

Johannes Heinrich, Trier

**Vortrag**  
**Akute Krise Aggression**  
**Ein Behandlungsplan massiv aggressiven Verhaltens**

Wells, Österreich Sept. 2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Fallsupervisor oder inhouse-Fortbildner in verschiedenen Werkstätten, Wohnheimen, Schulen und Tagesstätten lerne ich im Jahr mehr als 35 Einrichtungen kennen und stehe dabei in Erfahrungsaustausch mit mehreren hundert Bezugspersonen von geistig behinderten, psychisch kranken oder autistischen Menschen.

Dies ist der Hintergrund meiner Ausführungen

Mein Vortrag lehnt sich an meine jüngste Veröffentlichung „ Akute Krise Aggression – Aspekte sicheren Handelns“ die ich im Lebenshilfe Verlag Marburg, 2005 herausgegeben habe und in der 15 Autoren die unterschiedlichen Aspekte in der Behandlung aggressiven Verhaltens geistig behinderter Menschen erläutern.

Im Rahmen dieser Behandlung stellen sich verschiedene Fragestellungen z.B. warum macht der das? Oder welche Strafe ist richtig? Oder wie können wir uns oder den zu Betreuenden schützen usw.“ So wichtig diese Fragen sind – sie reichen aber nicht aus für eine effektive Behandlung

Ich möchte daher verschiedene Aspekte kurz in einen therapeutischen Gesamtzusammenhang stellen und dann auf **nur einen interessanten Teilbereich eingehen, auf die Ursachenforschung.**

**Innerhalb dieses Teilbereiches möchte ich die sozialen Bedingungen, vor allem die Rolle des Betreuungspersonals als Mitursache aggressiven Verhaltens geistig behinderter Menschen beleuchten.**

**Intervention** bei aggressivem und anderem massiv schädigendem Verhalten, z.B. Beschädigen oder Zerstören von Sachen, - Bedrohen, Angreifen oder Verletzen von Personen und selbstverletzendes Verhalten - verstehen wir als geplantes Vorgehen,

a. das bereits im Vorfeld *Ursachen* von Krisen erkennen und ändern will ( Ursachenforschung und Prävention);

b. das in Spannungsabläufe eingreift und Erregung abbaut ( Spannungsanalyse und Deeskalation);

c. ein geplantes Vorgehen, das mittelfristig durch pädagogisch/therapeutische Methoden aufrechterhaltende oder verstärkende *Effekte* ändert ( Effektanalyse und Sanktion);

d. das zu aggressivem Verhalten *alternative Handlungsmöglichkeiten* aufbaut, und

e. das kurz- und mittelfristig institutionelle, personelle und beziehungsmäßige *Bedingungen* für adäquates Handeln schafft.

Auf die Frage, was ist Aggression eigentlich? möchte ich äusserst knapp antworten: Aggression ist ein beobachtbares Verhalten, das absichtlich zu einer Schädigung führt.

Absichtliche Schädigung – gibt es das bei autistischen und schwer geistig behinderten Menschen?

Wir erkennen hier schnell die definitorische Problematik.

Ich möchte aus bestimmten Gründen ( z.B. was die Hervorhebung des Schadens angeht ) beim Begriff Aggression in unserem Zusammenhang bleiben und ihn wie folgt als beobachtbares, massiv schädigendes Verhalten definieren, das eine Absicht haben kann.

Also: Behandlung von Aggressionen und anderen schädigenden Verhaltensweisen hat das Ziel,

- 1. das schädigende Verhalten abzubauen und / oder**
- 2. die Schädigung zu minimieren und**
- 3. eine Gesundung der Beziehungen** herzustellen,

Eine gesunde Beziehung bedeutet, dass die Bezugspersonen wieder handlungsfähig werden, Sicherheit und Souveränität zurückgewinnen, sich mit dem „Aggressor“ wieder wohl fühlen können; - damit sie den ihnen anvertrauten behinderten Menschen wieder Halt bieten, Zuneigung, Menschlichkeit und Verständnis entgegen bringen können.

Der im Folgenden dargestellte therapeutische Ansatz versucht, die **klientenzentrierte Einstellung** mit einer **systemischen Sichtweise und den lerntheoretischen** Grundlagen menschlichen Verhaltens zu verbinden. Letztere ergeben verhaltenstherapeutische Handlungsweisen die in einer Beziehung von Echtheit und Wertschätzung dem behinderten Menschen gegenüber angewandt werden.

Die **systemische Ausrichtung** sieht das sich weiter entwickelnde Individuum mit seinem Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln immer in einem sozialen System, mit dem es in Interaktionen steht.

Aggressive / schädigende Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen lassen sich – der Übersicht halber - diagnostisch in drei Typen klassifizieren (siehe auch DUTSCHMANN, 1999 ):

1. die „emotionale“ Aggressionen:

Hier stehen die **Ursachen** des aggressiven Verhaltens im Vordergrund. Emotionen ( Frustration, Ärger, Neid usw. ) erscheinen als Gefühl, das das Verhalten begleitet oder es initiiert. Die physiologische Erregung ist kontrollierbar., Handlungseffekte spielen eine untergeordnete Rolle.

Hier ist das diagnostische Vorgehen „Ursachenforschung“ und der Behandlungsschwerpunkt: **Prävention**

2. die „funktionale“ Aggressionen:

Das aggressive Verhalten erscheint um der **Effekte** wegen ausgeführt zu werden ( Vermeidung von Anforderungen, Zuwendung, Befriedi-

gung, Ruhe usw.). Die begleitenden Gefühle steuern das Verhalten gering, die Anspannung ist kontrollierbar.

