhaltensauffälligkeiten

In der Fachliteratur finden sich viele Begrifflichkeiten für auffälliges Verhalten wie herausforderndes Verhalten, festgefahreneres Verhalten, originelles Verhalten, psychosoziale Auffälligkeiten, Gefühls- und Verhaltensstörungen oder Verhaltensprobleme. Die Parallelbegriffe ergeben sich einerseits aus der Unsicherheit individuelles Verhalten beurteilen zu können und andererseits versuchen unterschiedliche Fachrichtungen (Pädagogik, Psychologie, Medizin etc.) eine Definition zu erarbeiten, die die Betroffenen nicht entwerten oder denunzieren (vgl. Theunissen 2016, 57f; Lingg/ Theunissen 2013, 20). Die verschiedenen Begriffe scheinen mit den jeweiligen Schwerpunkten der Disziplinen einherzugehen und beleuchten laut Heijkoop nur eine Sichtweise. Er benutzt deswegen den Begriff „festgefahrene Verhaltensweisen“ um Verständnis für die Personen zu wecken, die ihr Verhalten nicht grundlos entwickelten, sondern sich aus den Bedingungen der Umwelt ergab. Zudem entwickeln auch Menschen ohne Beeinträchtigung festgefahrene Verhaltensweisen (vgl. Heijkoop 1998, 15). Eine umfassende Differenzierung der Begriffe soll im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgen, da er in der praktischen Arbeit keine Rolle spielt. In den weiteren Ausführungen wird der Begriff „Auffälliges Verhalten“ verwendet, da dieser in der gegenwärtigen Fachliteratur am häufigsten gewählt wird. Das Verhalten der Menschen kann völlig verschieden ausgeprägt sein und kann daher mannigfaltig unterschieden werden. Im Sozialverhalten kann es sich zum Beispiel in folgenden Formen zeigen: Streiten, Schlagen, Spucken, oder auch indem Anderen an den Haaren gezogen wird. Im psychischen (emotionalen) Bereich äußert sich das Verhalten z.B. in Form von Schreien, Weinen, Jammern oder Wutanfällen. Im Arbeits- und Leistungsbereich kann es in Gestalt der Arbeitsverweigerung auftreten oder im somato-physischen Bereich in Form von Ermüdbarkeit, mangelnder körperlicher Belastbarkeit, motorischer Unbeholfenheit oder motorischer Überaktivität (vgl. Theunissen 2016, 52f).

Der Umgang und das Einschätzen von auffälligem Verhalten sind während einer Krise von Menschen mit Behinderung von essentieller Bedeutung. Früher war man der Auffassung, dass auffälliges Verhalten ein Teil der Behinderung sei, heutzutage geht man davon aus, dass auffälliges Verhalten ein wichtiger Bestandteil der emotionalen Entwicklung ist (vgl. Lingg/ Theunissen 2013, 13; Sappok/ Zepperitz 2016, 11ff). Die Definition von auffälligem Verhalten ist im hohen Maße von den Normen und subjektiven Wahrnehmungen einer Person abhängig. So kann ein Betreuer das Verhalten eines Betreuten als sehr störend empfinden, weil es nicht seinen Norm- und Wertvorstellungen entspricht, während dasselbe Verhalten für einen anderen Betreuer keine Störung darstellt (vgl. Theunissen 2006, 188; Theunissen 2016, 54; Heijkoop 1998, 23). Theunissen spricht daher nicht von objektiven Beobachtungen, sondern von einem relativen Phänomen. Ein auffälliges Verhalten kann dementsprechend unter veränderten Bedingungen gar nicht als „auffällig“ gedeutet werden. Verschiedene Stereotypen eines Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung sind innerhalb einer Wohngruppe nicht auffällig. Würde er hingegen in einer S-Bahn fahren, zöge er die Blicke der anderen Fahrgäste auf sich (vgl. Theunissen 2016, 54). Die Normen und damit auch die

Verhaltenstoleranz von verschiedenen sozialen Einrichtungen sind unterschiedlich und für einen Menschen, der in vielen Einrichtungen wohnte, erschwert dieser Umstand das Einschätzen der Lage, wodurch sich sein auffälliges Verhalten verstärken kann (vgl. Heijkoop 1998, 23). Nach Heijkoop ist das Entwickeln eines auffälligen Verhaltens eine Form, Veränderungen zu verarbeiten, unabhängig davon, ob diese sich auf Alltägliches oder z.B. auf die Wohnform beziehen. So können die sich aus der Veränderung ergebenden Problemstellungen bewältigt werden. Aus pädagogischer Sicht ist daher eine Unterbindung nicht zwangsläufig förderlich. Heijkoop verlangt sogar, nicht nach den Ursachen des auffälligen Verhaltens zu suchen, sondern das Verhalten an sich zu nutzen, um diesen Menschen besser kennenzulernen. In der Beurteilung eines Verhaltens wird ein Betreuer dem ganzen Menschen nicht gerecht. Stattdessen arbeitet er mit subjektiven Einstellungen oder Vorurteilen. Der Niederländer ermutigt dazu, die Eigenarten eines Menschen wahrzunehmen ohne diese sofort zu bewerten. Aussagen wie z.B. „Eine Person ist aggressiv, da sie früher keine Liebe erfuhr.“ sind nicht zulässig. Der behinderte Mensch ist nicht zu einer solchen Aussage in der Lage und der Betreuer sollte ihm eine solche Aussage auch nicht zuschreiben. Heijkoop empfiehlt einen Austausch mit Kollegen, die einen ganz anderen, ebenso subjektiven Eindruck haben. Damit erfährt der Begriff eine positive Wende und kann in den Ausführungen ebenso als Ressource interpretiert werden, die Menschen in schweren Lebenslagen helfen kann (vgl. Heijkoop 1998, 18f). Theunissen äußert, dass Verhaltensauffälligkeiten, „[...] die am Rande oder in dem sogenannten Überschneidungsbereich zur Normalität liegen, durch ein pädagogisch dimensioniertes Unterstützungskonzept erfolgreich aufgelöst oder kompensiert werden können.“ (Theunissen 2016, 55). Wenn ein Betreuer die Situation mittels der pädagogischen-psychologischen Diagnostik analysiert, muss er sich zunächst die Frage stellen, inwiefern ein Verhalten auffällig ist oder zu der alltäglichen Bewältigung eines Klienten gehört. Ein Normalzustand beinhaltet dementsprechend auch individuelle auffällige Verhaltensweisen. Es gilt zu entscheiden, ab welchem Zeitpunkt eine Intervention notwendig wird. Für schnelles strukturiertes Handeln im Notfall entwickelt diese Arbeit eine Darstellung, die das Handeln in einer Krise vereinfacht.

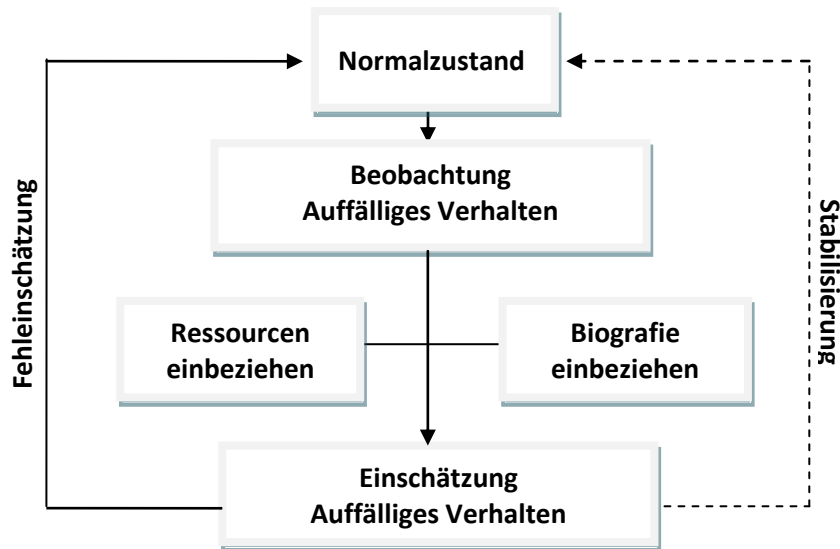


Abb. 1 Anzeichen einer Krise „eigene Darstellung“

Die Abbildung fasst das bisherige Vorgehen in einer Krise zusammen: Ein Betreuer ist in der alltäglichen Wohnsituation vor Ort und nimmt ein ungewöhnliches Verhalten eines Betreuten wahr. Nun stellt er es in einen Kontext, indem er die bekannten Ressourcen und biografischen Lebensereignisse in die Diagnose einbezieht. Kommt er anschließend zu dem Schluss, dass das Verhalten im Normalbereich des Klienten liegt oder Begründungen für ein auffälliges Verhalten vorliegen, wird er das Verhalten des Klienten weiterhin beobachten. Weitere Fehleinschätzungen können durch weitere Prämissen wie lauter Verkehr bei offenem Fenster o.ä. entstehen. Gelangt ein Betreuer zu der Erkenntnis, dass die Verhaltensweise nicht dem Normalzustand zuzuordnen ist, kann er erste Interventionsmaßnahmen einleiten. Die Literatur spricht von präventiven Interventionen (vgl. Wüllenweber 2009, 30f). Bei Erfolg der Intervention stabilisiert sich die Lage des Klienten und führt wieder in den Normzustand. Die stattgefundenen Maßnahmen kann man oft erst im Nachhinein rekonstruieren. Dies kann aber auch bei der Einordnung einer Krise helfen (vgl. ebd. 2009, 31). Das Erkennen einer Krise fällt in vielen Situationen sehr schwer, da diese einem auffälligen Verhalten sehr ähnlich sein kann. Den Abschluss dieses Kapitels bilden einige Überprüfungskriterien anhand von Fragen nach Heijkoop. Im nächsten Kapitel wird auf die Definition einer Krise eingegangen, sodass die Einschätzung des Auffälligen durch weitere Kriterien überprüft werden kann:

- Um welche Verhaltensweise handelt es sich?
- Was bedeutet das Verhalten für den Menschen mit Behinderung? Bedrückt es sein Verhalten, oder ist es vor allem für andere schwierig? In welchem Maß sind Wohnen, Arbeiten und Zusammenleben durch das Verhalten tangiert? Zieht sich der behinderte Mensch mehr und mehr zurück?