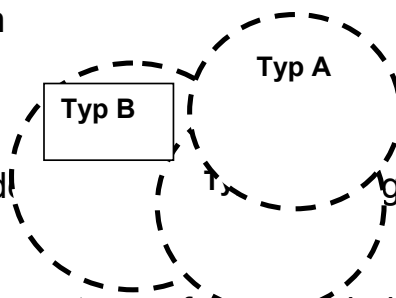
Diagnostisch ist eine **Effektanalyse** angezeigt; der Behandlungsschwerpunkt ist : **Sanktionen & Aufbau von Handlungskompetenz**

### 3. die „eruptiven“ Aggressionen

Bei impulsivem oder stetig steigendem **Erregungsaufbau** verliert das Individuum seine Selbstkontrolle: ungesteuerte, heftige Schädigungen SSV, Fremd- und Sachbeschädigungen sind die Folge. Die Ursachen allein können nicht die Dynamik dieser Entwicklung erklären - hier dreht sich schnell und massiv etwas hoch - Effekte spielen eine untergeordnete Rolle.

Diagnostischer Schwerpunkt hier: eine Spannungsanalyse, die die anderen Anwesenden im sozialen System ( z.B. Wohngruppe, Schulklasse usw.) berücksichtigt – Behandlungsmöglichkeit hierbei ist die **Deeskalation**

Die Typen sind in der Realität nicht immer eindeutig abgrenzbar, sie überschneiden sich.



Grundvoraussetzung für einen individuellen Therapie- bzw. Behandlungsplan ist – vor diesem Hintergrund - eine komplexe, differenzierte und detaillierte Informationssammlung und eine einheitliche Sicht- und Bewertungsweise aller am Veränderungsprozess beteiligter Mitarbeiter.

Grundlage einer effektiven Behandlung von aggressiven und anderen schädigenden Verhaltensweisen ist ein Plan:

Dieser Plan setzt sich aus verschiedenen gleichgewichtigen Modulen zusammen

Die DEFINITION & DOKUMENTATION:

Was genau ist das problematische Verhalten? Warum und mit welchen Verfahren kann es dokumentiert werden?

SCHADENSBILANZ: Wie schwer wiegen massive Aggressionen wirklich? Welche negativen Auswirkungen erlebt das soziale Umfeld und die Institution? Was ist der Preis dieser Schädigungen?

Auf diesen wichtigen Punkt möchte ich später noch einmal zurückkommen.

Gelöscht: ¶

URSACHENFORSCHUNG und PRÄVENTION :

Welche Ursachen, Auslöser oder Bedingungen könnten VOR dem aggressiven Problemverhalten eine Rolle gespielt haben?

Und: Wie können Ursachen von Aggressionen in Zukunft geändert werden?

**Den Aspekt „Ursachenforschung und Prävention“ wollen wir nachher vertiefen.**

SPANNUNGSANALYSE und DEESKALATION:

Was sind die frühen Symptome eines sich entwickelnden Spannungs- bzw. Erregungsverlaufes beim „Aggressor“ und innerhalb seines sozialen Systems? Welche inneren und äusseren Faktoren wirken spannungssteigernd ? Wenn z.B. ein Team für ein konkretes Individuum und für eine bestimmte Situation eine Spannungskurve zeichnet, ergibt sich damit automatisch eine Einigkeit der Sicht- und Bewertungsweise der unterschiedlichen Mitarbeiter. Darüber hinaus wird ein Spannungsverlauf entdeckt, der im Alltagsgeschehen schnell übersehen wird. Diese skizzierte Spannungsentwicklung vollzieht sich in Auf- und Abwärtsbewegungen und innerhalb vieler sozialer Interaktionen ( Bernd wird nervös, Elwira spricht ihn an, Peter ruft dazwischen usw. ) Aus einer derart konkreten Analyse lassen sich erfahrungsgemäß eine Fülle von Handlungsmöglichkeiten zur Deeskalation ableiten.

Welche konkreten Deeskalationsmethoden nutzt der Aggressor? Mit welchen Maßnahmen kann man innerhalb des Systems eingreifen, um Spannung des Aggr., des Betreuungspersonals und der anderen im System umzulenken, abzubauen oder zu stoppen.

Diesen wichtigen Baustein können wir hier jetzt nicht vertiefen...

#### ANALYSE DER EFFEKTE & DER LERNGESCHICHTE:

Häufig wird im Zusammenhang aggressiven Geschehens von negativen Konsequenzen gesprochen – kaum aber auf der Grundlage einer individuellen und konkreten Effektanalyse.

Eine Effektanalyse geht folgenden Fragen nach:

Was erlebt der „Aggressor“ – aus seiner Sicht – während und direkt NACH seinem problematischen Verhalten?

Wie bewertet er diese Effekte?

Welche Lernerfahrungen hat er in der Vergangenheit mit seinem aggressiven Verhalten gemacht?

Schon ganz früh werden Fehlverhaltensweisen durch Verstärkung gelernt „Auf mein Mich ins Gesicht schlagen kommt meine Mutter sofort und kümmert sich um mich...“ „Wenn ich etwas Unangenehmes tun soll, schreie ich ganz laut und lange. Ich werde dann in mein Zimmer geschickt, kann mich hinlegen und brauch nicht aufzuräumen.“ Usw. usw.

Also: wenn schädigendes Verhalten positive Effekte hat, wenn es sich lohnt...