- Was bedeutet das Verhalten für seine Eltern, Betreuer, Mitbewohner, Arbeitskollegen? Sind sie enttäuscht und bekümmert oder ist ihre häufigste Reaktion Zurückweisung? Zeigen sie sich untereinander mehr und mehr gespalten?

(Hejikoop 1998, 24f)

Fallbeispiel 1

Am Nachmittag holte er meine Kollegin in sein Zimmer und äußerte aufgeregt, dass die Nachbarn laut seien und sie ihn anschreien würden. Meine Kollegin konnte keine Geräusche hören und vermutete zunächst, dass die frisch eingezogenen Nachbarn kurz zuvor etwas lauter waren. Da scheinbar nichts Ungewöhnliches vorgefallen war, nahm meine Kollegin einen Auswärtstermin mit einem anderen Bewohner wahr.

Peter sprach vor allem die Kollegin an und suchte bei ihr Hilfe- Das bestätigt die schon benannte emotionale Ressource, in der er Hilfe bei einer vertrauten Person sucht. Meine Kollegin und ich ordneten dieses Verhalten zunächst nicht als auffällig ein, betrachteten es als Fehleinschätzung. Die Gestaltung von Peters Nähe- und Distanz-Bereich kann als auffälliges Verhalten gedeutet werden. Wenn man Peter nicht kennt, wird ein Ignorieren als Ablehnung gewertet. Gerade dieses Verhalten nutzen wir als Betreuer, um seine Stimmungslage zu erfahren. Wichtige Informationen z.B. der Tagesablauf werden ihm auch während seines Schweigens mitgeteilt. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass er diese Informationen dennoch aufnimmt und sie als Sicherheit empfindet.

Fallbeispiel 2

Weiterhin sagte Luise Sätze zu mir wie: „Ich bin an allem schuld.“ oder „Ich mache alles kaputt.“ Da ich vermutete, dass sie ihre Sätze auf die seit Kurzem defekte Geschirrspülmaschine bezog, versicherte ich ihr, dass das nicht ihre Schuld war. Woraufhin sie erwiderte: „Nein, auf Arbeit.“ Sie hatte mit einer ihrer Kolleginnen in den Tagen zuvor „Stress gehabt“ und diese habe zu ihr gesagt, dass sie die Schuld daran hätte. Daraufhin fragte ich sie: „Hast du denn etwas gemacht? Ist etwas passiert?“. Sie verneinte. „Dann hast du auch an nichts Schuld!“ Sie aber blieb dabei, woraufhin ich ihr sagte: „Du hast an nichts Schuld!“. Abermals wiederholte ich meine Aussage. Sie lehnte ihren Kopf an meine Schulter und wurde langsam ruhiger. Nun sagte ich ihr, dass alles in Ordnung sei und sie jetzt gerade krankgeschrieben sei. Sie würde wieder gesund werden und bald könne sie auch wieder auf Arbeit gehen.

In der Situation war mir noch nicht bewusst, dass sich Luise in einer Krise befand, sondern wertete ihr Verhalten unter Einbeziehung ihrer Ressourcen und Biografie als „auffällig“. Das von mir geführte Gespräch kann als erste Intervention angesehen werden. Anschließend stabilisierte sich die Lage, sie schien sich zunächst wieder in einem Normalzustand zu befinden. In den folgenden Sequenzen zeige

ich, wie schwer es fällt, auffälliges Verhalten eines Normalzustandes und die Anzeichen einer Krise voneinander abzugrenzen und zu erkennen.

Später brachte sie Tee und Zwieback zurück in die Küche. Mit den Worten „Der Tee sei zu kalt.“ kippte sie den Tee weg und äußerte, dass sie Hunger habe.

Die Aussagen von Luise folgen nicht immer einer schlüssigen Logik. So war der Tee nicht zu kalt. Zuvor hatte ich sie gefragt, ob sie Hunger hätte, was sie verneinte. Dennoch legte ich einen Zwieback auf die Untertasse, den sie zwar zurückbrachte, aber jetzt zusammen mit der Äußerung, dass sie Hunger habe. Bestimmte Handlungen mussten bei ihr in einer bestimmten Abfolge ausgeführt werden und ein Abweichen von ihrem Muster brachten sie durcheinander. Es scheint als wären dies erlernte Abläufe, über die sie nicht nachdachte, sondern einfach nach ihrem gewohnten Schema abarbeitete. Entsprach ein Parameter des Tagesablaufs nicht ihrem Schema, schimpfte sie über Belanglosigkeiten. Ein weiteres Beispiel hierfür ist das Licht im Flur der Wohnung. Selbst wenn sie nicht zu Hause war, sollte es Tag und Nacht leuchten. Traf dies nicht zu, war sie schnell reizbar.

Es fielen ihr viele Kleinigkeiten in ihrem Zimmer auf, welche „kaputt“ seien: Die Uhr war zu locker, es sei alles zu eng oder das Telefon blinkt. Die Heizung war ihr entweder zu kalt oder zu warm und ich regulierte die Heizung des Öfteren.

Auch in diesen Aussagen war keine Logik zu erkennen und ich fragte in den Situationen sehr viel nach, um zu erfahren, was sie meinte. Schon zuvor hatte ich mit ihr Situationen erlebt, in denen sie, manchen Umstand bemängelte, reagierte ich jedoch nicht oder zu spät darauf, winkte sie ab.

„Ruh‘ dich aus, ich mache dir einen Tee. Hast du Hunger?“, fragte ich.

Reflektierend wurde mir bewusst, dass ich mit diesen Worten eine Ressource des Auffälligen Verhaltens von Luise nutzte, denn wenn Luise krankgeschrieben war, legte sie sich völlig unabhängig von der Erkrankung in ihr Bett. Krankschreibung bedeutete für Luise, dass sie sich ausruhen müsse. Dies verband sie mit dem Liegen „im Bett“. Durch meine explizite Aufforderung, sich auszuruhen, suggerierte ich ihr, sich wie üblich hinzulegen.

4.2 Psychosoziale Krise von Menschen mit geistiger Behinderung

Wurde in dieser Arbeit das Wort Krise oder akute Krise in Textpassagen verwendet, musste der Leser auf seine allgemein gültigen Kenntnisse über Krisen zurückgreifen. Nachfolgend soll der Inhalt des Begriffs näher definiert und im weiteren Verlauf der Arbeit Erkennungsmerkmale herausgestellt werden. Die Vorgehensweise des Betreuers folgt hierbei keinem starren Konzept, sondern ergibt sich aus dem Verlauf einer Krise.

Für eine Definition einer psychosozialen Krise ist es schwer die beide Begriffe voneinander zu trennen und für sich zu betrachten. Dennoch wird dies in vielen Begriffsdefinitionen versucht. Mit „psychosozial“ können im weitesten Sinne die kognitiven Prozesse im Inneren eines Menschen beschrieben werden, die Anforderungen des alltäglichen Lebens bewältigen wollen. Eine Krise oder Konflikt wird dabei als wesentliches Triebfeld gesehen (vgl. Walper 2017). Aguilera führt aus, dass ein Mensch im gesunden (psychosozialen) Zustand in einem emotionalen Gleichgewicht lebt und dieses durch außergewöhnliche Ereignisse gestört wird. Diese Störung bewirkt dann eine Veränderung, unabhängig davon, ob diese positiv oder negativ ist, strebt der Mensch danach diese Balance zu wahren und sie ggf. wiederherzustellen. Gelingt dies anhand verschiedener erlernter Bewältigungstechniken und ohne äußere Hilfe nicht, kann man von einer Krise sprechen. Der Mensch fühlt sich hilflos und in seiner emotionalen Erregung gefangen. Angst und Anspannung nehmen zu. (vgl. Aguilera 2000, 25). Wüllenweber analysierte verschiedene theoretische Ansätze unterschiedlicher Zeitepochen und unterschiedlicher Disziplinen auf Merkmale von Krisen wie z.B. von Burckhardt (1870), Bollnow (1959), Ulich (1987) oder Sauvart/ Schnyder (1996) und nahm eine Einteilung in Haupt- und Nebenmerkmale vor. Die drei Hauptmerkmale zur Identifizierung einer Krise sieht er in Aktualität, Belastung und Überforderung. Ein Betroffener ist dementsprechend zum momentanen Zeitpunkt von der Krise betroffen, drückt dies durch verschiedene Gefühle wie z.B. Angst aus. Er fühlt sich erschöpft und ist nicht in der Lage die eigenen Ressourcen und Kompetenzen zu nutzen, um die Situation bewältigen zu können (vgl. Wüllenweber 2009, 33ff). Wüllenweber betont in seiner Krisendefinition ebenso, dass die Krise nicht mit einem Konflikt gleichzusetzen ist. Die Krise ist eine kurzfristige, nur vorübergehende Situation, die zwar einen Konflikt bedingen kann, ebenso wie auch ein Konflikt eine Krise bedingen kann. Der Konflikt aber ist ein andauernder Zustand. So kann sich ein Mensch in einem lebenslangen Konflikt befinden (vgl. Wüllenweber 2009, 29). Als Beispiel für einen Konflikt führe ich die von Heppenheimer benannte Lebenstrauer an, die dadurch entsteht, dass sich Menschen mit geistiger Behinderung bestimmte Bedürfnisse lebenslang nicht erfüllen können (siehe 3.1). Wie bereits im Kapitel 2 dargestellt, nutzen Menschen mit geistiger Behinderung Auffälliges Verhalten als eine Art der eben benannten Bewältigungsstrategien, deren Unterscheidung schwierig ist. Wüllenweber formuliert die Definition von Menschen mit geistiger Behinderung in Krisen daher wie folgt:

„Psychosoziale Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung stellen eine zeitlich begrenzte, oft schwer erkennbare und die betroffene Person stark belastende Lebensproblematik dar, ausgelöst durch eine Störung in der Person-Umwelt-Beziehung“ (Wüllenweber 2003, 4).