Mit welchen pädagogischen Sanktionen können diese positiven Effekte verschwinden und/oder durch negative Konsequenzen überlagert werden?

Was kann man tun, damit sich Aggressionen nicht mehr lohnen?

Welche Bedingungen sind nötig, um negative Maßnahmen angemessen einsetzen zu können?

Aus Zeitgründen können wir dieses wichtige Thema hier nicht vertiefen

Auch nicht den weiteren Baustein:

**AUSBAU VON HANDLUNGSKOMPETENZ :**

Welche Funktion kann aggressives, bzw. schädigendes Verhalten haben?



Welche Verhaltensweisen könnten dieselbe Funktion übernehmen damit der „Aggressor“ gar keine Aggressionen mehr benötigt?

Über welche positiven Fähigkeiten und Eigenschaften verfügt der „Aggressor“ und wie kann man diese aus- bzw. aufbauen?

Nun ein anderes Kapitel:

Diese dargestellten päd. therapeutischen Diagnose und Veränderungsmöglichkeiten bewegen sich nicht im luftleeren Raum oder unter idealen Bedingungen –

Sehr oft sind gerade für die therapeutische Arbeit notwendigen Rahmenbedingungen schief – problematisch oder unzureichend – dies wird oft nicht berücksichtigt –

So dass meine therapeutische Fall-Supervision oft mit einer Klärung oder Veränderung der Rahmenbedingen einsetzt.

Wir sehr diese Bedingungen aggressives Verhalten ( mit) verursachen wird gleich Gegenstand unserer Betrachtung werden.

Ein wesentlicher Baustein therapeutischer Arbeit ist also die Berücksichtigung bzw. notwendigen Veränderung der INSTITUTIONELLEN RAHMENBEDINGUNGEN:

Was benötigt ein Mitarbeiter von seinen Teamkollegen, um massive Aggressionen abbauen zu können – und was benötigt er von seinem direkten Vorgesetzten und seiner Institution?

Ein weiterer Aspekt therapeutischen Handelns, der viel zu wenig und oft erst sehr spät in den Mittelpunkt rückt ist die Frage der **BEGRENZUNGEN**:

Wann sind persönliche und fachliche Grenzen des Mitarbeiters, Grenzen eines Teams oder einer Institution erreicht oder überschritten?

Wie können im Rahmen einer Interventionsplanung diese Situationen im Vorhinein mit bedacht, eingeplant und vorbereitet werden?

**SICHERHEIT UND SCHUTZ:**

Mit welchen organisatorischen, technischen und körperlichen Maßnahmen kann schnell und in menschenwürdiger Form objektive und emotionale Sicherheit (wieder) hergestellt werden?

z.B. wie kann ich jemanden sicher Führen oder Festhalten und welche Voraussetzungen sind dabei notwendig?

Ich darf in diesem Zusammenhang auf das Programm körperlicher Schutz- und Sicherheitstechniken ( PKS) hinweisen, das ich in über 20 Jahren entwickelt habe. Dieses PKS dauert 2 Tage und wird von erfahrenen Trainern durchgeführt. Es vermittelt sanfte d.h. schmerzfreie Methoden des körperlichen Eingreifens, die schnell zu erlernen und effektiv umzusetzen sind.

Zu guter letzt soll der Baustein **ENTLASTUNGSMÖGLICHKEITEN & KRAFTQUELLEN** benannt werden.:

Was benötigt das Betreuungspersonal DIREKT NACH einem intensiven Aggressionskonflikt? Wie kann das Personal mit den manchmal massiv traumatischen Erlebnissen fertig werden?

Aus den vorgestellten Bausteinen eines Behandlungsplanes, die alle zu berücksichtigen sind, wollen wir uns hier - aus Zeitgründen - nur auf **einen** Aspekt konzentrieren:

**Die Ursachen** aggr. Verhaltens geistig behinderter und autistischer Menschen in Wohnheim, Werkstatt, Schule oder Tagesstätte.

**Ein** Aspekt heißt nicht eine gesamte Lösung.

Nicht nur zur angemessenen Behandlung aggressiven Verhaltens ist die Erforschung von Ursachen selbstverständlich notwendig; darüber hinaus ändern Bezugspersonen ihre **Einstellung** zum „Aggressor“, wenn sie die Ursachen für dieses Verhalten kennen. „Je plausibler die Erklärungen für das Verhalten eines Menschen sind und je sinnhafter sie dem Aussenstehenden erscheinen, um so weniger wird er sich von dem konkreten Verhalten gestört fühlen“ meint SCHIRMER, 2004)

Menschen mit einer geistigen Behinderung und/oder Autismus sind oft schon seit Geburt erheblich eingeschränkt, sich und die dingliche und soziale Umwelt angemessen sinnlich zu erfahren, zu begreifen und zu erlernen. Sie erleben – verglichen mit ihrer Altersgruppe - mehr Einschränkungen, Fremdbestimmung, Angstzustände und zwangsläufig

mehr Ohnmachtserfahrungen. Darüber hinaus verfügen sie nur über ein eingeschränktes Handlungsrepertoire, vor allem zur Krisenbewältigung.

Die Fülle der Ursachen von Krisen, von Spannungen und Aggressionen erfordert für jeden Einzelfall eine genaue, konkrete und umfassende Diagnostik. Dazu möchte der folgende Katalog anregen. Hilfreich für die Ursachenforschung kann auch die Betrachtung von Situationen sein, in denen aggressive Verhaltensweisen *nicht* auftreten, um aus einem Vergleich diagnostische Schlüsse ziehen zu können.