Im Chinesischen verbindet man das Wort Krise sowohl mit Gefahr als auch mit Chance. Der Mensch ist in einer Krise herausgefordert seine aktuelle Situation zu bewältigen. Dies birgt allerdings die Gefahr in sich, (psychosoziale) Errungenschaften zu verlieren (vgl. Aguilera 2000, 25; Kuhn 2002, 41). In diesem Kontext könnte man konstatieren, dass der Begriff des „Herausfordernden Verhaltens“

besser geeignet ist. Der Begriff des „Auffälligen Verhaltens“ wird in der Arbeit weiterhin beibehalten, da dieser genereller verwendet werden kann. Verschiedene Wissenschaften und Aussagen von Betroffenen zeigen, dass Krisen in drei Beendigungsformen münden können. Zum Einen den positiven Ausgang mit Entwicklungsformen, die sich wesentlich von den bisherigen unterscheiden. Zweitens einen neutralen Ausgang, in welchem zu dem alten Gleichgewicht zurückgefunden wird und zum Anderen eine negative Veränderung, die bisherige Ressourcen einschränkt (vgl. Wüllenweber 2009, 28).

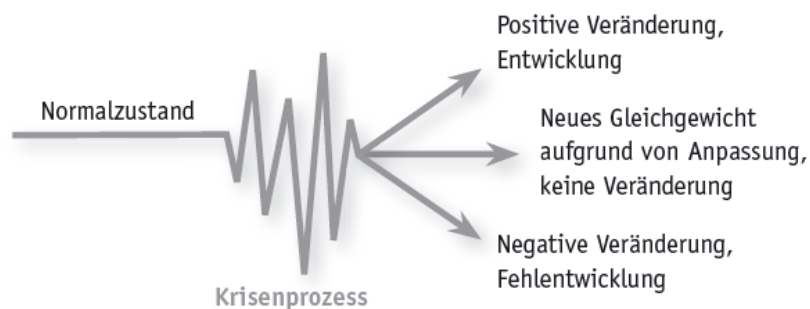


Abb. 2 Krisenmodell nach Caplan²

Die Gefahr der Krise gilt es zu vermeiden, da sie zu schweren psychosomatischen Schädigungen bis hin zu suizidalen Gedanken führen kann (vgl. Kuhn 2002, 44). Ein Ausgang mit einem neuen Gleichgewicht wird augenscheinlich als neutral bewertet. Bei genauerer Betrachtung kann dieser Ausgang aber auch als positiv gelten, da die Krise bewältigt wurde, was zu neuem Selbstbewusstsein führt, um neue Herausforderungen bzw. Krisen zu „meistern“ (vgl. ebd., 74). Soll die Krise als Chance genutzt werden, so muss auch die Krisenbewältigung als eine Entwicklung verstanden werden, neue (Lebens)Wege zu gehen (vgl. Wüllenweber 2009, 27). Kuhn sieht jeden Ausgang einer Krise als Ressource an. In Therapiesitzungen erinnert er seine Klienten in akuten Problemlagen daran, welche Fähigkeiten sie, bedingt durch Krisen, erlernen konnten (vgl. Kuhn 2002, 75). An dieser Stelle möchte ich auf mein vorangestelltes Zitat eingehen:

„Große Notfälle und Krisen zeigen uns, um wie viele größer unsere vitalen Ressourcen sind als wir selbst annahmen.“

William James, der als Begründer der Psychologie in Amerika angesehen wird (vgl. Lück 2017), äußerte diese Aussage schon Anfang des 20. Jahrhunderts und zeigt, dass Krisen keine neue Erscheinung sind, sondern die Menschen schon immer begleitet. In einem Brief an den Komponisten Lutoslawski schreibt er, dass die Menschen ihre Ressourcen nicht ausschöpfen und „nur den kleinen Finger“ benutzen würden. In Situationen wie selbstverletzendes Verhalten, Bulimie, Yoga, in

² Neuere Darstellung von 2014, inhaltlich keine Veränderung

exzessiver sportlicher Betätigung oder Religion könnte über diese Reserven verfügt werden (William 2008, 253ff). Damit zeigt er die Dualität von Ressourcen, die in positive wie auch negativen „Extremsituationen“ genutzt werden können- die Chance und die Gefahr. Die Grundlage in dem Unterstützen kann es nur sein an den Ressourcen, die ich hier schon in mannigfaltiger Art du Weise ausführte, anzusetzen und die Bewältigung einer Krise zusammen mit dem Betroffenen durchzustehen, in der Geistigbehindertenpädagogik wird von einer Subjekt- und Ressourcenorientierung gesprochen (vgl. Wüllenweber 2009, 281). Kuhn spricht dbzgl. von einer Krisenkompetenz, die „gesunden Anteile“- die Ressourcen- eines Menschen beinhalten (vgl. Kuhn 2002, 17).

Fallbeispiel 1

Am späten Nachmittag fing Peter an mit steigender Intensität kräftig gegen die Wand zu schlagen. Er brüllte laut, rief nach seiner Freundin und schien auf „jemanden“ zu reagieren. Ich klopfte an Peters Tür und öffnete sie um nach ihm zu sehen. Peter rannte auf mich zu und knallte die Tür ins Schloss. Bei weiteren Versuchen meinerseits wiederholte sich die Situation.

Die drei Hauptmerkmale nach Wüllenweber sind in Peters Beispiel schnell zu finden. Die Aktualität steht in seinem Reagieren außer Frage. Mit der Zuspitzung der Situation im Laufe des Tages nahm auch seine Belastung zu, die schlussendlich in Überforderung mündet. Konnte er am Nachmittag seine Belastung durch die Fragen an meine Kollegin ausdrücken, so war er gegen Abend mit der Situation gänzlich überfordert und versuchte die Stimmen zum Schweigen zu bringen. Peter lief in dieser akuten Krise Gefahr, angeeignete Errungenschaften zu verlieren und stand an der Schwelle zu einer negativen Veränderung. Es war uns nicht möglich ihn aus seiner Situation zu befreien, da er laut schrie und mit viel Kraft gegen die Wand schlug, sodass er Schmerzen in der Hand gehabt haben muss. Er hat sich auf sein Zimmer zurückgezogen, ließ niemanden eintreten und war mit sich allein. Die Situation wendete sich aber dennoch zum Positiven, wodurch es den Betreuern wieder möglich wurde, seine Ressourcen einzubeziehen.

Fallbeispiel 2

Als meine Kollegin in der WG eintraf, war Luise zunächst ruhig und man konnte mit ihr gut reden. Ihre angespannte Aufregung verschwand allerdings nicht, sie zog u.a. ihre Hose aus und erklärte uns beiden, dass die Wand im Wohnzimmer so heiß wäre wie 100 Grad. Wir forderten sie auf die Hose wieder anzuziehen und als sie dann in Unterwäsche im Wohnzimmer stand und nicht mehr wusste, was sie machen sollte, war dies der Auslöser mit ihr einen Arzt aufzusuchen.

Luises Situation war ebenso aktuell, nahm aber im Wesentlichen einen anderen Verlauf. Das Erkennen der Krise viel mir bei ihr wesentlich schwerer, da sich die Belastung erst in der Gesamtheit der kleinen Situationen offenbarte. Sie geriet zunehmend in Erregung bis sie letztendlich ihr Zustand überforderte und handlungsunfähig wurde.

5 Notfallintervention

Die Intension des Leitfadens ist es, vor allem Betreuern, Sicherheit im Handeln in einer akuten psychosozialen Krise zu vermitteln, die sich aus eigenen Erfahrungen ableiten lässt. Die Fachliteratur bestätigt die bestehende Unsicherheit im Handeln und führt verschiedene Aspekte auf. Die Unsicherheit im Einschätzen der Problematik wurde bereits umfassend ausgeführt. Die daraus bedingte Handlungsunfähigkeit gilt es wie folgt mit praxisbezogenen Interventionsmöglichkeiten zu reduzieren. In vielen Einrichtungen ist nicht geklärt, welche Professionen oder fachkompetenten Mitarbeiter in die Situation einbezogen werden müssen. Hinzu kommen besonders bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen rechtliche Unsicherheiten, die ohnehin aufgrund der Beziehung zu Klienten von Selbstzweifel geprägt sind (vgl. Wüllenweber 2004, 11f).