Als Ursachen von Krisen bzw. „emotionalen Aggressionen“ werden vom Betreuungspersonal genannt:

Ich möchte hier nur einige wenige allgemeine Bedingungen nennen, die nicht unbekannt sind:

- zu stark einengende soziale Grenzen;
- (unklare) Anforderungen
- die Regeln des Alltages,
- inkonsequentes, rigides oder unterschiedliches Betreuerverhalten;
- Anforderungen oder Verbote im alltäglichen Umgang;
- Aggressionen oder Provokationen anderer Mitbewohner
- Lärm,
- eine gespannte Atmosphäre im System oder unter den Bezugspersonen;

- -Wechsel der Bezugssysteme (nach Schulende, Feierabend, Wochenenden oder Ferien in der Familie usw.

Gelöscht: .

**Individuelle** Bedingungen können beim Zustandekommen von emotionalen Aggressionen eine erhebliche Rolle spielen:

- körperliche oder psychische Anspannung, (freudige Erregung im Vorfeld von Festen und Feiern);
- zuwenig Schlaf,
- Unwohlsein, Schmerzen,
- Aussetzen von oder paradoxe Reaktionsweisen auf psychopharmakologische Medikation;  
körperliche und psychische Erkrankungen, erhöhte Anspannung und Reizbarkeit ( z.B. im Umfeld epileptischer Anfälle). WARNKE ( 2003 ) schätzt das Auftreten psychischer Erkrankungen/ Störungen bei Menschen mit leichter geistigen Behinderung auf 30%, bei Menschen mit schwerer geistigen Behinderung sogar auf 50%
- -psychische Verletzungen durch traumatische Erfahrungen; - (phasenweise auftretendes) psychotisches Empfinden und Erleben;
- Zwänge und rigides Beharren auf bestimmten Ritualen;
- Einengung der Wahrnehmung bei steigender Spannung ( Scheuklappeneffekt), wodurch Gefühle von Bedrohtheit, Hilflosigkeit, Angst, Panik entstehen kann – usw.

Offensichtlich eine der häufigsten Ursachen aggressiven Verhaltens wird im alltäglichen Umgang oft übersehen und stellt sich bei genauerer Betrachtung als äußerst vielschichtig dar:

## ÜBERFORDERUNGEN

Das kann eine Überforderung des Systems oder des Personals sein , die sich auf den Umgang mit dem behinderten Menschen auswirkt und letztendlich aggressives Verhalten mit bedingt: z.B. Uneindeutigkeit der Ziele im Umgang mit behinderten Menschen ( Arbeitsproduktivität und Leistung gegen individuelle Unterstützung und Zeit für Kontakte, unklar definierte Förder- oder Arbeitsziele ) ; Unklarheiten innerhalb der Hierarchie ( wer ist verantwortlich für eine Behandlung von aggr. Verhalten? Sind die Aggressionen eines Schülers ein persönliches Problem der Lehrerin oder ein fachlicher Arbeitsauftrag für die gesamte Institution, einschließlich Leitung?)

Betrachten wir nun den geistig behinderten Menschen selbst, mit seinen –vom Umfeld oft unberücksichtigten Begrenzungen:

- a. Überforderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und der kognitiven Strukturen ; Zusammenhänge zu erkennen, komplexe Situationen oder schnelle Abläufe zu ordnen;
- b. Reizarmut oder Reizüberflutung;

Formatiert

Formatiert

c. erhöhte Reizempfindlichkeit z.B. auf Geruchs- Geschmacks , akustische , optische usw. Reize ( z.B. gefärbte Haare der Betreuerin)

d. Einschränkungen der aktiven und passiven Kommunikation;

e. Verständnisschwierigkeiten - gerade in Krisenzeiten - weil Betreuer sich unklar, umständlich oder zu umfangreich ausdrückt.

f. Fehlinterpretationen und Mißverständnis sozialer Signale.

g. Überforderung bei eingeschränktem Handlungsrepertoire: Krisenbewältigungsmöglichkeiten oder Deeskalationsmöglichkeiten fehlen oder werden vom Personal unterbunden ( Herr Meyer, ein autistischer Mitarbeiter einer Werkstatt wird zunehmend unruhig und läuft heraus – der Gruppenleiter wertet das als Arbeitsverweigerung oder – noch schlimmer – als Degradierung seiner Autorität – und holt Herrn Meyer gegen dessen Willen zurück. Es entsteht zwangsläufig Kampf!

h. eingeschränkte Flexibilität, sich auf neue Situationen oder Veränderungen des Gewohnten einstellen zu können;

- I. Der Umgang mit der Zeit
    - Geschehnisse, die schon Wochen oder Monate vorbei sind, können als gegenwärtig erlebt werden.
- die Beispiele ließen sich noch weiterführen..

Hier und im folgenden finden wir fast die ganze Reihe der Besonderheiten von Menschen mit geistiger Behinderung...

Macht geistige Behinderung nun aggressiv?

Ist die Behinderung die Ursache von Aggression?

Ja!

Genauso, wie Blindheit die Ursache ist, dass die so Behinderten immer wieder die Treppe herunterfallen, von Autos angefahren werden, sich im Wohnheim an Tischen und Stühlen wund stoßen und das kostbare Porzellan zerdeppern.

Genauso wie Körperbehinderung Ursache ist, dass körperbehinderte Menschen im Rollstuhl immer wieder die Treppen herunterstürzen..