Das Ziel einer Akutintervention ist die Abwendung von Gefahren und Vermeidung von Kampf- oder Fluchtreaktionen (vgl. ebd.). In dieser zeitlich abgegrenzten Periode wird nicht angestrebt eine Wende der Krise herbeizuführen und dem Betroffenen eine Bewältigung der auslösenden Faktoren zu ermöglichen. Sie führt lediglich zu einer Beruhigung der Lage und einer Basis für die weitere Bearbeitung (vgl. Rupp 2004, 60). Der Begriff „Notfallintervention“, den Rupp benutzt, kann als adäquater Begriff in der Krise verwendet werden. Er löst die unspezifischen Begriffe Krisenintervention, Akutintervention oder Akute Krisenintervention auf und ermöglicht auch einer Fachkraft ohne Hintergrundwissen einen guten Überblick. Er deklariert die Situation als eine unmissverständliche Notlage, die ein sofortiges Handeln fordert.

In den meisten Fällen wird die Krise erst in der Ausprägung der Eskalation identifiziert und ein Betreuer könnte zu dem Schluss kommen, die bisherigen Schritte zu übergehen. Die Maßnahmen sind als gleichwertige Interventionen zu betrachten und in folgende einzubeziehen. In der Fachliteratur werden die Maßnahmen ebenso als Präventionsmaßnahmen beschrieben (vgl. Wüllenweber 2009, 30).

5.1 Einschätzung der Lage

Problembeschreibung

Nachdem die Fachkraft unter Einbeziehung der bisherigen Identifizierungsmerkmale und persönlichen Hintergründe des Betroffenen die Krise identifizieren konnte, ist eine Einschätzung der prekären Lage essenziell. Heijkoop empfiehlt im Zusammenhang mit alltäglichem, häufigem, auffälligem Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung eine detaillierte Beobachtung vorzunehmen. Ursachen konnten ergründet werden und bestimmte auffällige Verhaltensweisen von Betreuten ließen nach. Er suggeriert dabei seine eigenen Gefühle einzubeziehen und im Nachhinein eine mögliche Änderung seiner Ansicht festzustellen (vgl. Heijkoop 1998, 58f). Übertragen auf die Krise ist die Fachkraft bereit die anfängliche Einschätzung der Krise zu hinterfragen und die inneren Gefühle wie Unsicherheit, Angst, Wut wahrzunehmen. Escerla nennt Beispiele, die ähnliche Erfahrungen

wiedergeben. Ein Mitarbeiter ist gestresst in dem Erledigen vieler Aufgaben im Gruppenalltag, ein auffälliges Verhalten eines Einzelnen führt zu Überforderung und lässt den Mitarbeiter in seine eigene Emotionalität verfallen und den Bewohner unangemessen behandeln (vgl. Escerla 2004, 177f). Eine gesunde Selbsteinschätzung der persönlichen Fähigkeiten und Gefühlslagen setzt er für eine Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung voraus. Des Weiteren sollen sich Fachkräfte, um Überforderung zu vermeiden, Entlastungs-, Kompensations- und Verarbeitungsstrategien aneignen. In einer belastenden Situation kann es beispielsweise beruhigend wirken eine Pause einzulegen und durchzuatmen (vgl. ebd., 181).

Gefährdung

Als Erstes sollte in einem Notfall das Gefährdungspotenzial aller Beteiligten abgeklärt werden. Sind Möglichkeiten der Deeskalation erschöpft und der Betroffene agiert, z.B. durch den Einsatz einer Waffe, akut fremdgefährdend, ist ein Betreuer aufgefordert sich aus der Situation zurückzuziehen. Eine umfassende Aufgabe dabei ist es, weiteren Beteiligten den Rückzug zu ermöglichen und das laut vor dem Betroffenen zu verbalisieren, um ihm ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln (vgl. Schwabe 2001, 133). Aguilera untersucht die Lage eines Betroffenen in Therapiesitzungen an erster Stelle auf Fremd- und Selbstgefährdung und verweist den Patienten ggf. an einen Psychiater, der ihm die notwendige Unterstützung zukommen lassen kann (vgl. Aguilera 2000, 51). Dabei sind eigene Grenzen in emotionaler und physischer Sicht zu berücksichtigen (vgl. Heinrich 2007, 104).

Einordnen in Themenbereiche

Wüllenweber teilt eine Notfallintervention nach drei Themenbereichen ein: Deeskalation, Physische Intervention und Notfallhandeln (vgl. Wüllenweber 2004, 11). In einem Krisennotfallplan stiften unterschiedliche Konzepte der konstatierten Thematik Verwirrung, Aussagen von Autoren werden deshalb in die Bereiche integriert. Eine Zuordnung von einer Gefahrensituation wird selten nur auf eine Kategorie zutreffen. Die Literatur zeigt allerdings, dass Interventionen der Deeskalation – das Anregen der Nutzung eigener Bewältigungsstrategien - den andern vorzuziehen sind (vgl. Rupp 2004, 62; Schwabe 2004, 133ff; Heinrich, 93). Das folgende Schema fasst diese Aussagen zusammen.

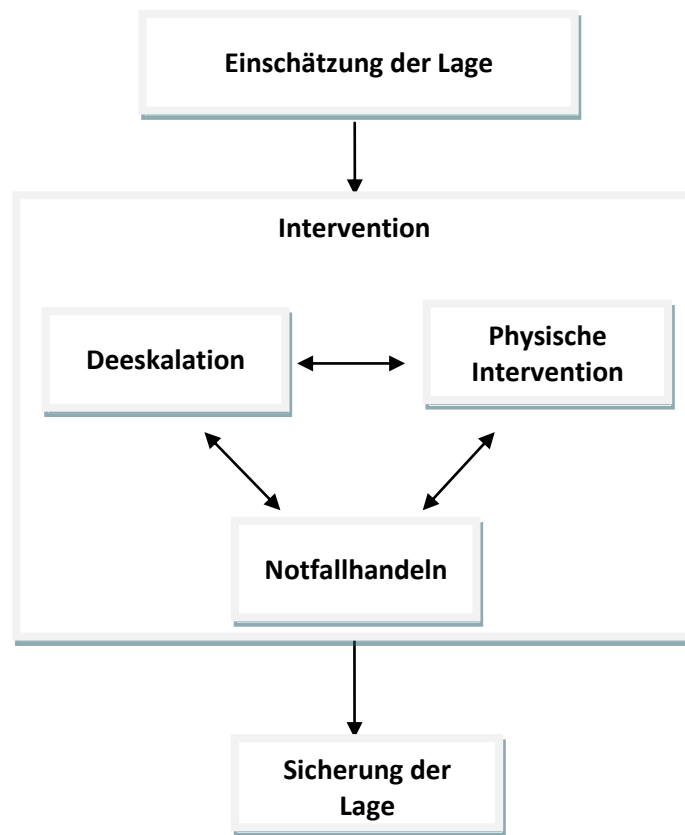


Abb. 3 Notfallintervention in psychosoziale Krisen; „Eigene Darstellung“ nach Heijkoop, Willenweber, Schwabe, Escerla

Fallbeispiel 1

Ich entschied mich Peters Rückzugsbedürfnis zu akzeptieren, auch wenn ihm die Situation zuzusetzen schien. Ich wartete auf meine Kollegin, um das weitere Vorgehen besprechen zu können. Ich blieb aber in Reichweite im Büro sitzen. Die anderen Bewohner, die gelegentlich neugierig in den Flur gingen, forderte ich auf, sich in das Wohnzimmer zu setzen.

Ich kannte Peter erst wenige Monate und konnte noch nicht einschätzen, ob sein Verhalten für ihn abweichend war. Seine Ressourcen und Lebensereignisse kannte ich größtenteils nur aus Erzählungen der Kollegen und der Dokumentation. Die Situation war für ihn eine offensichtliche Belastung und ich versuchte einen Kontakt zu ihm aufzubauen. Dass er beim Türöffnen auf mich zugerannt kam, war für mich eine neue Situation, die auch anfangs Panik in mir hervorrief. Die Situation war überraschend und ihre weitere Entwicklung nicht abschätzbar. Ich wog hier die Gefährdung ab und entschied mich auf meine Kollegin zu warten, die Peter bereits jahrelang kannte. Zudem war es mir ein Anliegen seine Mitbewohner vor möglichen Aggressionen zu beschützen, weshalb ich sie in das Wohnzimmer verwies. Die Situation war durch die Hilflosigkeit ihm nicht beiseite stehen zu können und eine wartende Haltung einzunehmen, von großer Unsicherheit geprägt. Zudem war dies die erste Situation

nach meiner Ausbildung, die ich allein bewältigen musste. Der Beginn der Krise war von allen drei Dimensionen geprägt. Beim Warten auf meine Kollegin befand ich mich in dem Notfallhandeln. Meine ruhige Charaktereigenschaft half mir in späteren emotionsgeladenen Situationen Ruhe zu vermitteln, in der Situation mit Peter war ich überfordert, auch wenn es von außen betrachtet nicht zu erkennen war (Meine Kollegin war anschließend sehr verwundert darüber.) Ein strukturiertes Vorgehen, Nachdenken über die Problematik und ein tiefes inneres Durchatmen hätten mir wahrscheinlich geholfen.

Fallbeispiel 2

Als meine Kollegin in der WG eintraf, war Luise zunächst ruhig und man konnte mit ihr gut reden. Ihre angespannte Aufregung verschwand allerdings nicht, sie zog u.a. ihre Hose aus und erklärte uns beiden, dass die Wand im Wohnzimmer so heiß wäre wie 100 Grad. Wir forderten sie auf die Hose wieder anzuziehen und als sie dann in Unterwäsche im Wohnzimmer stand und nicht mehr wusste, was sie machen sollte, war dies der Auslöser mit ihr einen Arzt aufzusuchen.

Die Krise von Luise hatte im keinen Fall eine Gefährdung von anderen Personen zur Folge. Sie war sehr mit sich selbst und ihren inneren psychosozialen Denkprozessen beschäftigt. Luise war zu jedem Zeitpunkt ansprechbar und nahm Gesprächsangebote gerne an. Es konnte von Anfang an die Interventionsmöglichkeit der Deeskalation angewendet werden. Am Ende wurde zusätzlich ein Notfallhandeln nötig.

5.2 Deeskalation

In einer Notlage können sich die problematischen Verhaltensweisen zuspitzen bis hin zu einem Höhepunkt von Hilflosigkeit- der Eskalation. Deeskalierende Maßnahmen sollen dem Prozess der Eskalationsdynamik entgegenwirken und möglichst früh eine positive Veränderung bewirken. Der Betroffene ist in dem Moment in einem Tunnelblick gefangen und die sogenannten kontraproduktiven Maßnahmen sollen vermieden werden: Er ist in der Akutsituation nicht in der Lage, seine Handlungen zu reflektieren, geschweige denn Ursachen für die Lage zu formulieren. Heinrich berichtet von einem jungen Mann, der sich später für sein aggressives Handeln schämte. Empfindliche Punkte z.B. Vorwürfe, die nicht nur in der Krise Erregung verursachen, sollten vermieden werden. (vgl. Wüllenweber 2004, 12f; Wüllenweber 2009, 295; Heinrich 2007, 93). Die Autoren setzten verschiedene Schwerpunkte in ihren Abhandlungen. Für eine klare Übersicht wird eine Einteilung in subjekt- und ressourcenorientierte, situative Interventionen und in die krisenkompetente Betreuung erstellt.

Subjekt- und ressourcenorientierte Interventionen

Wertschätzung und Akzeptanz

Betroffene sollen auch in ihrer akuten Lage anerkannt, ernst genommen und gleichberechtigt behandelt werden. Positive Worte oder eine leichte Berührung können besänftigend wirken, vorausgesetzt der Betroffene kann das Nähe-Distanz-Verhältnis bestimmen. Betreuer sollen in ihrem Handeln ihre authentischen Absichten zeigen und der Betroffene soll sich in dem Handeln wieder finden können (vgl. Wüllenweber 2004, 13; Heinrich 2007, 96; Escerla 2004, 180).

Ablenkung

Ablenkungstechniken sind eine sehr wirkungsvolle Maßnahme in der Krisenintervention. Sie holen einen Menschen aus der Beschäftigung mit der Krisenthematik. Ablenkung kann in dem Fragen nach der Bekleidung spontan verwendet werden oder durch einen „geplanten“, fingierten Telefonanruf eine Änderung bewirken (vgl. Wüllenweber 2004, 12; Heinrich 2007, 93).

Krisenkompetente Betreuung

Selbstkontrolle

In der Einschätzung der Lage wurde das Bewusstsein der Gefühle von Betreuern bereits erörtert. Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühl führen zu Handlungsunfähigkeit (vgl. Wüllenweber 2004, 12).

Auftreten der Fachkraft

Besonders bei Handgreiflichkeiten ist ein sicheres Auftreten entscheidend und alle Interventionsmaßnahmen müssen dem Gegenüber ein sicheres Handeln vermitteln. Schwabe verschafft sich in der Situation mit Jugendlichen zunächst Gehör, indem er die Streitenden in ihrer Auseinandersetzung mit lautem Rufen unterbricht. Anschließend geht er mit jedem einzelnen ins Gespräch. (vgl. Schwabe 2001, 134) In der Situation des auffälligen Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung lässt sich die Deeskalationsform nicht unbedingt anwenden, ein sicheres Auftreten gibt den Klienten jedoch Sicherheit (vgl. Escerla 2004, 180).

Sprache

In einer Krise ist besonders auf eine gewaltfreie und vorwurfsfreie Sprache zu achten. Beispiel: „Wenn Herr S. nachher kommt, gehst du bitte auf Dein Zimmer, damit ihr nicht in Streit geratet.“ ist einem „Lass den S. in Ruhe, ich hab’s dir wirklich schon oft gesagt.“ zu bevorzugen (vgl. Rosenberg nach Wüllenweber 2004, 14).

Situative Intervention

Beruhigende Signale

Der Mensch in der Krise steht unter starker Erregung. Beruhigende Signale wirken der großen Anspannung entgegen, er fühlt sich angenommen (vgl. Wüllenweber 2004, 12).

Deeskalierende Signale

Ein Betroffener sendet oft nur kleine dezente Signale, die ein Eingreifen ermöglichen. Eine Fachkraft muss für diese Wahrnehmung geschult sein, um diese Momente nutzen zu können (vgl. ebd.).

Wechsel des Ortes / Rückzug

Eine weitere Möglichkeit ist die Veränderung von situationsbezogenen Prämissen. Ein bestimmter Ort kann eine Krise verschlechtern, da er emotional vorbelastet ist (vgl. Wülleweber 2009, 289; Heinrich 2007, 93).

Fallbeispiel 1

Als meine Kollegin in die WG zurückkam, war Peter wieder ansprechbar und bejahte die Frage meiner Kollegin, ob die Nachbarn wieder laut gewesen wären. Er ergänzte aufgeregt, sie hätten seine Freundin beschimpft. Meine Kollegin konnte ihn zunächst beruhigen und es schien eine Besserung seines Verhaltens einzutreten. Bald aber begann er wieder zu brüllen und knallte auch vor meiner Kollegin die Tür ins Schloss.

Peter hat in der Notfallsituation mehrere kleine akute Perioden. Die Eskalationsdynamik wird jedes Mal stärker bis schließlich keine Kontaktaufnahme mehr möglich ist. Die zeitweilige Frage nach seinem Befinden kann nur für einen Moment deeskalierend wirken.

Fallbeispiel 2

Zur Ablenkung ging ich mit Luise einen Kaffee trinken und sie beruhigte sich immer mehr, auch wenn sie die alltäglichen Geräusche auf dem Weg zum Cafe sehr irritierten. Luise grimassierte aufgrund der Lautstärke und deutete immer wieder auf deren Lautstärke hin. Je näher wir nach dem Kaffeetrinken wieder der WG kamen, desto unruhiger wurde sie.

Die Deeskalationsform Ablenkung und das Wechseln der Örtlichkeit konnten Luisas Krise eine Zeit lang in den Hintergrund rücken lassen. In dem Cafe verhielt sie sich, mit wenigen Verhaltensauffälligkeiten, wie im Alltag. Kaffeetrinkengehen ist für sie ein positiver Stimmungsaufheller und als beruhigendes Signal zu werten.

5.3 Physische Intervention

Die physische Intervention ist im Gegensatz zu der öffentlichen Meinung ein alltägliches Phänomen in der Behindertenpädagogik. Obwohl sie vor allem in Einrichtungen mit schweren Behinderungen stattfindet, ist die physische Intervention ein Tabuthema. Auch wenn die Aufmerksamkeit der Thematik in den letzten Jahren wesentlich ansteigt (vgl. Heinrich 2007, 147), lassen sich heutzutage kaum greifbare Definitionen finden (vgl. Wüllenweber 2004, 16). Aktuelle Internetrecherchen kommen zu ähnlichen unbefriedigenden Ergebnissen. Es ist nicht umfassend geklärt, wann eine physische Intervention beginnt und wann sie endet. Einen Arm um die Schulter zu legen steht im Gegensatz zu der Handlung, einen Klienten auf den Boden zu zwingen und zeigt immense Unterschiede in der Ausführung und dem emotionalen Erleben. Theunissen formuliert: „Die Intervention darf nicht mit körperlicher Gewaltanwendung etwa im Sinne eines Schlagens, Verletzens oder einer Schmerzzufuhr verwechselt werden. [...] Es handelt sich lediglich um eine Maßnahme der Notwehr, die der Selbstverteidigung, der Verhinderung von Selbst- oder Fremdgefährdung wie auch der Eingrenzung und Kontrolle eines eskalierenden aggressionsgeladenen Konfliktes dienen kann.“ (Theunissen 2000 nach Wüllenweber 2004, 15). Ableitend aus dem Zitat ergibt sich, dass Maßnahmen nicht gegen einen Klienten gerichtet werden dürfen, sondern nur mit und im Sinne von ihm ergriffen werden sollen. Eine physische Intervention ist nur als letzte Instanz einzusetzen, die ihre Ziele mit einem möglichst kleinen Eingriff erreicht. Wenn die akute Gefahr überstanden ist, wird die Maßnahme abgebrochen. In manchen Einrichtungen werden verschiedene Fortbildungen zu physischen Interventionstechniken angeboten, die vor allem für Betreuer sinnvoll erscheinen, die Menschen mit schwerwiegendem auffälligem Verhalten begleiten. Es werden vor allem Befreiungs-, Verteidigungs- und Festhaltetechniken erlernt (vgl. Wüllenweber 2004, 15ff). Exemplarisch zu nennen sind hier die KUGA-Technik (Kontrollierter Umgang mit Gewalt und Aggression), die vor allem in akuten Aggressionssituationen eingesetzt wird, das Part 2000 Training (Professional Assault Response Training 2000), das sich vor allem an Einrichtungen mit Menschen mit erhöhtem Gewaltpotenzial richtet und das PKS-Programm (Programm körperlicher Sicherheitstechniken), das in viele Konzepte von sozialen Einrichtungen integriert ist (vgl. Heinrich 2007, 147ff) Zusammenfassend formuliert Wüllenweber die Zielstellung der physischen Intervention wie folgt:

- Beruhigung des Klienten und Kommunikation mit diesem z.B. durch Festhaltetechniken
- Lenkung des Verhaltens von Klienten
- Kontrolle des Verhaltens eines Klienten
- Schutz von anderen Klienten
- Befreiung aus Angst- und Notsituation

(Wüllenweber 2004, 16)

Fallbeispiele

Peters Situation war grenzwertig. Die Gefahr, dass er sich selbst verletzt war sehr groß. Eine physische Intervention kam aus Selbstschutz nicht in Frage, aber jemanden zu holen der das initiieren würde, war uns aufgrund der Beziehung zu ihm unangenehm. Die Situation deeskalierte durch Notfallhandeln. Bei Luise kam zu keinem Zeitpunkt eine physische Intervention in Frage.

5.4 Notfallhandeln

Komplementäre Hilfen im Notfallhandeln können als sehr wichtige und zielführende Interventionen verstanden werden. Es sind Maßnahmen, die das eigene Handeln absichern und schlechten institutionellen Vorraussetzungen entgegenwirken können. Die erste Handlung in einer Notlage ist meistens das Einbeziehen anderer Kollegen, um sich zu besprechen und die Krise gemeinsam durchzustehen. Die Mitarbeiter werden oft aus anderen Wohngruppen herbeigerufen oder über Telefon hinzugezogen. Manche Einrichtungen haben eine Rufbereitschaft eingeführt, andere kooperieren mit anderen Trägern, damit eine Fachkraft in der Situation nicht allein sein muss. Oft wird die Leitung des jeweiligen Arbeitsbereichs informiert und es werden folgende Schritte besprochen. Trägerinterne Ressourcen sollten nach Möglichkeit genutzt werden, denn laut Erfahrung aus der Praxis werden die Beteiligten nur schon im Wissen darum ruhiger. (vgl. Wüllenweber 2004, 22; Wüllenweber 2009, 295).

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen gehören ebenso zu dem Notfallhandeln. Sie erheben eine Missbrauchsgefahr und sind daher rechtlich geregelt. Werden freiheitseinschränkende Schritte in Erwägung gezogen, sind die kommenden Maßnahmen immer mit der Leitungsebene abzusprechen. Ein Freiheitsentzug ist nach dem Gesetz strafbar und bedarf einer Klärung durch einen Richter. Er entscheidet anhand von Einzelfällen über den Ausgang. Die Vorraussetzungen sind die Einwilligung eines einsichtsfähigen Bewohners, eine vormundschaftliche Genehmigung und ein rechtfertigender Notstand. Akute freiheitsbeschränkende Maßnahmen können nur von kurzer Dauer sein und bedürfen einer anschließenden richterlichen Überprüfung (vgl. Wüllenweber 2004, 22).

Die vielfältigen Bereiche in einer psychosozialen Krise stellen eine interdisziplinäre Aufgabe dar. Die Zuständigkeiten in der Krise sind weitgehend ungeklärt und erzeugen bei den Beteiligten Unsicherheit. Die Schwierigkeit in der Unterscheidung zwischen auffälligem Verhalten und psychosozialen Störungen führt zu vorschnellen Krankenhauseinweisungen von Menschen mit geistiger Behinderung, obwohl keine tatsächliche psychiatrische Indikation für einen stationären Aufenthalt vorliegt. Gründe für eine Einweisung sind Fremd –und Selbstgefährdung, freiwillige Einweisung für ein Sicherheitsgefühl, Entlastung der Mitbewohner, oder Einweisung aufgrund von Überforderung der Helfer (vgl. Wüllenweber 2004, 24). Die Unsicherheit in den Zuständigkeiten bedingt auch die Frage nach den entsprechenden Ansprechpartnern, wie auch im Fallbeispiel

ersichtlich. Mehr Stabilität soll eine für diese Arbeit erstellte Liste mit verschiedenen Notrufnummern geben. Mit dem Einweisen in eine Psychiatrie oder auf eine psychiatrische Station ist die Lage stabilisiert und die Notfallintervention ist beendet. Allerdings ist eine Aufarbeitung der Thematik unbedingt erforderlich. Die Krise stellt einen tiefen Einschnitt im Leben eines Menschen dar und ein „Ignorieren“ kann u.U. zu einer neuen Krise führen. Die hier angesprochene Nachsorge ist ein Teil der Krisenbegleitung auf die zum Abschluss der Bachelorarbeit Bezug genommen werden soll (vgl. ebd., 26).

Notfallhandeln in psychosozialen Krisen³

für Menschen mit geistiger Behinderung

Berlin

- (Haus)Arztbesuch oder Anruf,
- Kontakt mit einer Klinik (bzw. einem Spital) mit psychiatrischer Abteilung aufnehmen,
- Kontakt mit dem ärztlichen (psychiatrischen) Bereitschaftsdienst (bundesweite Tel.: 116 117) aufnehmen,
- oder sich an ein Hilfs- bzw. Beratungsangebot für akute Krisensituationen wenden (siehe nachfolgend aufgeführte Adressen)

Rufnummern	Behörde/ Institution	Erläuterung
110	Polizei	unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung
112	Feuerwehr Rettungsdienst	unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung
116 117	Ärztlicher Bereitschaftsnotdienst	Erkrankungen, die keinen Aufschub bis zur nächsten Sprechzeit dulden, Beratung in möglicher Notsituation
0800/ 1 11 01 11	Telefonseelsorge	Probleme und Krisen, z.B. Probleme mit dem Partner ⁴

Für das Beschreiben von Anzeichen einer psychosozialen Krise können die Schlüsselsymptome helfen

- Bewusstseinsstörung
- Verlust des Realitätsbezugs
- Wahnvorstellungen
- Verzweiflung, Suizidalität
- Aggression, Konflikt mit Drohung und Gewalt
- Suchtmittelmissbrauch
- Angst und Panik
- Akute/chronische Problematik (Rupp 2004, 63)

■ Berliner Krisendienst

Krisenberatung und Krisenintervention, telefonisch oder persönlich ohne Voranmeldung · mehrsprachig · in dringenden Fällen Hausbesuch, Arzt /Ärztin in Rufbereitschaft. **Alle Standorte täglich 16 - 24.00 Uhr geöffnet. Erreichbarkeit rund-um-die-Uhr durch überregionale Bereitschaft.** Mo - Fr 8 - 16.00 Uhr nur telefonische Information und Weitervermittlung.

Die neun Standorte im Überblick:

Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg	☎ 390 63-10
Charlottenburg-Wilmersdorf	☎ 390 63-20
Spandau	☎ 390 63-30
Pankow	☎ 390 63-40
Reinickendorf	☎ 390 63-50
Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg	☎ 390 63-60
Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf	☎ 390 63-70
Treptow-Köpenick	☎ 390 63-80
Neukölln	☎ 390 63-90
www.berliner-krisendienst.de	

⁴ Quellen: siehe Quellenverzeichnis

Fallbeispiel 1

Wir berieten uns und versuchten ihn aus seiner Situation herauszuholen. Meine Kollegin rief seine Freundin an und fragte, ob sie ihn auf seinem Telefon anrufen könne. Dieser Versuch scheiterte leider, da er das eingehende Gespräch nicht entgegennahm. Meine Kollegin und ich versuchten noch andere Methoden. Nichts gelang. Wir bekamen ihn nicht aus seinem Zimmer gelockt.

Meine Kollegin und ich versuchen verschiedene deeskalierende Maßnahmen durch und suchten wir uns komplementäre Methoden wie Telefonanrufe.

Schließlich rief meine Kollegin die Feuerwehr an, welche uns an den Notarzt verwies. Uns wurde geraten erst „bei Eskalation“ die Feuerwehr einzubeziehen. Während des Wartens auf den Notarzt veranlassten wir, dass Peter von seinem Bezugsbetreuer angerufen wurde. Peter hob ab und erzählte ihm von den lauten Nachbarn. Das Gespräch war ein Wendepunkt für die Situation und nun wurde es möglich mit Peter in Kontakt zu treten. Er empfand das Bestellen einer Notärztin als hilfreich und war bereit mit ihr zu reden. Während des Gespräches schrieb sie eine Krankenseinweisung für ihn.

In einer Unsicherheit über die Zuständigkeit rief meine Kollegin die Feuerwehr an. Die Lage konnte schließlich über die Ressource „Beziehung“ gewendet werden.

Im Sprechzimmer stellte ihm die Ärztin viele Fragen zu seinen Wahrnehmungen. Er sah immer wieder, sich selbst absichernd, zu meiner Kollegin bevor er auf Fragen antwortete, teilweise verstand er sie anscheinend nicht, bei anderen Fragen wusste er möglicherweise nicht, wie er seine Erlebnisse beschreiben sollte. Peter wurde nach dem Gespräch stationär aufgenommen.