Unangenehme Beispiele....

Darf man so unmenschlich denken?

Oder ist es nicht selbstverständlich, dass der Blinde im Alltag Hilfe benötigt – und erst wenn **diese** fehlt, Schaden entsteht. Ist es mittlerweile nicht selbstverständlich, daß Straßen und öffentliche Gebäude deshalb „Behindertengerecht“ ausgestattet werden, damit eben Rollstuhlfahrer nicht Schaden nehmen.

Ebenso sehe ich die geistige Behinderung oder eine autistische Symptomatik als Aggressionsursache: wenn Menschen mit geistiger



Behinderung oder Autismus bei uns genauso selbstverständlich Verständnis, Rücksichtnahme, technische, organisatorische, personelle Hilfe und Begleitung usw. erföhre, wenn es „Autismus- bzw. mehr geistigbehindertengerechtere Ausstattungen“ in Wohnheimen, Werkstätten usw. gäbe, vor allem personale Ausstattungen, wären viele – nicht alle – Aggressionen verhindert.

Da sind wir schon beim nächsten Ursachenpaket:

die soziale Überforderung

Formatiert

z.B. durch die Anzahl, die Geräusche und Bewegungen der ( ständig ) Anwesenden vor allem bei Stresssituationen wie Mittagessen, Busfahrten usw.:

Überforderung durch organisatorische Bedingungen: fehlende Strukturen in alltäglichen Abläufen oder sozialen Ereignissen ( z.B. Hektik auf dem Pausenhof, Gedränge beim Werkstatttor, im Umkleide- oder Toilettenraum );

Formatiert

Zeitdruck ( in der Wohngruppe kurz vor Beginn der Schule, zuhause bevor morgens der Werkstattbus kommt);

Verspätungen, Absetzen angekündigter Ereignisse ( wegen Personal-mangel); fehlende Arbeit und fehlende Ersatzbeschäftigung in der Werkstatt, zu kleine Klassenräume, fehlende Einzelzimmer oder Rückzugsmöglichkeiten.

*Überforderung der physischen und psychischen Kraft, bzw. Befindlichkeit:* Krankheiten, Unwohlsein oder „ein schlechter Tag“ wird vom Personal nicht erkannt - statt Rücksichtnahme erfährt der behinderte Mensch zusätzlichen Druck; vorzeitige Abnahme von Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, Alterungsprozesse usw. die nicht erkannt werden oder denen – aus falsch verstandenem Engagement – „entgegengefördert“ wird.( „Wir wollen, dass er seine Selbständigkeit solange wie möglich behält und deshalb helfen wir ihm nicht beim Ankleiden. Der kann das allein!!“);

Reglements, die die Individualität nicht berücksichtigen ( ein hyperaktiver Junge oder junger Mann muß in der engen Schulklasse oder in der Arbeitsgruppe der Werkstatt lange Zeiten still sitzen...)

*Überforderung des behinderten Menschen mit psychischer Erkrankung oder Störung* durch Fehlinterpretation seines Verhaltens ( Krankheitssymptome werden z.B. als Provokationen gewertet und „behandelt“), durch fehlende Rücksichtnahme, Hilfestellung oder sogar Verweigerung medizinischer Versorgung und Behandlung.

Ein Beispiel:

### **Überforderung durch den Anspruch von unserer Normalität**

:

Herr M. ein geistig behinderter junger Mann mit Autismus sieht in seiner Werkstatt am 11. 11. 04 die Ankündigung einer Martinsfeier , vom selben Tag, ausgehängt im Speisesaal. Er wendet sich an die Sekretärin und fragt, ob er das Papier bekommen dürfe, wegen der vier Ein-

ser. Die Sekretärin erlaubt ihm, sich den Aushang am Feierabend um 16.30 abzunehmen.

Als die Küche um 15.30 schließt, entfernt die Küchenchefin auch das Plakat im Speiseraum, zerreißt es und wirft es in den Papierkorb. Der junge Mann sieht das: „Du hast mir weh getan“ ruft er in hochschreiender Erregung. „Das darfst Du nicht!“

Er solle sich nicht so anstellen, der Aushang sei nutzlos und schließlich sei sie für den Speiseraum zuständig, antwortet sie zunehmend ärgerlich, und da könne sie schon über ihre Arbeit selbst entscheiden. Nur durch den Einsatz ihrer Kollegen, deren beruhigender Zusprache und einem Fetzen des Plakates konnte sich der junge Mann schließlich beruhigen – und hatte Tage später diese Ungerechtigkeit noch nicht verarbeitet.

Sich nicht einfühlen können, sich nicht vorstellen können, daß dieser Bruch einer Zusage mit Vernichtung des für ihn so wichtigen Papieres für den jungen Mann vielleicht dieselbe Enttäuschung darstellt, als wenn unsereins nach Hause kommt und feststellen muß, daß der Partner/die Partnerin den gelben Schein mit den vielen Kästchen weggeworfen hat, auf dem man 6 zahlen angekreuzt hat. Spätestens samstags abends vor der Tagesschau, wenn genau diese Zahlen genannt werden, ereignet sich für uns ein ähnlicher Weltuntergang, ein Zusammenbruch, wie ihn der junge Mann bei der Vernichtung seiner Zahlen erleben mußte.