Fallbeispiel 2

Nachmittags bot ich ihr an, dass wir die Notaufnahme aufsuchen könnten. Doch noch während sie das Angebot verbal annahm, überlegte sie, inwiefern ihr die Ärzte helfen könnten und sprach dies auch aus. Ich konnte ihr Verhalten nicht einordnen und es lag keine physische Fremd- oder Eigengefährdung vor. Ich entschied mich die Kollegin, welche abends in die WG kommen würde, um mit den anderen Bewohnern einen Ausflug zu unternehmen, anzurufen. Telefonisch schilderte ich ihr meine Eindrücke, um die nächsten Schritte abzuklären. Sie bestätigte mir, dass Luise in den letzten Tagen wirr erschien. Wir besprachen daher, mit dem Arztbesuch noch solange zu warten bis sie eintreffen würde.

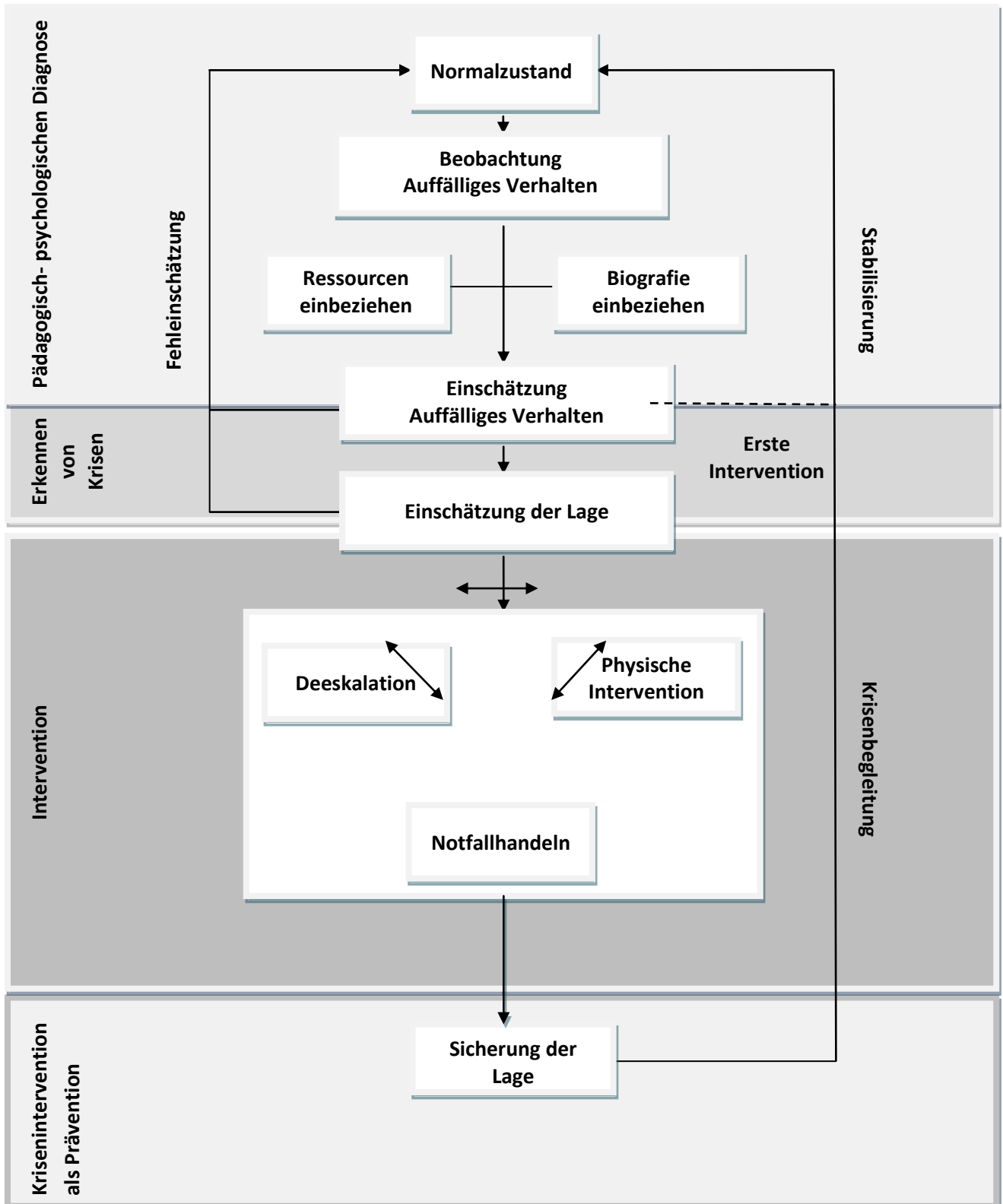
Auch diese Sequenz ist von Unsicherheit geprägt, ich nutzte hier die komplementäre Methode mich bei meiner Kollegin abzusichern.

6 Krisenintervention als Prävention

Sowohl in der Alltagssprache (vgl. Wüllenweber 2009, 18ff) als auch in wissenschaftlich empirischen Forschungen (vgl. ebd., 99f) ist der Krisenbegriff eine viel erörterte Thematik. Wüllenweber spricht von einer Heterogenität der Krisentheorie, in der die Disziplinen den Begriff in ihrem Verständnis auslegen (vgl. ebd., 88). „Ich kriege ein Krise“ ist ein Sprachgebrauch der nur allzu häufig im Alltag verwendet wird und umfasst nur marginal die eigentliche Bedeutung. In der Politik, in der Wirtschaft, im Sport oder in der Sozialwissenschaft findet er eine häufige Anwendung. Ebenso in den Medien, wo er in weitgehender unspezifischer Art und Weise jegliche Problemlagen beschreibt (vgl. ebd., 18). Der inflationäre Einsatz des Begriffs erschwert die Bestimmung in einem Fachgebiet und birgt die Gefahr in sich, in der fachlichen Auseinandersetzung als ähnlich unspezifisch zu erscheinen. Von einem allgemein gültigen Krisenbegriff kann nicht gesprochen werden (vgl. ebd., 22f). Die Ansicht, dass eine Krisenintervention nur mit einem Notfall in Verbindung gebracht wird, mag eine Folge sein. Eine zeitliche Einordnung eines Krisenverlaufs spielt für die Bewältigung keine Rolle. Sie ist von subjektiven Faktoren anhängig und wird von diesen maßgebend bestimmt (vgl. ebd., 280). Im Allgemeinen sprechen Theoretiker von einer Dauer von vier bis acht Wochen, in vielen Fällen sind es sogar mehrere Monate oder Jahre (vgl. ebd., 26). In der Krisenintervention besteht keine Einigkeit über ein kategorisches Einordnen oder die Ausführung von Handlungen. Der Begriff Intervention wird ähnlich der Krisenformulierung in vielfältiger Weise genutzt und umfasst damit ein Handeln in der akuten Krise, sowie in der anschließenden Bewältigung. Während er ursprünglich in einem ausschließlich politischen Hintergrund wie „dazwischentreten“, „vermitteln“ und „militärische Einmischung“ verwendet wurde; schließt er heutzutage in einem weiten Verständnis die Methoden der Sozialen Arbeit ein. In einem engen Verständnis werden nur die tatsächlichen Maßnahmen, die ein konkretes und systematisches Eingreifen in eine pädagogische Situation beinhalten, bezeichnet (vgl. Wüllenweber 2001, 15f). Allgemein kann man als Krisenintervention alle Maßnahmen betrachten, die eine Person in der Bewältigung unterstützen. (vgl. Wüllenweber 2009, 43). Sonneck definiert diese wie folgt: „Krisenintervention ist jede Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht.“ (1985 nach ebd., 44). Wüllenweber bevorzugt das enge Verständnis und sieht es als eine gute Möglichkeit an, die Krisenintervention in Akut bzw. Notfallintervention und Krisenbegleitung zu unterteilen (Wüllenweber 2004 11). Die Notfallintervention kann dementsprechend als der Beginn einer Krisenbegleitung gesehen werden und veranschaulicht die Notwendigkeit der Benennung in einem Leitfaden für das Handeln in akuten Situationen. Das Ziel der Sicherung der Lage wird damit als Basis für eine Krisenbegleitung gesehen. Auf dieser theoretischen Grundlage soll folgende zusammenfassende Darstellung der Notfallintervention einer Fachkraft eine gute Übersicht bieten und

in der Extremsituation ein strukturiertes, professionelles Vorgehen erleichtern. Abschließend folgt ein Ausblick auf die weitere Krisenbegleitung.

Notfallintervention in psychosozialen Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung



7 Zusammenfassung und Fazit

In den anfänglichen Literatur-Recherchen über die Thematik Krise und Krisenintervention teilte ich eher ein weites Verständnis des Krisenbegriffs, ob er sich auf den Alltag bezog oder auf die Fachtermini, mit denen ich mich im Vorfeld nur bedingt auseinander gesetzt hatte. Während dem intensiven Lesen und Einarbeiten in den fachlichen Diskurs wünschte ich mir statt der Fülle der unterschiedlichen Bedeutungen für Begriffe ein enges Verständnis. Für einen Laien wirken selbst die Versuche von Wissenschaftlern, ein solches Verständnis zu schaffen, noch verwirrender. Dies bestärkte mich in meiner Intension, einen übersichtlichen Krisennotfallplan für akute Krisen zu erstellen, auch wenn es mir trotz meiner praxisnahen induktiven Arbeitsweise zunehmend schwer fiel in den Plan nur die wesentlichen Hinweise aufzunehmen. Eine Bezugsperson ohne tiefgehende Kenntnis der Theorie kann die Tragweite in Extremsituationen kaum überblicken. Ohne das Verständnis welchen Einfluss Ressourcen des Klienten und dessen Biographie ausüben, kann die Notfallintervention nur bedingt gelingen. Der Plan kann nur unter der Berücksichtigung dieses Wissens angewendet werden. Je schneller die Veränderungen eines Auffälligen Verhaltens im Normalzustand erkannt wird, desto schneller ist eine Krisenintervention möglich. Durch das Hinzuziehen der pädagogisch-psychologischen Diagnose und dem dadurch besseren Erkennen einer Krise wird die Notfallintervention jedoch erleichtert. Grundlegend ist die Kenntnis des Klienten um die Veränderung überhaupt erst wahrnehmen zu können.

Mir ist es gelungen den praktischen Teil mit der Theorie zu verknüpfen. Hierbei war es wichtig konkrete Handlungsabläufe in Akutperioden zu formulieren, da diese in der Fachliteratur nur selten mit prägnanten Handlungsanweisungen dargestellt werden. Vermutlich erschwert der komplexe Begriff Verhalten die präzisen Anweisungen. Wüllenweber formuliert, dass das Erstellen eines Konzeptes für eine Notfallintervention kaum möglich ist, da die jeweiligen Problematiken und der soziale Kontext stark variieren und für eine Planung in der Situation keine Zeit bleibt (vgl. Wüllenweber 2009, 292). Dieser Aussage stimme ich zu, jedoch wird der von mir erarbeitete Krisennotfallplan nicht in Frage gestellt, da er nicht den Anspruch hat, ein Konzept für jeden Spezialfall zu sein. Er kann nur unter der Berücksichtigung aller dem Betreuer bekannten Umstände angewendet werden. Mein Krisennotfallplan könnte also Eltern eines Menschen mit Behinderung helfen, da ihnen der

Kontext ihres Kindes bekannt ist, nicht aber die theoretischen Grundlagen der Wissenschaft. Ob sich der Notfallplan in der Praxis bewährt, kann nur von den Anwendern dieser Hilfe entschieden werden. Ob sich das Benutzen alternativer Begriffe tatsächlich dafür eignet größere Transparenz zu schaffen, kann erst in der Praxis in Erfahrung gebracht werden.

Unabhängig von meiner Intension wäre es aber wünschenswert, diese Thematik in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken oder sie zumindest in der Sozialen Arbeit zentraler anzusiedeln. Es würde die Gesellschaft und die Krisenkompetenz vieler Einzelner bereichern. Für mich selbst habe ich den Schluss gezogen, meine Kenntnisse weiterhin zu vertiefen, mein Handeln weiterhin zu professionalisieren und durch diese Erkenntnisse in meinen Krisennotfallplan einfließen zu lassen.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

Internet

Lück, H. (2017). James, William. In M. A. Wirtz (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 13.07.2017, von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/james-william/>

Walper, S. (2017). Entwicklung, psychosozialer Ansatz nach Erikson. In M. A. Wirtz (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 13.07.2017, von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/entwicklung-psychosozialer-ansatz-nach-erikson/>

Notfallhandeln

Berline Krisendienst (O.D.). Menschen mit geistiger Behinderung. am abgerufen am 13.07.2017 von <https://www.berliner-krisendienst.de/wege-aus-der-krise/menschen-mit-geistiger-behinderung/>

Berufsverbände und Fachgesellschaften für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Italien (O.D.). Krise/Notfall. Akute psychische Krise. Abgerufen am 13.07.2017 von <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/krisennotfall/akute-psychische-krise/>

Deutsche Tele Medien GmbH, .wtv Leipziger Medien GmbH u.v.m. (o.D.). Notrufnummern – abgerufen am 13.07.17 von <https://www.dastelefonbuch.de/Notruf>

Schlieper-Damrich, Dr. Ralph (2014) abgerufen am 13.07.2017 von <http://www.krisenpraxis.de/tag/individuelles-krisenmanagement/>

Literatur

Aguilera, Donna C. (2000). Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Bern: Hans Huber

Bundschuh, Konrad (2005). Testtheoretische und methodische Fragen der Diagnostik. In: Stahl, Burkhard; Irblich, Dieter (Hrsg.). Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe (S. 30-48)

Escerla, Carlos (2004). Eine Krise, die viele Krisen entstehen lässt – Krisenintervention und geistige Behinderung. In: Müller, Wolf; Scheuermann, Ulrike (Hrsg.). Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart: Kohlhammer (S. 169-182)

Heijkoop, Jacques (1998). Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung (2.Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz

Heinrich, Johannes. (2007). Bestandsaufnahme: Aggression- Was ist das Problem? In: Heinrich, Johannes. Akute Krise Aggression. Aspekte sicheren Handelns bei Menschen mit geistiger Behinderung Marburg: Lebenshilfe (S.13-41)

Heim, Edgar (1993). Der Bewältigungsprozeß in Krise und Krisenintervention. In: Schnyder, Ulrich; Sauvant, Jean-Daniel (1993). Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Hans Huber (S.27-43)

Hennicke, Klaus; Buscher, Michael; Häßler, Frank; Roosen-Runge, Gotthard (2009). Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Empfehlung zu Diagnostik und Therapie. S1 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV)

Heppenheimer, Hans; Sperl, Ingo (2011). Emotionale Kompetenz und Trauer bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer

Holtz, Karl Ludwig (1994). Geistige Behinderung und Soziale Kompetenz. Analyse und Integration psychologischer Konstrukte. Heidelberg: Edition Schindele

Kittmann, Norbert; Grüter, Alois (2014). Bedeutung pädagogischer Arbeit. In: Schanze, Christian. Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und

Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und-pädagogen. (2.Aufl.). Stuttgart: Schattauer (369-375)

Kuhn, Eckhar W. (2002). Krisenkompetenz. Kreative Lösungen in der Psychotherapie Dortmund: Modernes Lernen Borgmann

Lingg, Albert; Theunissen, Georg (2013). Psychische Störungen und geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis (6.Aufl.). Freiburg: Lambertus

Markowetz, Reinhard (2006). Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Stigmatisierung und Integration – Behindertensoziologische Aspekte der These „Entstigmatisierung durch Integration!“. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg).Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer (S. 142-159)

Meyer, Hansjörg (2016). Musikbasierte Kommunikation. Für Menschen mit schwerer Behinderung. Das Konzept (2. Aufl.). Karlsruhe: Loeper Literaturverlag

Riemann, Gerhard (2004). Die Befremdung der eigenen Praxis. In: Hansas, Andreas (Hrsg.). Biographie und Soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (S.190-208)

Rupp, Manuel (2004). Was hilft den Krisenhelfer? -Notfall – und Krisenintervention auf dem Weg zu professionellen Standards. In: Müller, Wolf; Scheuermann, Ulrike (Hrsg.). Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart: Kohlhammer (S. 58-72)

Schanze, Christian(2014). Intelligenzminderung und psychische Störng – Grundlagen, Epidemiologie, Erklärungsansätze. In: Schanze, Christian. Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und-pädagogen. (2.Aufl.). Stuttgart: Schattauer (S.21-29)

Schnyder, Ulrich; Sauvant, Jean-Daniel (1993).Vorwort. In: Schnyder, Ulrich; Sauvant, Jean-Daniel (1993). Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Hans Huber (S.7-9)

Schwabe, Mathias (2001). „Tun Sie etwas-sofort!“ – Systemisch-konstruktivistische Perspektiven auf Krisen und Krisenintervention in der sozialen Arbeit. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg (2001). Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. Stuttgart: Kohlhammer (S. 116-140)

Seidel, Michael (2013). Geistige Behinderung- eine Einführung. In: Bienstein, Pia; Rojahn (Hrsg.) (2013). Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention. Göttingen: Hogrefe (S.11-29)

Speck, Otto (2016). Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. (12. Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt

Theunissen, Georg (2016). Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt

Theunissen, Georg (2006). Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg). Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer (S. 187-198)

Willam, James; William, Henry (2008). The Letters of William James. Two volumes combined. New York: Cosmio

Wüllenweber, Ernst (2001). Krisenintervention als Akutintervention. Deeskalation, physische Intervention, Notfallhandeln. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg. Handbuch Krisenintervention. Band 2. Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer (S. 11-27)

Wüllenweber, Ernst (2003). Krisen und Verhaltensauffälligkeiten. Einleitende Bemerkungen zu den Leitbegriffen. In: Theunissen, Georg. Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. Forschung, Praxis, Reflexion. Stuttgart: Kohlhammer (S.1-16)

Wüllenweber, Ernst (2009). Krisen und Behinderung. Entwicklung einer praxisbezogenen Theorie zum Verstehen von Krisen und eines Handlungskonzeptes für die Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung und bei Autismus (3.Aufl.). Hamburg: Elbewerkstätten

9 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Anzeichen von Krisen „Eigene Darstellung“ S. 18

Abb. 2 Krisenmodell nach Caplan S. 22 Schlieper-Damrich, Dr. Ralph

Abb. 3 Notfallintervention in psychosoziale Krisen; „Eigene Darstellung“

Abb. 4 Notfallhandeln S. 33

Abb. 5 „Eigene Darstellung“ Notfallintervention S.36

10 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Facharbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Holger Marzahn

15.07.2017, Potsdam