Wie dieses Beispiel illustriert: Aggressionsursache ist manchmal fehlendes Verständnis, nicht im kommunikativen Sinne, sondern als WERTschätzung („Ich schätze und respektiere die Werte und Wichtigkeiten, die der behinderte Mensch hat...“)

c. Überforderung der Selbststeuerung und der emotionalen Stabilität:

Gelöscht:

Formatiert

durch zuviel soziale oder emotionale Anreize ( z.B. bei der Ankündigung, Vorbereitung oder Durchführung eines Festes, bei Ausflug und Feiern)

starke Beeinträchtigung, sich bei erhöhtem Erregungsniveau angemessen „bremsen“ zu können;

überfordert werden durch zuviel Wahl- oder Auswahlmöglichkeiten ( z.B., bei eigener Einteilung des Taschengeldes, bei den Mahlzeiten durch zuviel Nähe zum begehrten Objekt)

oder der eingeschränkten Fähigkeit, abwarten zu können;

Überforderung der Selbststeuerung auch durch mangelnde Kontrolle intensiver Handlungsimpulse;

Erlauben Sie mir, an dieser Stelle, Überforderung der Selbststeuerung und emotionalen Stabilität noch ein Weilchen zu bleiben:

Emotionale Instabilität und Verlust der Selbststeuerung ausgelöst u.a. durch das soziale Umfeld , bzw. das Betreuungspersonal

## Rollenspiele

### **2. Veränderung der gewohnten Sicherheit und Halt bietenden Beziehungen**

„Es ging doch lange Zeit gut, wieso hat sich das Verhalten so verschlechtert?“ Höre ich oft Eltern fragen.

Meine Vermutung möchte ich wieder bildlich darstellen.

Umfeld wird schwächer, Aggr. Wächst größer, sein Handlungsrepertoire aber nicht, bleibt auf frühkindlichem Niveau:

( Mutter groß – Kind klein; Mutter klein – Kind groß )

Jetzt einige weitere Vermutungen zum Verlust von Stabilität und Steuerungsvermögen, eine davon möchte ich

#### **physikalische Notwendigkeit nennen**

Es fallen immer wieder Aggressionen, Provokationen und andere schädigende Verhaltenweisen auf, die scheinbar grundlos – aber nicht als Zwang - immer wieder kehren, die selbst bei zunehmenden Stoppsignalen oder zunehmender „Konsequenz“ hartnäckig fortgeführt werden - und die vom Personal als besonders unangenehm, störend oder abwertend erlebt werden.

Als Motiv ist nicht Hinterlist oder Gemeinheit anzunehmen – diese moralischen, sozialen oder emotionalen Wertungen kann der behinderte, bzw. autistische Mensch womöglich gar nicht anstellen. Ich möchte dieses Phänomen als „Sicherheit ausloten – Grenzen testen“ benennen. und hinter diesen hartnäckigen Provokationen eine „physikalische Notwendigkeit“ als Motiv annehmen.

Ein Beispiel zur Erklärung: Ein See ruht.

Im Fluß bewegt sich das Wasser. Nimmt nach starkem Regen das Wasser im Fluß zu, wird es vom Deich gehalten, begrenzt und geführt. Hat aber der Deich kleine Risse, dringt Wasser ein und spült mehr und mehr Material aus – bis der Riß größer und größer wird und der Deich schließlich bricht.

das Wasser verteilt sich über das ganze Land..

Niemand käme auf die Idee, zu fragen: warum macht das Wasser das? Oder: warum hört es nicht auf, es hat doch schon genug überschwemmt..?

Niemand wird nach den Ursachen und Motiven des Wassers fragen, das diesen Schaden verursacht.

Deutlicher stellt sich die Frage doch nach der BESCHAFFENHEIT DES DEICHES.

Hat ein Deich noch so kleine Risse, verursachen diese seine Unterspülung: das Wasser **muss** eindringen !!!

Übersetzt auf die Situation in Wohnheim und Werkstatt heißt das:

Ist in einer sozialen Situation , z.B. innerhalb einer Anforderung, das Personal unsicher, nervös, unklar, hektisch usw. , strahlt das Personal nicht Souveränität und umfassende Sicherheit aus – MUSS ( meiner Ansicht nach ) das Gegenüber , vor allem der Mensch mit geistiger Behinderung oder autistischer Symptomatik, geradezu anspringen, weiterzusuchen, zu bohren, zu provozieren usw. und das manchmal mit lächelnder, unsicherer oder verzagter Mimik.

Das unsichere Personal eine Ursache für massive Aggressionen?

Häufig „JA“ ist meine Vermutung, vor allem in Konfliktzeiten – aber auch darüber hinaus:

Auch hier möchte ich eine Darstellung wählen, um zu verdeutlichen, was ich vermute

Rollenspiel:

Schauen wir uns eine Frau Meyer auf dem Weg zur Frühschicht! ( 5 personen) an. Sie hat eine Gruppe mit 10 Bewohnern zu betreuen, manchmal hilft ihr ein Ziwi.

In der Gruppe wohnt neben zwei oder drei anderen „Problemfällen“ ein autistischer junger Mann, nennen wir ihn Franz mit gelegentlichen heftigen Selbstverletzungen, Sach- und Fremdaggressionen.

So hat er schon mehrere Scheiben zertrümmert, sich selbst blutig gebissen und zweimal – als er ausser sich war - Frau Meyer geschlagen heftig zur Seite gestoßen und sogar an den Haaren auf den Boden gezogen.

Frau Meyer steigt gegen 6.20 aus ihrem Auto – und lassen wir uns mal in ihren Kopf schauen, was sie so denkt – auf dem Weg zur Wohngruppe

1. Der Zivi hat sich gestern für längere Zeit krank gemeldet, hoffentlich schaff ich das heute allein.
2. Niemand hat mir gesagt, was ich tun soll und darf, wenn Franz wieder ausrastet – oder wie ich das verhindern kann.
3. Als ich beim letzten Vorfall den Chef angerufen habe – ich hatte geweint – hat er mir gesagt, dass der Franz das nicht so meint, ich solle das nicht persönlich nehmen....
4. Wenn ich in der Teamsitzung darüber sprechen möchte, sagt mir mein Kollege Müller: bei mir macht der das nicht.
5. Die Eltern von Franz haben sich beim Geschäftsführer beschwert, als ich mal meine Beherrschung verloren habe und Franz angebrüllt habe. Ich als ausgebildete Erzieherin hätte noch nicht die richtige professionelle Einstellung für die Arbeit mit Autisten...



Psychisch klein. Souveränität und Handlungsfähigkeit erheblich zusammengeschrumpft.

Wer hat im nächsten Konflikt verloren?

Wie soll Fr. M. Sicherheit, Klarheit, Festigkeit ausstrahlen..

Was ihr auf den Schultern ruht, hat mit dem Aggressor gar nichts zu tun.. es sind die Rahmenbedingungen... die man ändern muß

Auch das gehört meiner Ansicht nach zur Therapie massiver Aggressionen –

Zum Abschluß der Ursachenforschung:

Von Person zu Person, von Situation zu Situation fließen meist mehrere unterschiedliche Bedingungen und Ursachen zusammen, bis dann nur noch ein Tropfen genügt (z.B. eine Anforderung) - und das „Faß läuft über“. Nicht nach dem letzten und oft nicht zu ändernden Auslöser ist daher zu suchen, entscheidend sind die oft verborgenen und stetig das „Ursachenfaß“ füllenden Bedingungen.

**PRÄVENTION - ÄNDERUNG AGGRESSIONSAUSLÖSENDER BEDINGUNGEN :**

Schon eine genaue Analyse der Bedingungen oder auch eine differenzierte Betrachtung der Schädigungen kann viele konkrete Ansatzpunkte zu Änderungen liefern.

In der Realität erweist sich leider nicht jede erkennbare ursächliche Bedingung als änderbar. Oft kann es schon ein Fortschritt sein, die *Schnelligkeit* einer Krisenentwicklung zu beeinflussen, um Spannung umzulenken oder schon auf niedrigem Niveau abzubauen.

BetreuerInnen sollten den Menschen mit Behinderung in seiner individuellen Eigenart und seiner Entwicklung verstehen und ihn auf seiner individuellen Entwicklungsebene auf der sozialen, emotionalen und intellektuellen Ebene erreichen, um mit Fähigkeiten und Begrenzungen adäquat umgehen zu können.

Weitere Änderungsvorschläge, die sich aus einer differenzierten Ursachenanalyse ergeben:

Erkennen und Behandeln verschiedener organischer oder psychischer Erkrankungen z.B. psychiatrischer Symptome durch Einsatz psychiatrischer Medikation mit u.a. beruhigender, Angstnehmender, stabilisierender, Reiz abschirmender, antipsychotischer, stimmungsaufhellender und sozial auf schliessender Wirkung

- Schlafregulierung; -
- Nutzung spezieller Förder- und Therapieangebote (z.B: Autismus-Therapie-Instituten, Frühförderzentren oder Beratungsstellen, Gruppen- oder Einzelpsychotherapie, Selbsthilfe- oder Angehörigengruppen, Spiel- und Sportgruppen usw.).usw.

Konzentrieren wir uns im folgenden auf Veränderungsmöglichkeiten bei den verschiedensten **Überforderungen**:

die zeitlichen, dinglichen und sozialen Abläufe so strukturieren, daß sie für den behinderten Menschen überschaubar und einschätzbar werden;

- Arbeits-, Spiel- und Förderangebote entsprechend der aktuellen Fähigkeiten begrenzen, individuell abstimmen, durch Tages-oder Wochenpläne (u.a. mit Bildern, Symbolen, Pictogrammen) darstellen und ordnen.
- Hier möchte ich vor allem das TEACCH-Programm erwähnen , das nicht nur bei autistischen Menschen, auch bei geistig behinderten Menschen eine hervorragende Strukturierung anbietet.
- Veränderungen mehrmals ankündigen und vorbereiten Vereinheitlichen und Verdeutlichen von (wenigen aber klaren) Anforderungen; - Einhalten von Regeln und Absprachen; - Abstimmung verschiedener Betreuer oder Systeme bezüglich Förderziele und Methoden; - Aufgabenstellung in kleine Schritte aufteilen, Begleitung anbieten und Positives in Aussicht stellen usw.
- Die oft zu großen „Zwangsgemeinschaften“ in Werkstattgruppen durch Zwischenwände, Sichtblenden und individuell ausgestattete Einzelarbeitsplätze aufzuteilen und kleine Gruppen zu bilden, hat sich oft bewährt.

Manche Krisensituationen, z.B. Mahlzeiten, lassen sich durch verschiedene, oft kleine organisatorische Möglichkeiten entzerren: Hier treffen intensive Wünsche und Bedürfnisse auf viele Regeln, das angenehme Reizmaterial ist „zum Greifen“ nah, die Gemeinschaft sitzt am engsten beieinander, die Atmosphäre ist oft freudig angespannt und die Betreuer haben hier die meiste Arbeit, stehen nicht selten unter Zeitdruck...

Änderungsmöglichkeiten können sein: Schaffung einer gemütlichen, entspannten Essensatmosphäre durch entsprechendes Ambiente (Tischdecken, Blumen usw.); - Flexibilität oder Staffelung der Essenszeiten; - unterschiedliche Pausenzeiten; - Möglichkeiten, das Essen individuell zu beenden; - Individualisierung von Eßplatz und Eßgeschirr, Gewöhnung an bestimmten Sitzplatz; -- Aufteilung in mehrere kleine Tischgemeinschaften; - räumliche Trennungen, z.B. durch Eßmöglichkeit von der Wohngruppe abgewandt, im eigenen Zimmer oder im Nebenraum; -

Portionierung in mehrere kleine Mahlzeiten anstatt einer großen Mahlzeit; -

Vermeidung von Überreizung (Angebote überschaubar darstellen) und Störungen (Telefon und Besucher);

Wahlmöglichkeit und Wahlfreiheit anbieten oder wenn nötig einschränken; usw.

Sinn und Notwendigkeit von Regeln und Grenzen kann gegebenenfalls mit dem zu Betreuenden besprochen werden - damit Regelungen und pädagogische Maßnahmen verstehbar werden, nachvollziehbar und gerecht ( für alle gültig ) erscheinen, und **vor einer Krise** bekannt sind.

Innerhalb einer Krise kann daran erinnert werden.

BetreuerInnen müssen sich sicher fühlen können ; sie sollten Sicherheit und Souveränität ausstrahlen und Vertrauen vermitteln.

Ihr Verhalten und ihre Motive sollten überschaubar sein,  
Sie sollten klar sein, (ein wenig) Zeit haben und auch mal fünf gerade sein lassen.

In Krisenzeiten sollten BetreuerInnen als verständnisvolle BegleiterInnen erscheinen; - gegebenenfalls aber auch als *positive Autorität*, die - in annehmender und helfender Beziehung zum „Aggressor“ – eindeutig die Regie übernimmt, Sicherheit vermittelt, problematische Entwicklungen stoppt, den nötigen emotionalen ( und wenn nötig auch körperlichen ) Halt gibt, die Situation lenkt und leitet – und nach Beendigung der Krise zum gewohnten Alltag wieder zurückkehren kann.

Beispiel: Ein junger Mann, der heftige Aggressionen zeigen konnte, schilderte, wie er seine Betreuerin, die er sehr gern hat, in diesen Krisenzeiten erlebt: „Sie hat eine strenge Güte im Kopf.“

## **Kommunikation,**

gerade in Krisensituationen, sollte Kommunikation **klar** ( eindeutig & verständlich), **rar** ( ohne Umschweife und redundante Nebensätze) und **wahr** ( zuverlässig und wahrhaftig) sein. Der behinderte Mensch sollte angeschaut, **persönlich** (namentlich) angesprochen, wenn möglich in „seiner Kommunikationsform“ langsam, relativ leise und in entspannter Stimmung angesprochen werden. Dabei kann es hilfreich sein, die gesprochenen Worte zu **visualisieren** und nonverbal zu unterstützen ( Hinzeigen, Zeigen von Bildern und benannten Gegenständen).

Günstig sind kleine Gesprächspausen und das Reduzieren von ablenkenden Reizen (Hintergrundgeräusche, Hektik, anwesende Personen).

Es ist weiterhin darauf zu achten, dass die Informationsmenge begrenzt bleibt.

Hilfreich für beide Kommunikationspartner ist eine **Vergewisserung** des (Nicht-) Verstandenen: z.B. kann der Betreuer durch freundliches Nachfragen abklären, ob der Gesprächsinhalt kognitiv verstanden wurde.

Zum Abschluß:

Neben diesen erörterten Bausteinen zur Behandlung aggressiver Verhaltensweisen sollten sich Bezugspersonen auch der anderen Bausteine dieses komplexen Behandlungsplanes bewusst sein:

Sie sollten die Effekte aggr. Verhaltens kennen und angemessen damit umgehen.

Sie sollten die Funktion probl. Verhaltens erkennen und Alternativen zu Aggression anbieten und fördern.

Sie sollten sich der eskalierenden Faktoren bewusst sein und frühzeitige Deeskalationsmaßnahmen ergreifen können,

sie sollten durch technische und organisatorische Maßnahmen geschützt sein und zur Not angemessene körperliche Techniken menschenwürdig einsetzen können

Sie sollten sich ihrer Grenzen bewußt sein und wissen, wann sie erreicht sind – und was dann – gut vorbereitet zu geschehen hat.

Betreuungspersonal benötigt auch institutioneller Hilfen:

Sie benötigen Verständnis ( auch für Fehler ) , Unterstützung, Leitung und manchmal auch Kontrolle - durch ihre Vorgesetzten,

eine tragende Beziehung im Team,

eindeutige Behandlungspläne und die Gewissheit, dass sich jeder daran hält,

rechtliche, bzw, institutionelle Absicherung,

Ausreichend Personal gerade in Krisenzeiten

Zeit für Reflexion und Planung, damit sie die vielen Änderungsmöglichkeiten aggr. Verhaltens erkennen und nutzen können

Fürsorge und Hilfe nach traumatischen Erfahrungen

und schließlich Kraftquellen für ihre weitere Arbeit, damit sie auch nach Jahren noch dem geistig behinderten Menschen mit schädigenden Verhaltensweisen engagiert, sicher, souverän und verständnisvoll begegnen können.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit