

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Menschen mit geistiger Behinderung in psychosozialen Krisen

Grenzen und Möglichkeiten
der Krisenintervention und –bewältigung

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 30. August 2013

Vorgelegt von: Anne Sippel

Matrikel-Nr.: 1988636

Adresse:



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Dieter Röh

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Krisen bringen eine Bewegung in den Alltag,
deren Ausgang offen ist.

(Zitat von Mennemann 2013, 577)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Theoretische Grundlagen	9
2.1	Geistige Behinderung	9
2.2	Psychosoziale Krise	12
2.2.1	Allgemeines	12
2.2.2	Abgrenzung des Krisenbegriffs.....	15
2.2.2.1	Sozialer Konflikt	15
2.2.2.2	Soziales Problem.....	15
2.2.2.3	Psychische Störung	16
2.2.2.4	Verhaltensauffälligkeit.....	17
2.3	(Krisen-) Intervention	17
2.3.1	Allgemeines	17
2.3.2	Abgrenzung des Interventionsbegriffs	19
2.3.2.1	Soziale Unterstützung.....	19
2.3.2.2	Krisenbegleitung.....	19
3	Krisenverlauf, Prävalenz und Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	19
3.1	Entstehung und Ursachen	21
3.2	Krisenverlauf.....	23
3.3	Prävalenz	25
3.4	Diagnostik.....	26
4	Krisenbewältigung von Menschen mit geistiger Behinderung	27
4.1	Bewältigungsstrategien nach Wüllenweber.....	27
4.2	Konfliktbewältigungsstrategien nach Escalera.....	28
4.2.1	Physiologische und sprachliche Konfliktbewältigung	29
4.2.1.1	Körperliche Konfliktlösungsstrategie.....	29

4.2.1.2	Sprachlich einseitige Konfliktlösungsstrategie	29
4.2.1.3	Sprachlich kooperative Konfliktlösungsstrategie	30
4.2.2	Zeitliches Erleben	30
4.2.3	Gewalt	31
5	Behindertenpädagogische Krisenintervention nach Wüllenweber	31
5.1	Grundlagen	32
5.2	Ziele von Krisenintervention	33
5.3	Ebenen von Krisenintervention (Krisenintervention als Versorgungssystem)	34
5.4	Maßnahmen und Möglichkeiten der Krisenintervention (Krisenintervention als Handlungsansatz)	38
5.4.1	Symptombezogene Maßnahmen	38
5.4.2	Lebensweltbezogene Maßnahmen	41
5.4.3	Ursachenbezogene Maßnahmen	43
5.4.4	Bedürfnisbezogene Maßnahmen	44
5.4.5	Akutintervention	46
5.4.6	Dimensionen von Aggressivität	48
5.4.7	Eskalation	50
5.5	Möglichkeiten und Grenzen	54
5.5.1	... der Krisenintervention	54
5.5.2	... der Professionellen	54
5.5.3	Wichtige Fähigkeiten der Helfer/innen	57
6	Schlussbetrachtung	58
7	Literaturverzeichnis	61
8	Internetressourcen	64
9	Abbildungsverzeichnis	66
10	Eidesstattliche Erklärung	67

1 Einleitung

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Krisenintervention“ begann vor allem nach der Psychiatrie-Enquête von 1975 und der darauf folgenden Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung, die sich zu dem Zeitpunkt noch immer in großer Anzahl in den Landeskrankenhäusern oder großen Anstalten in West- und Ostdeutschland aufhielten¹. Durch die Enthospitalisierung stellte sich die Frage der Krisenbewältigung im Rahmen professioneller Sozialer Arbeit völlig neu bzw. war von größerer Bedeutung und es wurde notwendig, mit der Erarbeitung erster Konzepte zur Krisenbegleitung, -intervention und -bewältigung zu beginnen. Zentral war in den Diskussionen aber auch die Frage nach langfristiger gesellschaftlicher Teilhabe für Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Busch 2001, 315).

Bis dahin gab es unterschiedliche Kriseninterventionsansätze aus der klinischen Psychiatrie. Diese wurden jedoch nur begrenzt außerhalb der Kliniken durch Berufsgruppen wie etwa Sozialpädagogen/innen oder Heilpädagogen/innen angewendet. Wüllenweber sieht dafür die schlechte Zusammenarbeit zwischen den sozialen Berufen und der medizinisch-pflegerisch ausgerichteten Psychiatrie als ursächlich an. Konkret spricht er von „gegenseitiger Unkenntnis, mangelndem Kontakt und [...] fehlender Wertschätzung“ (Wüllenweber 1999, 133). In der Vergangenheit (bis in die 1980/90er Jahre) bestand eine enge Verknüpfung von Psychiatrie und geistiger Behinderung, welche auch in Ermangelung von behindertenpädagogischen Konzepten zur Krisenintervention lange reproduziert wurde² (vgl. Wüllenweber 2009, 102).

Für Menschen mit geistiger Behinderung ergeben sich vier Aspekte psychiatrischer Krisenintervention, die Anwendung im Umgang mit Menschen mit

¹ An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Entwicklung in der DDR verzögert und mit wenig politischem Interesse an einer Veränderung der Lebenslage von Menschen mit geistiger Behinderung verlief.

² „Krisen und Krisenintervention haben in der Geistigbehindertenpädagogik also einen engen Zusammenhang zur historisch problematischen Verbindung von Psychiatrie und geistiger Behinderung“ (Wüllenweber 2009, 102). Henicke (1987 nach Wüllenweber 2009, 102) betont, dass die Problematik, die einem in einer Einrichtung nicht mehr tragbaren Verhalten eines Menschen mit geistiger Behinderung zugrunde liegt, durch eine Einweisung in die Psychiatrie umdefiniert und somit zu einem Problem im medizinisch-biologischen Bereich gemacht wird, welches sich rein auf das Individuum bezieht.

geistiger Behinderung finden: erstens die Diagnostik zum Ausschluss bzw. zur Erkennung somatischer/psychischer Störungen³, zweitens die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka als Ergänzung zur Krisenintervention, drittens eine stationäre Behandlung in der Psychiatrie, die möglichst vermieden werden soll und auch nur bei diagnostizierten psychiatrischen Störungen indiziert ist, aber tatsächlich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung in Krisen angewendet wird und im Einzelfall eine Beruhigung erreichen kann⁴ sowie viertens die Beratung von Professionellen⁵ (z.B. Sozialpädagogen/innen) durch Psychiater (vgl. Wüllenweber 1999, 133f.). Es zeigt sich, dass aus heutiger Sicht eine solche Krisenintervention kaum mehr als ausreichend einzuschätzen sein kann, sodass für andere Professionen wie etwa Sozialarbeiter/innen, die unmittelbar in Krisengeschehen von Menschen mit geistiger Behinderung involviert sind, eigene Ansätze zum Umgang mit Krisen/Eskalation und der Verhütung von stationären Klinikaufenthalten, unentbehrlich sind.

Die Thematik der Arbeit ist also in der Praxis Sozialer Arbeit sehr relevant. Sowohl in Wohneinrichtungen als auch anderen Bezügen sehen sich unterschiedliche Berufsgruppen mit großen Problemen konfrontiert, wenn Menschen mit geistiger Behinderung sich in einer psychosozialen Krise befinden. Obwohl die Prinzipien, denen die Krisenintervention für diesen Personenkreis folgt, nicht grundlegend abweichen von „normaler“ Krisenintervention, schrecken viele Professionelle davor zurück und sind durch Aspekte wie etwa eine mangelnde oder fehlende verbale Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen in ihrem professionellen Umgang gehemmt (vgl. Escalera 2010, 193). Um auf solche und andere Spezifika in der Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung einzugehen, haben u.a. Escalera und Wüllenweber spezialisierte Beiträge vorgelegt.

³ Die Begriffe „psychische Störung“ und „psychische Erkrankung“ werden in den folgenden Ausführungen synonym verwendet.

⁴ Wüllenweber schreibt dazu: „Solche derzeit anscheinend noch unumgänglichen stationären Aufnahmen zur akuten Krisenintervention, [sic!] reflektieren das bestehende Defizit an behindertenpädagogischen Maßnahmen zur Krisenintervention“ (Wüllenweber 1999, 134).

⁵ In der vorliegenden Arbeit wird sowohl von Professionellen als auch von Helfenden/Helfern/innen gesprochen. Diese Bezeichnungen sollen auf ausgebildete Fachkräfte hinweisen. Andernfalls werden Bezeichnungen wie z.B. Angehörige verwendet.

Die vorliegende Arbeit möchte eine Einführung und einen Überblick zu psychosozialen Krisen von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und den Interventionsmöglichkeiten in diesem Rahmen geben. Dazu werden zunächst die theoretischen Grundlagen zu den Kernbegriffen „geistige Behinderung“, „psychosoziale Krise“ und „Intervention“ vorgestellt, bevor auf die Krisenbewältigung von Menschen mit geistiger Behinderung und die Maßnahmen zur Krisenintervention eingegangen wird.

Die Hauptgrundlage bilden die behindertenpädagogische Krisenintervention nach Wüllenweber und die Beiträge von Escalera, da diese sich in der Literatur mit Krisenintervention für Menschen mit geistiger Behinderung umfassend auseinander gesetzt haben. Es gibt teilweise Überschneidungen in den Interventionsansätzen, dennoch ist meiner Auffassung nach die Kombination beider einer Auseinandersetzung mit der Thematik zuträglich. Wüllenweber selbst ist sowohl Diplom-Sozialarbeiter, Supervisor als auch Diplom-Pädagoge (Sonderpädagog) (vgl. Wüllenweber 2009, Buchumschlag) und hat somit einen erweiterten Blick, der auch heil- und sonderpädagogische Sichtweisen einbezieht.

Stationäre Krisenintervention⁶ soll in der vorliegenden Arbeit nur am Rande erwähnt werden. Der Fokus liegt auf der Krisenintervention, die von Sozialarbeitern/innen und Sozialpädagogen/innen beispielsweise in den Bereichen Wohnen und Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt werden kann.

Behindertenpädagogische Krisenintervention ist im Gefüge mit Krisenprävention und Krisenmanagement zu sehen (vgl. Wüllenweber 2009, 310. Zum besseren Verständnis der Einordnung von Krisenintervention in ein übergreifendes Handlungskonzept bietet die nachstehende Grafik einen Überblick. Die Bereiche, die zum Inhalt dieser Arbeit gehören, sind in der Grafik farblich hervorgehoben. Die Krisenprävention und das Krisenmanagement stellen ebenfalls wichtige Aspekte eines professionellen Handlungskonzepts dar, jedoch nehmen sie im Rahmen dieser Arbeit keine exponierte Stellung

⁶ Gemeint ist die Krisenintervention im klinischen Kontext, nicht im Rahmen eines stationären Wohnangebots der Behindertenhilfe.

ein. Die Visualisierung lässt erkennen, dass sich die Thematik der Krisenintervention als Handlungsansatz und als Versorgungsstruktur unterteilen lässt. Auf dieser Basis sind die späteren Ausführungen zu verstehen und einzuordnen.

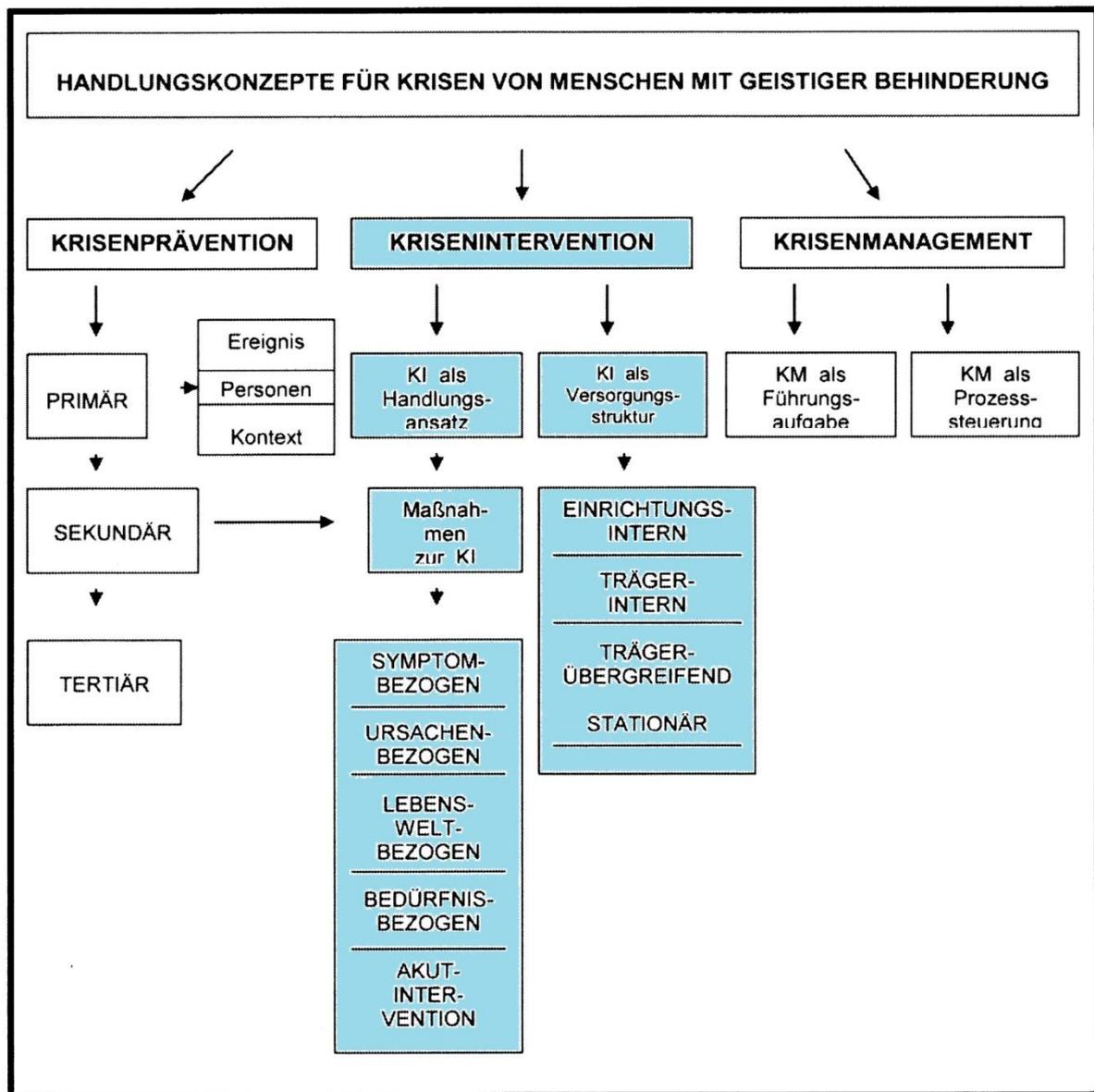


Abbildung 1: Überblick zum Handlungskonzept der Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung (KI = Krisenintervention) (Willenweber 2009, 310)

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Geistige Behinderung

Der Begriff der geistigen Behinderung wird international unterschiedlich ausgelegt und verwendet. Es ist daher unerlässlich ihn für die vorliegende Arbeit zu definieren (vgl. u.a. Theunissen 2008, 127).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert „Geistige Behinderung“ in der aktuellen Fassung ihres Diagnoseklassifikationssystems ICD-10 als „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“ (WHO 2013b)⁷. Zu diesen gehören u.a. die kognitiven Fähigkeiten sowie Fähigkeiten im sprachlichen, motorischen und sozialen Bereich. Der Grad der Intelligenzminderung kann mit standardisierten Tests bestimmt werden. In das Testergebnis kann außerdem die soziale Anpassungsfähigkeit in der Umwelt einbezogen werden und es ist eine Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen Experten erforderlich⁸ (vgl. WHO 2013b). Seidel weist darauf hin, dass die Einteilung der unterschiedlichen Schweregrade einer Behinderung nur anhand des gemessenen Intelligenzquotienten problematisch ist, da sie die tatsächlichen Alltagskompetenzen und -schwierigkeiten kaum bzw. gar nicht einbezieht. Es ist daher unerlässlich, auch die anderen oben genannten Punkte neben dem Intelligenzquotienten zu beleuchten (vgl. Seidel 2013, 2).

Die ICD-10 unterteilt mit den Punkten F 70 – F 79 die Schweregrade einer Intelligenzminderung in: leicht, mittelgradig, schwer, schwerst, andere und nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung. In den Überschriften zur Einteilung der Schweregrade wird die Bezeichnung „Intelligenzminderung“ genannt und zum Abschluss jeweils auch die Bezeichnung „geistige Behinderung“ mit dem entsprechenden Schweregrad aufgeführt (vgl. WHO 2013b).

In der Literatur werden die Begriffe „Geistige Behinderung“ und „Intelligenzminderung“ häufig synonym verwendet. Sie haben ihren Ursprung in Über-

⁷ Dieser Ansatz ist dem medizinischen Paradigma zuzuordnen (vgl. Röh 2009, 48f.).

⁸ Es ist zu beachten, dass die soziale Anpassungsfähigkeit und intellektuelle Leistungen Veränderungen unterliegen können, sodass eine Diagnose stets auf Grundlage aktueller Funktionsleistungen zu begründen ist (vgl. WHO 2013b).

setzungen der englischsprachigen Bezeichnung „mental retardation“ als Intelligenzminderung in der deutschsprachigen Version der ICD-10 und als „Geistige Behinderung“ in der übersetzten Version des DSM-IV (vgl. Dilling et al. 1992 und Saß et al. 1996 nach Seidel 2013, 1). Es gibt jedoch viele Gemeinsamkeiten in der Definition von geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung in der ICD-10 und dem DSM-IV (vgl. Seidel 2013, 1f.):

- Der Intelligenzquotient beträgt weniger als 70,
- die Störung tritt vor dem Ende des 18. Lebensjahres erstmalig auf,
- Menschen mit geistiger Behinderung haben Schwierigkeiten/Probleme/Erschwernisse/Erfahrungen von Einschränkung:
 - in der Kommunikation,
 - der Eigenversorgung,
 - der Bewältigung des Haushaltes,
 - der Gestaltung sozialer Kontakte,
 - beim Zugang zu öffentlichen Angeboten und der Inanspruchnahme ihrer Leistungen,
 - in der Selbstbestimmung,
 - bei funktionalen Anforderungen in Schule, Arbeit, Freizeit und Gesundheit sowie
 - der Einschätzung und Wahrung der eigenen Sicherheit.

Während die Klassifikation der WHO eher defizitorientiert erscheint, zeigt die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) mehr die Möglichkeiten und Ressourcen von Menschen mit Behinderung auf und fokussiert in ihrem bio-psycho-sozialen Modell „Aktivitäten“, „Partizipation“ und „Umweltfaktoren“ (vgl. Neuhäuser, Steinhausen 2013, 17). Damit zeigt sich eine Blickwinkeländerung vom rein bio-medizinischen Modell hin zur Einbeziehung der Umwelt als wichtigen Faktor für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung.

Die Zuschreibung einer geistigen Behinderung beruht auf den oben dargelegten sozialen und medizinischen Faktoren. Die Entstehung einer geistigen Behinderung hängt davon ab, welche Fähigkeiten der Mensch hat bzw. entwickeln kann und wie diese mit den Ansprüchen seiner Umgebung in Ver-

bindung stehen (vgl. Neuhäuser, Steinhausen 2013, 16). Neuhäuser und Steinhausen resümieren:

„Geistige Behinderung ist also eine gesellschaftliche Positionszuschreibung aufgrund vermuteter oder erwiesener Funktionseinschränkungen angesichts der als wichtig erachteten sozialen Funktionen“ (Neuhäuser, Steinhausen 2013, 16).

Diese Sicht ist dem systemtheoretisch-konstruktivistischen Paradigma zuzuordnen (vgl. Röh 2009, 50ff.).

Neben dem systemtheoretisch-konstruktivistischen Paradigma und dem oben bezeichneten medizinischen Paradigma, besteht auch das soziologische Paradigma, welches sich auf die Etikettierung von Menschen mit Behinderung bezieht. Es sagt aus, dass ein vermeintliches Abweichen von den Leistungen einer Gruppe (Norm) als individuelle Schwäche und in der Folge als Eigenschaft der Person beschrieben und wahrgenommen wird⁹ (vgl. Bleidick 1999, 20 nach Röh 2009, 49f.). Schließlich beschreibt Röh unter Hinzuziehung von Jantzen (1987, 18 nach Röh 2009, 53f.) das kritische Paradigma, welches davon ausgeht, dass Behinderung in dem Moment entsteht, wo Menschen sich untereinander vergleichen, Mindestmaßstäbe für notwendige Fähigkeiten aufstellen und diese auf ihre Mitmenschen anwenden. Durch diese Anwendung wird Behinderung offengelegt und gewissermaßen erst „erschaffen“.

Teile dieser Paradigmen fanden auch Eingang in die Begriffsbestimmung von „Behinderung“ im SGB IX §2 Absatz 1 Satz 1:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (Bundesministerium der Justiz 2013).

Neben dieser Definition finden sich vielfach kontroverse Diskussionen in der Literatur über die Problematik der Begriffe „geistig“ und „Behinderung“ im Sinne einer unpräzisen Beschreibung, Stigmatisierung und des geschichtli-

⁹ Auch die Bezeichnung „Menschen mit (geistiger) Behinderung“ beinhaltet das beschriebene Etikettierungsphänomen, indem sie die Behinderung gleichsam zur personalen Eigenschaft macht (vgl. Röh 2009, 49f.).

chen Ursprungs (vgl. Theunissen 2005, 11f.)¹⁰. Der Begriff der „geistigen Behinderung“ bzw. die Bezeichnung „Menschen mit geistiger Behinderung“ (in psychosozialen Krisen) soll im Folgenden die Zielgruppe der thematisierten Krisenintervention bezeichnen.

2.2 Psychosoziale Krise

2.2.1 Allgemeines

Wüllenweber spricht von einer „Heterogenität der Krisenverständnisweisen“ (Wüllenweber 2003, 8), um zu verdeutlichen, dass verschiedene Disziplinen völlig unterschiedliche Verständnisse des Begriffs haben (vgl. auch Wüllenweber 2001a, 11ff.). So wird „Krise“ in der Alltagssprache für eine große Bandbreite verschiedener Problemlagen verwendet, aber auch unter Professionellen wird die Bezeichnung unterschiedlich ausgelegt¹¹. Von einigen Autoren wird der Krisenbegriff sehr eng durch festgelegte Merkmale gefasst, von anderen Autoren wird aber gerade seine Verwendung als Sammelbezeichnung bevorzugt. Wüllenweber sieht die Verwendung eines engen Begriffsverständnisses in der Fachliteratur favorisiert, merkt jedoch an, dass in der Praxis und im Zusammenhang von Kriseninterventionen eher eine weite Fassung der Begrifflichkeit Anwendung findet. Zudem gibt es in Bezug auf Individuen unterschiedliche Auffassungen zum Krisenverständnis: von Gesundheit (Krisen als „normale“ Lebensprobleme) bis hin zu einer

¹⁰ Die weitere Diskussion zur Eignung des Begriffes der „geistigen Behinderung“ und anderer Überlegungen zu diesem Bereich würde den Umfang dieser Arbeit jedoch übersteigen. Wünschenswert wäre eine Veränderung der Begrifflichkeit, die einher geht mit gesellschaftlichen Veränderungen und der Folge, dass auch Stigmatisierungen und Exklusion mit einer neuen Bezeichnung nicht reproduziert werden. Da im fachlichen Diskurs (im deutschsprachigen Raum) die Bezeichnung „Menschen mit geistiger Behinderung“ jedoch weiterhin besteht, wird sie auch in allen folgenden Ausführungen zur Bezeichnung verwendet (vgl. Lingg, Theunissen 2008, 17ff.). Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass eine kritische Auseinandersetzung zur Eignung des Terminus auch in Zukunft weitergeführt werden muss.

¹¹ Wüllenweber benennt die vielfältigen Lebenslagen, die seiner Erfahrung nach mit dem Krisenbegriff bezeichnet wurden, wie folgt: „Regelmäßig wiederkehrende kritische Phasen [...], Episoden verstärkter Symptomatik einer bestehenden psychiatrischen Erkrankung [...], Steigerungsphasen bei Verhaltensauffälligkeiten [...], Einweisung in die Psychiatrie [...], Kritische Ereignisse und Lebensveränderungen [...], Andauernde Lebensprobleme [...], Alltägliche Krisen [...], Verstimmungen und Launen [...], Kurzzeitige Konfliktreaktionen [...], Sammelbegriff für unklare Problematiken [...], ‚Extremfälle‘ [...], Probleme bei der Enthospitalisierung [...], Überforderung von Betreuerteams [...], Probleme von nicht geistig behinderten Menschen“ (Wüllenweber 2009, 95ff.). Ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Punkten sind bei Wüllenweber 2009, 95ff. nachzulesen.

Pathologisierung (Krisen als psychiatrisch behandlungsbedürftige Zustände) (vgl. Wüllenweber 2001a, 12f.; Wüllenweber 2009, 99ff.).

Zur Definition von „Krise“ im Allgemeinen und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung geht Wüllenweber davon aus, dass die Begrifflichkeit nie erschöpfend und befriedigend zu klären sei. Besonders im Hinblick auf eine differenzierte Betrachtung und das Verstehen von Verhaltensweisen von Menschen mit geistiger Behinderung ist jedoch die Begriffsverwendung wichtig (vgl. Wüllenweber 1999, 127; Wüllenweber 2003, 1).

In Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung schreibt Wüllenweber:

„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).

Eine psychosoziale Krise ist dadurch gekennzeichnet, dass ein Mensch mit Ereignissen oder Veränderungen in seinem Lebensumfeld konfrontiert ist, die als belastend empfunden werden und eigene Lebensziele bzw. die Bewältigung aktueller Situationen fraglich erscheinen lassen. Hinzu kommt, dass diese Ereignisse/Veränderungen/Situationen von den im bisherigen Lebenslauf gemachten Erfahrungen in einem solchen Maß abweichen, dass auch bereits entwickelte Bewältigungsstrategien nicht ausreichend sind. Aus dieser Situation resultieren ein Gefühl von Bedrohung sowie eine psychische und soziale Unausgeglichenheit, die u.a. zu einer Verringerung des Selbstwertgefühls beitragen. Der/die Betroffene versucht möglichst zeitnah Wege aus dieser Situation zu finden (vgl. Stein 2009, 22f.).

Wüllenweber ergänzt, dass mit dem Begriff der psychosozialen Krise „solche Krisen gemeint [sind], die in einem Zusammenhang zu Lebensveränderungen und sozialen Zusammenhängen verstehbar sind und sich häufig in Problemverhaltensweisen ausdrücken“ (Wüllenweber 2001b, 144). Das Merkmal der „Verstehbarkeit“ ist bedeutsam für psychosoziale Krisen im Gegensatz zu Krisen, die beispielsweise im Rahmen einer Psychose auftreten, welche auch von der Realität und Nachvollziehbarkeit entkoppelte Inhalte und Anlässe aufweisen können. Es bleiben aber die subjektive Bewertung

der Belastung (durch den/die Betroffene/n) und die Aktualität der Problematik maßgeblich für die Entstehung einer psychosozialen Krise. Das bedeutet, dass andere Menschen oder auch derselbe Mensch zu einem anderen Zeitpunkt/in einer anderen Situation dieselbe Belastung u.U. anders bewältigen könnte und es nicht zur Ausprägung einer Krise käme (vgl. Stein 2009, 28; Wüllenweber 2009, 254). Der Ausdruck „Problemverhaltensweisen“ zeigt vor allem die Wirkung als Problem auf das Umfeld der Betroffenen in einer psychosozialen Krise, da das Verhalten für die Betroffenen selbst primär der Versuch der Krisenbewältigung ist und daher u.a. eine mögliche Eigen-/Fremdgefährdung oder Störung Anderer nachrangig bzw. gar nicht wahrgenommen werden. Ursächlich für die problematischen Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung als Ausdruck der Krise kann aber auch sein, dass sie Probleme bei der Verbalisierung von Belastungen haben und deshalb mit Verhaltensänderungen reagieren. Dies kann bedeuten, dass Krisen durch Professionelle nicht erkannt oder falsch interpretiert werden (z.B. als psychische Störung). Wüllenweber betont, dass Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung immer auch umfassende Auswirkungen auf das soziale Umfeld der Person haben und daher nicht ausschließlich als individuelles Ereignis, sondern auch als soziales Ereignis eingeordnet werden müssen (vgl. Wüllenweber 2009, 187ff.).

Während andere psychosoziale oder psychopathologische Problemlagen wiederkehrend sind oder dauerhaft bestehen, geht man davon aus, dass Krisen durch singuläres Auftreten gekennzeichnet sind (vgl. Wüllenweber 2003, 9). Dies bedeutet nicht, dass Krisen nur einmalig im Laufe des Lebens auftreten können und andernfalls von einer psychischen Erkrankung ausgegangen werden muss. Es soll vielmehr deutlich machen, dass eine psychosoziale Krise (wie sie in der vorliegenden Arbeit verstanden wird) nicht als Bestandteil einer diagnostizierten psychischen Störung gesehen wird, sondern vielmehr als zeitlich begrenztes Lebensproblem (ohne pathologischen Charakter) einzuordnen ist. Näheres zur Abgrenzung des Krisenbegriffs wird im folgenden Abschnitt erläutert.

2.2.2 Abgrenzung des Krisenbegriffs

In seinen Ausführungen betont Wüllenweber, dass Menschen in einer Krise, die einen Bedarf an Krisenintervention haben, grundlegend abzugrenzen sind von Menschen, die eine diagnostizierte psychische Störung haben und aufgrund des Krankheitswertes eine psychiatrische Behandlung benötigen sowie von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten, denen mit lebensweltbezogenen Konzepten begegnet werden muss. Diese Abgrenzungen sind der Schlüssel zu individueller, passgenauer Hilfe (vgl. Wüllenweber 2003, 1).

Konkret bezieht sich die Abgrenzung des Krisenbegriffs auf den Unterschied zu „Sozialem Konflikt“, „Sozialem Problem“, „Verhaltensauffälligkeit“ und „Psychischer Störung“ (vgl. Wüllenweber 2003, 3 ff.).

2.2.2.1 Sozialer Konflikt

Während der Konfliktbegriff aus philosophischen und politischen Kontexten stammt, wurde der Krisenbegriff ursprünglich vor allem in der Medizin verwendet. Konflikte sind Gegensätzlichkeiten von Personen, Interessen oder psychischem Erleben, die sowohl unterschwellig als auch deutlich erkennbar sein können. Bei einer Krise sind sich gegenüberstehende Komponenten nicht charakteristisch, vielmehr geht es um Überforderungs- und Belastungssituationen. Während Krisen also immer (subjektiv) schwerwiegende Belastungen zum Inhalt haben¹², können Konflikte sowohl marginale bis hin zu stark bedrohlichen Inhalten haben. Überschneidungen gibt es aber dennoch: Konflikte können Krisen nach sich ziehen und umgekehrt. Es wird daher nach „konfliktfreien und konflikthaften Krisen“ (Kaiser 1971 zit. n. Wüllenweber 2003, 10) unterschieden. Krisen bestehen außerdem temporär, während Konflikte sowohl sehr kurzzeitig als auch dauerhaft existieren können (vgl. Wüllenweber 2009, 30).

2.2.2.2 Soziales Problem

Ein soziales Problem besteht in der Regel längerfristig oder sogar dauerhaft und ist daher von einer Krise zu unterscheiden. Außerdem bezieht sich ein soziales Problem häufiger auf allgemeine Lebensbedingungen als auf einzelne Situationen und daher findet sich bei sozialen Problemen eher eine Ge-

¹² Siehe dazu Kapitel 2.2.1 (S.12).

wöhnung anstatt einer Bewältigung der Belastung als Zielstellung. Es ist jedoch festzuhalten, dass Menschen mit einem sozialen Problem eine höhere Vulnerabilität aufweisen bzw. weniger Ressourcen für die Belastungsbewältigung haben und daher auch krisenanfälliger sind¹³ (vgl. Wüllenweber 2003, 10).

2.2.2.3 Psychische Störung

Psychische Störungen und Krisen sind häufig miteinander verbunden und stehen in Wechselwirkung (vgl. Rahn, Mahnkopf 1999 nach Wüllenweber 2003, 10). Wüllenweber beleuchtet vier Komponenten bezüglich psychischer Störung bzw. Erkrankung und Krise. Erstens sei die Unterscheidung des Krisenbegriffs und der psychiatrischen Erkrankung nicht häufig in der Literatur thematisiert und führt daher oft zu Verwechslung bzw. unhinterfragter Verwendung beider Begriffe. Wüllenweber schlägt vor, von psychiatrischen (auch psychotischen bzw. pathologischen) Krisen als Teil psychiatrischer Erkrankungen zu sprechen, während die Bezeichnung „psychosoziale Krise“ eher auf Krisen bezogen wird, die ein Großteil der Menschen in ihrem Leben erfährt, ohne Teil einer bestehenden psychischen Störung zu sein (Wüllenweber 2003, 10f.).

Daneben gelten Krisen trotz der Unterschiedlichkeit der Erklärungsmodelle zweitens als möglicher Auslöser, Vorstufe oder Risikofaktor für die Entstehung einer psychischen Erkrankung (vgl. Forster und Pelikan 1977, Häfner und Helmchen 1978, Ulich 1987 nach Wüllenweber 2003, 11).

Drittens können die Symptome während einer Krise denen von psychischen Erkrankungen ähneln oder sogar gleichen, sodass erst durch den Verlauf eine Unterscheidung zwischen Krise oder psychiatrischer Störung getroffen werden kann (Rahn und Mahnkopf 1999 nach Wüllenweber 2003, 12). Auch Stein betont die besondere Schwierigkeit in der Diagnostik durch den fließenden Übergang zwischen Krise und Störung sowie die unterschiedlichen individuellen Faktoren (etwa die Coping-Strategien), die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind (vgl. Stein 2009, 42).

¹³ Siehe dazu auch Punkt 3.1 zur Entstehung von Krisen (S.21).

Als vierter Punkt wird das subjektive Empfinden der Menschen einbezogen, die sich häufig in einer krisenhaften Situation „krank“ fühlen und daher im medizinischen Versorgungssystem Hilfe suchen. Diese Hilfe erfolgt oft ohne zwischen einer Krise oder Erkrankung zu unterscheiden und kann aus diesem Grund in einer unter Umständen nicht geeigneten Therapie der Symptome münden (z.B. medikamentöse Behandlung)¹⁴ (vgl. Wüllenweber 2003, 12).

Es ergibt sich daher das Bild einer unzureichenden Klärung der Abgrenzung zwischen Krise und psychischer Erkrankung, das weiterer Forschung und Definition bedarf (ebd.).

2.2.2.4 *Verhaltensauffälligkeit*

Ähnliche Aspekte wie bei der Abgrenzung zwischen Krise und psychischer Erkrankung spielen auch bei der Abgrenzung von Krise und Verhaltensauffälligkeiten eine Rolle. Wüllenweber (2003, 12f.) führt darüber hinaus noch zwei Gesichtspunkte an: Zum Einen verweist Wüllenweber auf Venooij, die ein Konzept zur Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten entworfen hat, in dem Verhaltensauffälligkeiten als eine negative Entwicklung aus einer Initialkrise resultieren. Es wird also ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Krise und der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten hergestellt (vgl. Venooij 1991 nach Wüllenweber 2003, 12f.). Zum Anderen besteht in der Praxis eine häufig synonyme Verwendung der Begrifflichkeiten „Krise“ und „Verhaltensauffälligkeit“ in der mündlichen und schriftlichen Kommunikation innerhalb der Behindertenhilfe (Wüllenweber 2003, 13). Theunissen beschreibt einen Wandel in der grundsätzlichen Sicht auf Verhaltensauffälligkeiten dahingehend, dass diese als erlerntes Verhalten auf der Basis individueller Erfahrungen verstanden werden (vgl. Theunissen 2011, 45).

2.3 (Krisen-) Intervention

2.3.1 Allgemeines

Der Begriff „Intervention“ wird vielfach unhinterfragt verwendet. Wie Wüllenweber anmerkt, ist aber gerade eine Auseinandersetzung mit den Hin-

¹⁴ Siehe dazu auch S.36 zur stationären Krisenintervention.

tergründen der Bezeichnung wichtig, da sie ursprünglich eher aus der Einmischung von Staaten in die Angelegenheiten anderer Staaten herrührt (vgl. Wüllenweber 2001a, 15f.). Im Sinne der Krisenintervention wird er oftmals unpräzise eingesetzt. Auch Theunissen warnt davor, dass der Interventionsbegriff „ideologiefähig“ (Theunissen 2006, 208) ist, wenn er nicht definiert und reflektiert wird. Krisenintervention bezeichnet allgemein „alle Unterstützungsformen, die im Zusammenhang mit Krisen stehen und zu deren Bewältigung eingesetzt werden“ (Wüllenweber 2009, 43).

Ulich (vgl. 1999, 515 nach Wüllenweber 2001a, 16) beschreibt Intervention als ein geplantes Eingreifen in Lernprozesse während Huber und Schlotzke (1993, 515 nach Wüllenweber 2001a, 16) Intervention als Eingriff bei Menschen verstehen, die eine bereits manifestierte Störung aufweisen. Filipp (1983, 221 nach Wüllenweber 2009, 44) basiert ihre Überlegungen auf dem medizinischen Verständnis von Krise als Wendepunkt hin zu einer Verbesserung oder Verschlechterung und folgert daraus, dass eine Krisenintervention entweder einer Krise vorbeugen oder eine positive Bewältigung einer bereits bestehenden Krise befördern soll. Theunissen betont, dass neben dem Fokus auf das Individuum auch das gesamte soziale Umfeld in die Betrachtungen einbezogen werden muss. Dies zählt er zu den weiten Verständnisweisen und macht deutlich, dass eine solche Krisenintervention ein sog. „Unterstützungsmanagement“ (Theunissen 2006, 209) notwendig machen kann. Wüllenweber hingegen meint mit einem weiten Begriffsverständnis die Verwendung von Intervention als Synonym für die Gesamtheit an Methoden und Handlungsweisen, die durch theoretische Überlegungen in der Sozialen Arbeit begründbar sind; also eine unspezifische Verwendung des Begriffs. Die engere Verständnisweise von Krisenintervention beschränkt sich auf kurzfristiges Eingreifen in akuten Krisensituationen, das einer Verbesserung aktueller Problemlagen und einer Abwendung von Eskalation dient (vgl. Theunissen 2006, 209; Wüllenweber 2001a, 16f.).

2.3.2 Abgrenzung des Interventionsbegriffs

2.3.2.1 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung bezeichnet die Begleitung durch private Personen, wie beispielsweise Verwandte oder Freunde, aber kann auch Menschen einbeziehen, zu denen (bisher) keine persönliche Bindung bestand. Soziale Unterstützung ist daher in Abgrenzung zur Krisenintervention eine Unterstützungsform, die von nicht-professionellen bzw. ehrenamtlichen Helfern angeboten und ausgeführt wird (vgl. Wüllenweber 2009, 46). Die soziale Unterstützung gehört zum sozialen Netzwerk und ist mitunter bedeutend für den Menschen in einer Krise, da durch sie dem Betroffenen z.B. „Anerkennung, emotionaler Beistand, Zuwendung und Empathie ebenso wie finanzielle Hilfe, Entlastung von Aufgaben und Verpflichtungen, Informationen, Rat oder auch Ablenkung“ (Wüllenweber 2009, 56) entgegengebracht werden können.

2.3.2.2 Krisenbegleitung

Die Krisenbegleitung ist von der Krisenintervention insofern abzugrenzen, da sie ein einseitiges Eingreifen durch Helfende in einer Akutsituation nicht mit beinhaltet, sondern vielmehr nach Überwindung der Akutsituation ansetzt (vgl. Mennemann 2013, 580). Im Verständnis von Wüllenweber ist die Krisenbegleitung jedoch auch Teil der integrierten Krisenintervention (vgl. Wüllenweber 2001b, 145). In dieser Arbeit werden daher Maßnahmen, die Mennemann der Krisenbegleitung zuordnet, als Teil der behindertenpädagogischen Krisenintervention einbezogen.

3 Krisenverlauf, Prävalenz und Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung

Den weiteren Ausführungen soll das folgende Zitat von Wüllenweber vorangestellt werden: „Krisen sind nicht eindeutig aufgrund einer spezifischen Symptomatik, eines typischen Verlaufs oder spezieller Ursachen bestimmbar“ (Wüllenweber 2009, 69). Die Ausführungen zu den Symptomen, dem Verlauf und den Ursachen von Krisen sind daher allgemeine Annahmen und bedürfen der Reflexion und Interpretation für die Praxis.

Krisenverlauf, Prävalenz und Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung

Die unten stehende Grafik zeigt in schematischer Form den Verlauf und die Bezüge von Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung. Sie soll als Orientierung für die weiteren Ausführungen in diesem und dem folgenden Kapitel dienen.

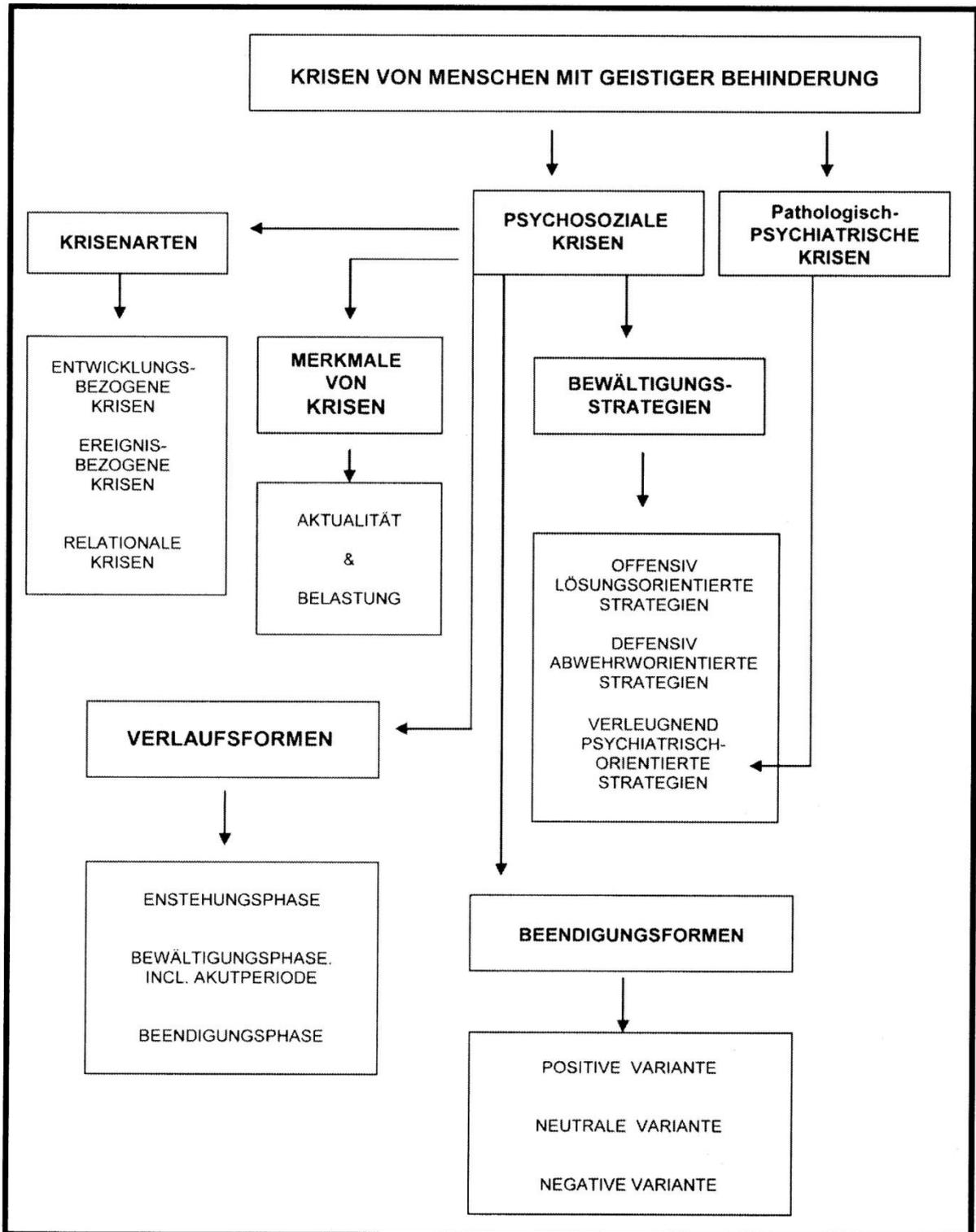


Abbildung 2: Krisenverlauf bei Menschen mit geistiger Behinderung (Wüllenweber 2009, 261)

Krisen verlaufen prozesshaft und dynamisch, sodass typische Verlaufsformen schwer zu beschreiben sind. Im Modell wird davon ausgegangen, dass Krisen eine Entstehungs-, Bewältigungs- und Beendigungsphase umfassen (vgl. Wüllenweber 2009, 180).

3.1 Entstehung und Ursachen

Der überwiegende Teil der Bevölkerung hatte durch unterschiedlichste Erfahrungen die Möglichkeit, Problembewältigungsstrategien zu entwickeln und verfügt daher über Ressourcen, die die Bewältigung neuer Herausforderungen erleichtern. Menschen mit geistiger Behinderung haben hingegen durch gesellschaftliche Isolation bzw. „überbehütetes“ Aufwachsen oftmals nicht die Möglichkeit, viele Erfahrungen im Bereich eigenständiger Problembewältigung zu machen. Hinzu kommen durch die Behinderung (intellektuell/körperlich) bedingte Benachteiligungen, die den Aufbau von Ressourcen diesbezüglich außerdem erschweren. Daraus resultiert eine erhöhte Vulnerabilität dieses Personenkreises. Die erhöhte Anfälligkeit für Krisen wird aber ebenfalls durch die Umwelt (z.B. soziale Kontakte, die Betreuung, den Kontext) beeinflusst (vgl. Escalera 2010, 196).

Krisen, die in der Vergangenheit nicht bewältigt worden sind, können einen negativen Einfluss auf die Anfälligkeit für Krisen und starke Auswirkungen auf die Fähigkeiten, eine neue Krise zu bewältigen, haben. Insbesondere trifft dies zu, wenn eine aktuelle Krise die Thematik einer unbewältigten Krise erneut aufgreift, da die Vorerfahrung, eine derartige Krise „damals“ nicht überwinden zu können, möglicherweise dysfunktionale Verhaltens- und Denkmuster etabliert hat. Außerdem erhöhen unmittelbar aufeinander folgende schwere Belastungen die Krisenanfälligkeit, da ein noch nicht ganz bzw. erst kürzlich erreichtes Gleichgewicht schnell wieder beeinträchtigt werden kann (vgl. Stein 2009, 29).

Krisen entstehen im Zusammenspiel aus Auslösern, disponierenden¹⁵ Faktoren (der Vulnerabilität und anderen Risikofaktoren) und stabilisierenden Faktoren (Ressourcen und Kompetenzen des Individuums). Wie die unten

¹⁵ krisenbegünstigend

Krisenverlauf, Prävalenz und Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung

stehende Grafik zeigt, besteht zwischen diesen drei Aspekten eine Interdependenz. Das bedeutet nicht, dass jede Belastung zwangsläufig in einer Krise resultiert, sondern es kommt auf das Verhältnis disponierender und stabilisierender Faktoren an. Nur wenn die stabilisierenden Faktoren nicht in der Lage sind, ausreichend zur Bewältigung der Problematik beizutragen, kommt es zur Ausprägung einer psychosozialen Krise. Da also alle drei Aspekte in der Entstehung einer Krise beteiligt sind, sind sie auch für die Krisenintervention und Prävention relevant. In der Praxis liegt der Fokus oftmals allein auf den Auslösern der Akutsituation, allerdings ist der Einbezug der disponierenden und stabilisierenden Faktoren essentiell für eine gelingende Bewältigung und langfristige Stabilisierung (vgl. Wüllenweber 2009, 171f. u. 255f.).

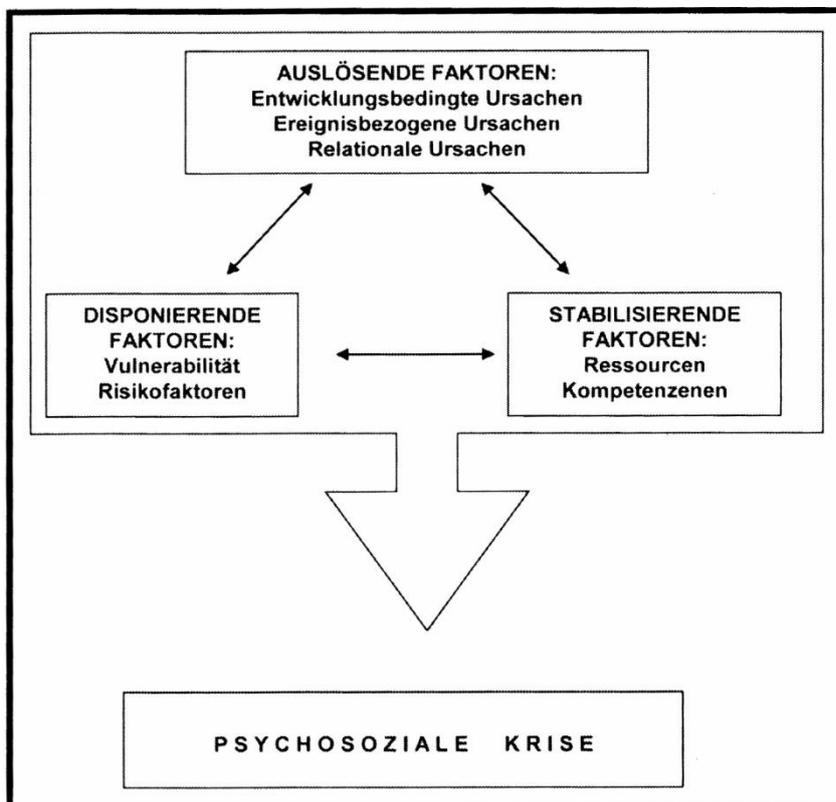


Abbildung 3: Entstehung einer psychosozialen Krise (Wüllenweber 2009, 172)

Es gibt bei Menschen mit geistiger Behinderung drei bzw. vier Arten von Krisen, die durch die jeweiligen Auslöser bzw. Ursachen unterschieden werden:

- *Entwicklungsbezogene Krise*: Die Beziehung zwischen der Person und ihrer Umwelt wird gestört, da Entwicklungsschritte, Wünsche, Bedürfnisse

oder Veränderungen nicht umgesetzt werden konnten. Dies kann z.B. bei einem neuen Beziehungsaufbau oder im Bereich von Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch auftreten.

- *Ereignisbezogene Krise*: Ereignisbezogene Krisen werden durch Veränderungen im Umfeld der Person ausgelöst, wie z.B. die Umstellung auf eine neue Betreuerin/einen neuen Betreuer, Umzug, Tod einer wichtigen Bezugsperson oder Krankheit.
- *Relationale Krise*: Relationale Krisen ergeben sich durch komplexe Lebenssituationen einer Person und lassen sich durch die Betrachtung des Zusammenwirkens (Belastungskumulation) oder der Beziehung bestimmter struktureller Gegebenheiten und involvierter Personen (strukturell bedingte Krisen), welche als Belastung empfunden werden, ggf. nachvollziehen. Die genaue Ursache bleibt dabei jedoch möglicherweise ungeklärt; z.B. kann es sein, dass ein aufkommender (ähnlicher) Konflikt zu verschiedenen Zeiten eine unterschiedlich hohe Bedeutung für den/die Betroffene/n hat. Umstände in der individuellen Lebenssituation können für diese unterschiedliche Bewertung ausschlaggebend sein, aber welche Aspekte einer Situation gewirkt haben oder nicht, kann letztlich nicht abschließend belegt werden.
- *Probleme in der pädagogischen Situation als Auslöser*: Neben den oben genannten Krisenarten, gibt es in der Literatur Vermerke darauf, dass Krisen auch auf der Grundlage von Problemen in der Beziehung und Kommunikation zwischen Professionellen und Menschen mit geistiger Behinderung entstehen können. Diese Schwierigkeiten können u.a. durch Ablehnung, bevormundende Betreuung oder auch Nicht-Erkennen von Bedürfnissen des/der Betreuten begründet sein (vgl. Wüllenweber 2009, 147ff. u. 255).

3.2 Krisenverlauf

Für die Dauer einer Krise können keine genauen Angaben gemacht werden, da zum Einen der Beginn und das Ende einer Krise in der Regel nicht eindeutig benannt werden können und zum Anderen die Krisenbewältigung so individuell verläuft, dass Wüllenweber in seinen Untersuchungen Fallbei-

spiele mit einer Krisendauer von 2 Wochen bis 6 Monaten anführt, aber auch andere Angaben zur Dauer finden sich in der Literatur. Gesichert ist nur, dass Krisen eine begrenzte Länge aufweisen, andernfalls ist eine andere Bezeichnung notwendig¹⁶. Da Krisen einen solchen Umfang erreichen können, ist der Verlauf der Krisenbewältigung oftmals nicht kontinuierlich, sondern durch Zu- und Abnahmen von Belastung/Anspannung und Beruhigung/Stabilisierung gekennzeichnet. Die Phasen mit hoher Belastung sind dabei als Akutperioden zu verstehen. Die Bewältigungsphase kann ohne Akutperiode, mit einer oder mehreren Akutperioden verlaufen oder den gleichen Umfang wie die Akutperiode aufweisen. In ihrer Intensität können Akutperioden danach unterschieden werden, wie dringend ein Handlungs-/Interventionsbedarf besteht. Wüllenweber stellt in seinen Untersuchungen fest, dass Professionelle häufig nur die Akutphasen als „eigentliche“ Krise wahrnehmen und dadurch ebenfalls zur Krise gehörige Phasen, die möglicherweise auch einer Begleitung oder Intervention bedürfen, verkennen bzw. sich u.U. mit einer neuerlichen Akutphase unerwartet konfrontiert sehen.

Zu den Anzeichen einer Akutperiode gehören:

- stark problematische Verhaltensänderungen,
- Verhaltensänderungen, die das soziale Umfeld sehr belasten,
- eine erschwerte Kommunikation mit dem/der Krisenbetroffenen,
- eine verringerte oder blockierte Erkenntnis- und Steuerungsfähigkeit und
- Maßnahmen, die zur Intervention (unmittelbar) notwendig werden.

Unter die genannten Anzeichen fallen z.B. Selbst- oder Fremdverletzung und -gefährdung, Vernachlässigung der Hygiene, Unruhe-, Erregungs- und Angstzustände (vgl. Wüllenweber 2009, 181ff.).

Eine psychosoziale Krise kann nach der Bewältigungsphase zu unterschiedlichen Beendigungsformen führen. Die nachstehende Grafik veranschaulicht, dass diese entweder konstruktiver Natur (positive Variante) sein können, also im Endeffekt zu einer Weiterentwicklung und Reifung (Verände-

¹⁶ Siehe Punkt 2.2.2 (S.15) zur Abgrenzung des Krisenbegriffs. Eine Abgrenzung kann mitunter jedoch auch erst im Rückblick möglich sein.

rung) beitragen oder destruktiver Natur (negative Variante), sodass Gefährdungen und Fehlentwicklungen bzw. eine andauernde Instabilität die Folge sein können. Auch eine Rückkehr zum Zustand „vor der Krise“ ist möglich (neutrale Variante) (vgl. Stein 2009, 22f.; Wüllenweber 2009, 185f.).

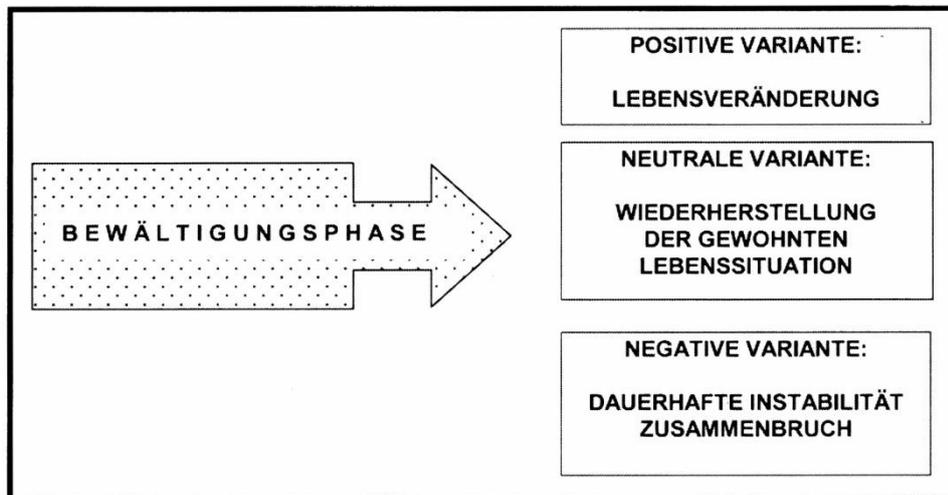


Abbildung 4: Ausgangsmöglichkeiten einer psychosozialen Krise (Wüllenweber 2009, 186)

3.3 Prävalenz

Statistische Angaben zu psychosozialen Krisen bei Menschen mit und ohne Behinderung konnten nicht recherchiert werden. Es kann vermutet werden, dass psychosoziale Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund der beschriebenen erhöhten Vulnerabilität häufiger als in der Gesamtbevölkerung auftreten, jedoch entgehen sie statistischer Erfassung weitestgehend. Lediglich bei einer stationären Krisenintervention könnte der Personenkreis in der internen Auswertung von Patientendaten in Erscheinung treten. Auf andere Quellen diesbezüglich, wie etwa einrichtungsinterne Erhebungen, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht zurückgegriffen werden¹⁷. Die Frage nach dem Grund dieser mangelnden Datenlage bleibt letztlich unbeantwortet. Ein Erklärungsansatz könnte darin bestehen, dass der Bereich der Krisenintervention speziell für Menschen mit geistiger Behinderung ein vergleichsweise „junger“ Bereich ist.

¹⁷ Neben der Literaturrecherche wurde auch beim Berliner Krisendienst nach internen Statistiken gefragt. Leider erfolgte keine Zustimmung der Geschäftsführung zur Weitergabe der erfassten Fallzahlen.

3.4 Diagnostik

Da psychosoziale Krisen nicht als pathologische Zustände anzusehen sind, werden sie in den Diagnoseinstrumenten, wie z.B. der ICD-10 oder dem DSM-IV¹⁸, nicht explizit beschrieben. Stein (2009, 41f.) erläutert, dass am ehesten die Kategorien F 43.0 Akute Belastungsreaktion bzw. F 43.2 Anpassungsstörung aus der ICD-10 die Auswirkungen psychosozialer Krisen beschreiben:

- *Akute Belastungsreaktion*: Die akute Belastungsreaktion tritt zeitlich begrenzt auf bei Menschen, die keine psychische Störung haben. Sie ist eine Reaktion auf ein physisch oder psychisch besonders belastendes Erlebnis und klingt nach wenigen Stunden bis Tagen (max. nach drei Tagen) wieder ab. Es wird betont, dass die Vulnerabilität und die Coping-Mechanismen vom Individuum abhängen und ihre Ausprägung die Schwere der akuten Belastungsreaktion mitbestimmt. Die Symptome reichen von Rückzug und Bewusstseinsverengung bis hin zu Unruhe und Überaktivität (vgl. WHO 2013a).
- *Anpassungsstörung*: Die Anpassungsstörung kann in der Folge von Lebensveränderungen und -ereignissen auftreten und subjektive Gefühle von Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung können entstehen. Dies führt zu einer Herabsetzung der sozialen Funktionen und Leistungen. Auch hier ist die Prädisposition und Vulnerabilität individuell abhängig und beeinflusst die Ausprägung der Störung mit. Im Kern steht jedoch die Annahme, dass der Anlass für die Anpassungsstörung im Lebensereignis liegt. Die Belastung kann unterschiedliche Ursachen haben, dazu gehören z.B. Todesfälle im Umfeld, Flucht oder kritische Lebensereignisse. Zu den Symptomen gehören depressive Verstimmungen oder andere Störungen im emotionalen Bereich und im Sozialverhalten, aber auch Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung (ebd.).

Darüber hinaus bietet die ICD-10 in Kapitel XXI eine Beschreibung weiterer Belastungen, die die Indikation für eine Krisenintervention (oder auch eine

¹⁸ Das kürzlich veröffentlichte DSM-V findet an dieser Stelle keinen Eingang in die Betrachtungen. Es konnte jedoch im Verlaufe der Literaturrecherche auch keine Angabe über Veränderungen diesbezüglich in der neuen Version des DSM ermittelt werden.

medizinische Behandlung) darstellen könnten. Bei der Diagnostik oder der Revision bestehender Diagnosen ist zu beachten, dass unbewältigte Krisen auch das Risiko bergen, in psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen zu resultieren¹⁹ (vgl. Stein 2009, 42).

4 Krisenbewältigung von Menschen mit geistiger Behinderung

4.1 Bewältigungsstrategien nach Wüllenweber

Wüllenweber unterteilt die Krisenbewältigungsstrategien von Menschen mit geistiger Behinderung in drei Strategien ein, die jeweils in sich nach „internaler“ und „externaler“ Strategie noch einmal unterschieden werden (vgl. Wüllenweber 2009, 211ff.). In der nachfolgenden Grafik werden die Gegenstände dieser Strategien stichpunktartig benannt und jeweils durch Beispiele nachvollziehbar, sodass an dieser Stelle auf weiterführende Erläuterungen verzichtet wird.

¹⁹ Siehe dazu auch unter dem Gliederungspunkt 2.2.2.3 Psychische Störung Ausführungen zur Schwierigkeit der Abgrenzung psychischer Störungen (S.16).

Kompetenzen und Ressourcen Umgang mit der Realität	INTERNAL (in der Person wirkend) -personverändernd-	EXTERNAL (in der Umwelt wirkend) -situationsverändernd-
OFFENSIV -lösungsorientiert-	Stabilisierung und Bewältigung z.B. durch Klären, Bewerten, Humor, Kreativität, Lernen, Durchstehen, Planen, Sich beruhigen, Neu- bzw. Uminterpretieren, Selbstbehauptung, Mut, Fleiß, Akzeptierung	Stabilisierung und Bewältigung z.B. durch Handeln, Beeinflussen, Veränderung der Situation, Umgestalten, Hilfe suchen im sozialen Netzwerk und durch soziale Unterstützung, Problemlösung, Sich mitteilen und über Probleme sprechen
DEFENSIV -abwehrorientiert-	Abwehren der Belastung und Überforderung z.B. durch Verdrängen, Verleugnen, blindes Durchhalten, Selbstvorwürfe, Zwangshandlungen, Selbstunsicherheit und Verschüchterung, Ängste, Überanpassung, Einkoten, Einnässen	Abwehren der Belastung und Überforderung z.B. durch Weglaufen, Streunen, Situationen ausweichen, Beziehungsabbruch, Abbruch von Gewohnheiten, aggressives, unruhiges oder dissoziales Verhalten, soziale Unsicherheit, sozialer Rückzug, Distanzlosigkeit, Anhänglichkeit, Aufdringlichkeit
VERLEUGNEND -pathologisch-psychiatrisch-orientiert-	Depressionen, Manie, Stupor, völlige Desorientierung, Suizidalität, Sucht, Psychose, Angstzustände	starke Erregungszustände, Mutismus, Unruhezustände, Sozialphobie

Abbildung 5: Krisenbewältigungsstrategien von Menschen mit geistiger Behinderung (Wüllenweber 2009, 222)

4.2 Konfliktbewältigungsstrategien nach Escalera

Zu den Besonderheiten im Krisenerleben und der Krisenbewältigung bei Menschen mit geistiger Behinderung führt Escalera drei (Kern-) Komponenten an: Zum Einen physiologische und sprachliche Konfliktbewältigungsstra-

tegien²⁰, das zeitliche Erleben und der Umgang damit, sowie das Tabuthema „Gewalt“. Im Folgenden sollen die Aspekte nach Escalera's Unterteilung näher erläutert werden.

4.2.1 Physiologische und sprachliche Konfliktbewältigung

4.2.1.1 Körperliche Konfliktlösungsstrategie

Escalera erläutert, dass Babys und Kleinkinder zur Zielerreichung oder Bedürfnisbefriedigung rein körperliche Konfliktlösungsstrategien (z.B. Schreien, Wegschieben, Wegnehmen) anwenden. Er verweist daran anknüpfend darauf, dass auch (erwachsene) Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht über Sprache verfügen, auf körperliche Konfliktbewältigungsstrategien zurückgreifen. Im Unterschied zu Kindern haben sie jedoch oftmals wesentlich mehr Kraft und sind durch ihre jahrelange Erfahrung ausdauernder und effektiver in ihren Absichten und Handlungen (vgl. Escalera 2010, 197).

4.2.1.2 Sprachlich einseitige Konfliktlösungsstrategie

Auch in diesem Bereich führt Escalera zunächst die kindliche Entwicklung an: sobald Kinder sich sprachlich ausdrücken können, versuchen sie Sprache als Mittel zur Durchsetzung eigener Interessen und Ziele einzusetzen. Escalera bezeichnet dies als „sprachlich einseitige Konfliktlösungsstrategie“ (Escalera 2010, 197). Dabei finden gegensätzliche Standpunkte eines Gegenübers wenig oder keine Berücksichtigung. Vielmehr greifen Kinder bei Uneinigkeit schnell wieder auf die besser bekannte körperliche Konfliktlösungsstrategie zurück. Wenn Menschen mit einer geistigen Behinderung über Sprache verfügen, können sie ihrer Umwelt ihre Wünsche und Meinungen mitteilen und sich daher besser behaupten. In einer Diskussion mit jemandem, der eine andere Meinung hat, können sie sich jedoch schnell ohnmächtig und unterlegen fühlen. Diese neu aufgeworfenen Schwierigkeiten können dazu führen, dass vertrautere Mittel zur Konfliktlösung wieder aufgenommen werden. Escalera nennt dazu folgende mögliche Verhaltenswei-

²⁰ Escalera spricht an dieser Stelle von „Konflikten“, da seine Definition von Krise das Konfrontiert-Sein mit schweren „Konflikten“ umfasst, für die das Individuum nur unzureichende Handlungsmöglichkeiten hat. Die Begriffe „Konfliktbewältigungs-/lösungsstrategie“ und „Krisenbewältigungsstrategie“ sind daher in dieser Arbeit als synonym zu verstehen.

sen der Person: Schreien, Weinen, Flucht, Rückzug, Verspannung oder tätlicher Angriff gegen sich selbst oder Andere (vgl. Escalera 2010, 197f.).

4.2.1.3 Sprachlich kooperative Konfliktlösungsstrategie

Menschen, die über ausreichende sprachliche Konfliktlösungsstrategien verfügen, erkennen, dass sie bei einseitigem Durchsetzen ihrer Interessen langfristig isoliert sind, da andere Menschen sich nicht einbezogen fühlen. Das heißt, dass anhaltende Zufriedenheit nur durch sogenannte sprachlich kooperative Konfliktlösungsstrategien zu erreichen ist. Inhaltlich bedeutet dies den Einbezug anderer Standpunkte zur Einschätzung, inwieweit man von der ursprünglichen Überlegung abweichen bzw. dem anderen entgegenkommen möchte oder nicht. Diese Erfahrungen machen Menschen mit geistiger Behinderung jedoch seltener und haben außerdem durch geringere intellektuelle Fähigkeiten Probleme, das Niveau solcher Überlegungen zu erreichen. Häufiger erfahren Menschen dieses Personenkreises, dass sie Anderen, von denen sie überredet oder überlistet wurden, unterlegen sind und räumen verbalen Auseinandersetzungen daher keine großen Erfolgsaussichten ein. Daraus resultiert, dass Personen, die Argumentieren als nicht wirksam bzw. nicht umsetzbar einschätzen, andere Mittel wie z.B. die Wiederholung von Gedanken ohne Rücksichtnahme auf andere Sichtweisen oder die körperliche Bewältigung (z.B. durch stereotypische Handlungen oder Fremd-/Selbstverletzung) einsetzen.

4.2.2 Zeitliches Erleben

Das zeitliche Erleben und der Umgang mit Zeit von Menschen mit geistiger Behinderung können sich von denen von Menschen ohne Behinderung unterscheiden. Es kann dabei etwa zu einer verzögerten Wahrnehmung von zurückliegenden Ereignissen als (subjektiv) aktuell und gegenwärtig kommen oder relativ langsame Prozesse²¹ erscheinen ihnen besonders beschleunigt, sodass diese Veränderungen für sie schwieriger wahrzunehmen und zu verarbeiten sind. Daraus resultierend kann es zu Gefühlen der Überforderung und Angst kommen. In dieser Situation kann der betroffene Mensch

²¹ Dies meint Prozesse, die vom überwiegenden Teil der Menschen als „langsam“ empfunden werden. Eine weitere Präzisierung ist an dieser Stelle leider nicht möglich.

alle weiteren Handlungen in seiner Umwelt als potentiell bedrohlich und zusätzlich beängstigend empfinden bzw. darin eine weitere Verschärfung seines Angstgefühls in Bezug auf eine bedrohlich erscheinende, intransparente Umwelt erfahren (vgl. Escalera 2010, 199f.).

4.2.3 Gewalt

Zum Thema Gewalt weist Escalera insbesondere auf eine von ihm vielfach beobachtete Tabuisierung derselben hin. Er führt aus, dass vor allem das Auftreten von Körperlichkeit und die Ausübung von Gewalt durch Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber Professionellen häufig tabuisiert wird und durch diese Tabuisierung „unzählige Krisen aus[ge]löst oder ihre Bewältigung bestimmt“ (Escalera 2010, 200) werden. Er weist auch auf eine Kategorisierung in Bezug auf den Status von Menschen mit Behinderung in entweder „gut und schutzlos oder böse und gefährlich“ (ebd.) hin.

5 Behindertenpädagogische Krisenintervention nach Wüllenweber

Krisenintervention kann nach Aguilera als ein generelles oder ein individuelles Konzept angesehen werden. Ein genereller Ansatz geht davon aus, dass es verschiedene Arten von Krisen je nach Anlass (z.B. Verlustkrise durch Tod eines Nahestehenden) gibt und dass diese Arten jeweils bestimmbare Phasenverläufe haben, sodass die Intervention nicht an den Einzelfall angepasst, sondern an die jeweilige Krisenart angepasst, erfolgt. Aguilera gibt ihre Darstellungen aus Sicht der Psychiatrie als ausführendem Organ von Krisenintervention wider und verweist in diesem Sinne darauf, dass die generelle Krisenintervention „auch“ dazu geeignet ist von anderen Berufsgruppen, wie etwa Sozialarbeitern, durchgeführt zu werden (vgl. Aguilera 2000, 48ff.)²².

²² Diese Sichtweise ist aus der Perspektive Sozialer Arbeit, die in der außerklinischen Praxis zumeist unmittelbar mit Krisen konfrontiert ist, kritisch zu beurteilen. Andererseits beschreibt Aguilera Krisenintervention als „kostengünstige kurzfristige Therapieform“ (Aguilera 2000, 26) und erkennt durchaus an, dass Krisenintervention auch durch andere Professionen als Therapeuten durchgeführt wird (vgl. Aguilera 2000, 17). Es eröffnet sich hier also ein weiteres Spannungsfeld zur Frage des therapeutischen Anteils in der Sozialen Arbeit.

Das individuelle Konzept sieht hingegen eine Betrachtung des Einzelfalls vor. Es werden die Ursachen der Krise und die Bedürfnisse des/der Betroffenen einbezogen, um eine daran angepasste Intervention vorzunehmen, die die Situation entspannen soll. Nach Aguilera kommt eine solch individuelle Betrachtung nur dann zum Einsatz, wenn der generelle Ansatz nicht anwendbar bzw. gescheitert ist (vgl. Aguilera 2000, 50f.). Dies könnte z.B. der Fall sein, wenn die Krisenart nicht identifiziert werden kann oder die Krise nicht nach dem generellen „Muster“ verläuft. Die behindertenpädagogische Krisenintervention nach Wüllenweber, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, ist durch eine starke Einzelfallfokussierung gekennzeichnet und daher dem individuellen Ansatz zuzuordnen (vgl. Wüllenweber 2001b, 145). Fallübergreifend ist die Krisenintervention nach Wüllenweber durch folgende (generelle) Aspekte gekennzeichnet:

„schnelle Verfügbarkeit, Niedrigschwelligkeit, Erreichbarkeit, Problemfokussierung, aktives Handeln, Flexibilität im Setting, Flexibilität in der Methode, zeitliche Begrenzung, Interdisziplinarität und Vernetzung, Parteilichkeit“ (Wüllenweber 2001b, 145).

5.1 Grundlagen

Die behindertenpädagogische Krisenintervention ist als Einzelfallhilfe zu verstehen und ein besonderer Fokus der Helfenden sollte daher auf dem Individuum selbst sowie seiner Biografie und gegenwärtigen Lebenslage liegen²³. Diese Einzelfallhilfe sollte den Kontext und die Ressourcen der Lebenssituation erkennen und durch geplantes Vorgehen und Selbstreflexion die eigene Wirkung überprüfen und das Vorgehen ggf. anpassen. Es gilt daher ein „Gesamtkonzept“ (Wüllenweber 2009, 280), das unterschiedliche Maßnahmen vereint, zu entwickeln. In einer Krise ist es wichtig, der betroffenen Person eine pädagogische Unterstützung mit höherer Intensität anzubieten. Die Klientenzentrierung ist der Schlüssel für das Gelingen der Hilfe und sollte nicht zugunsten von möglicherweise konkurrierenden und/oder widerstrebenden Interessen (z.B. der Einrichtung, von Mitarbeitern/innen oder aufgrund organisatorischer Abläufe) aufgegeben werden (vgl. Wüllenweber 2009, 280).

²³ Es geht also darum, eine individualisierte Perspektive mit Lebenswelt- und Klientenorientierung im Zentrum zu entwickeln.

Verallgemeinerungen und stereotype Annahmen über Menschen und ihre Bedürfnisse auf Grundlage ihrer geistigen Behinderung sollten unbedingt vermieden werden. Stattdessen ist die Haltung der Betreuenden Grundlage einer gelingenden Subjekt- und Ressourcenorientierung, die im Rahmen von Krisenintervention erforderlich ist. Dazu gehören der Einsatz des Empowerment-Konzepts und Wertschätzung dem Anderen gegenüber, sowie das Erkennen individueller Ressourcen wie auch von Problemfeldern²⁴. Wichtige Voraussetzungen sind eine reflektierte Auseinandersetzung und Offenheit anstelle von bevormundenden Maßnahmen, denn auch in einer Krise sollten die Betroffenen die Situationen mitgestalten und Lernprozesse erleben können. Da insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht ausreichend zugetraut wird, die Situation selbst mitzugestalten, bleiben auch Ressourcen häufig ungenutzt. Wüllenweber sagt dazu, dass alle Menschen (egal ob mit oder ohne Behinderung) grundsätzlich in der Lage sind, soziale Situationen zu gestalten. Es ist daher wichtig seinen Blick auf bestehende und verborgene Kompetenzen und Ressourcen des/der Krisenbetroffenen zu richten, um diese als Ausgangspunkt für eine Krisenintervention einbeziehen zu können (vgl. Wüllenweber 2009, 280ff.).

5.2 Ziele von Krisenintervention

Als Zielstellungen von Krisenintervention beschreibt Aguilera, dass die akute Krise beseitigt wird und die Funktionalität der/des Betroffenen entweder wieder derselben wie vor der Krise entspricht oder sogar eine Steigerung dieser erreicht werden soll (vgl. Aguilera 2000, 48). Die Ausführungen von Aguilera beziehen sich auf Akutintervention. Stein sieht eine Unterteilung in kurz- und mittelfristige Zielsetzungen einer Krisenintervention. Kurzfristig sollen unmittelbare Gefahren für die Person selbst und Andere beseitigt sowie akute Zustände (z.B. Schlaflosigkeit, starke Erregung) gemildert werden, mittelfristig soll eine Verbesserung des Selbstwertgefühls, eine Unterstützung zur Rückgewinnung von Entscheidungs- und Handlungskompetenzen

²⁴ Auf eine ausführliche Erläuterung der Stärken-Perspektive/Ressourcenorientierung und des Empowerment-Konzepts muss an dieser Stelle verzichtet werden. Zur Sensibilität für vorhandene Ressourcen schreibt Wüllenweber: diese „setzt beim Betroffenen an und sucht durch eine optimistische Perspektive eine Neueinpassung in die gegebene oder sich verändernde soziale Welt“ (Wüllenweber 2009, 282).

sowie die Erlangung neuer, konstruktiver Bewältigungsstrategien erreicht werden²⁵. Als Ziele aller Maßnahmen in der behindertenpädagogischen Krisenintervention können die Hilfe zur Bewältigung der Problematik für Menschen mit geistiger Behinderung, die Unterstützung und Entlastung der sozialen Umwelt und der Helfenden sowie die Vermeidung einer Psychiatrieeinweisung genannt werden (vgl. Wüllenweber 2009, 283). Außerdem sollen die Kompetenzen des/der Betroffenen erweitert werden und weiteren Krisen vorgebeugt werden (vgl. Wüllenweber 2001b, 145).

5.3 Ebenen von Krisenintervention (Krisenintervention als Versorgungssystem)

Die Krisenintervention als organisatorisches und institutionelles System der Hilfen für Menschen in Krisensituationen wird unter dem Begriff des Versorgungssystems beschrieben. Dieses besteht nach Wüllenweber (2001b, 141ff.) aus folgenden vier Bereichen:

- *Krisenintervention Vor-Ort (einrichtungstern)*: In der Regel sind die Helfer/innen und Professionellen aus dem Wohn- und Lebensumfeld von Menschen mit geistiger Behinderung in einer psychosozialen Krise unmittelbar anwesend und die Ersten, die Begleitung und Unterstützung bei der Krisenbewältigung leisten können. Wüllenweber bezeichnet die praktische Umsetzung der Vor-Ort-Krisenintervention als „stark heterogen“ (Wüllenweber 2001b, 142) und weist darauf hin, dass mögliche Verbesserungspotentiale in diesem Bereich auch in der Literatur kontrovers diskutiert werden (vgl. Wüllenweber 2001b, 141f.).
- *Mobile Krisenintervention des Trägers (trägerintern, einrichtungsübergreifend)*: Größere Träger betreiben auch eigene mobile Kriseninterventionsteams, die nicht an eine Einrichtung gebunden sind. Sie dienen dazu Ressourcen zu bündeln und Spezialisierungen der Mitarbeiter optimal einsetzen zu können. Als hilfreich wird dabei auch die schnelle und fle-

²⁵ Obwohl Aguilera und Stein eine allgemeine Perspektive auf Krisenintervention ohne direkten Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung haben, ist davon auszugehen, dass die Zielsetzungen der Krisenintervention auch für diesen Personenkreis zutreffend sind. Zu beachten sind dabei mögliche Auswirkungen der Behinderung, sodass beispielsweise als Ziel nur eine solche Entscheidungs- und Handlungskompetenz wiederhergestellt werden kann, wie sie im Rahmen der Funktionsfähigkeit der betroffenen Person erlangt werden kann.

xible Zugangsmöglichkeit der Einrichtungen zu professioneller Krisenintervention wahrgenommen.

Die Mitarbeiter des Kriseninterventionsteams sind nicht so eng in die Einrichtungsstrukturen und die bestehenden Beziehungen eingebunden wie die anderen Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung selbst und können daher diese Distanz zu den Ereignissen auch in ihrer professionellen Arbeit nutzen.

In der mobilen Krisenintervention können zwei unterschiedliche Schwerpunkte in der Arbeit gesetzt werden: zum Einen den Menschen in einer Krise zu unterstützen bzw. flankierende Angebote zur Stabilisierung und/oder Prävention von krisenhaften Situationen anzubieten (z.B. durch Gespräche, beratende Unterstützung, Anleitung zu Entspannungstechniken, Angebote zur Freizeitgestaltung, Begleitung bei der Wahrnehmung von Terminen)²⁶; zum Anderen Mitarbeiter/innen der Einrichtungen bzw. Helfer/innen zu beraten und unterstützen. Letzteres geht über den Bezug auf die Krise eines Klienten/einer Klientin hinaus und umfasst auch die Beratung/Unterstützung z.B. bei Konflikten innerhalb des Teams, bei besonderer Belastung und auch Entlastung durch das Kriseninterventionsteam, indem es die Problembearbeitung ggf. stellvertretend übernimmt (vgl. Wüllenweber 2001b, 142)²⁷.

Die „Stiftung Alsterdorf“ in Hamburg betreibt ein eigenes Beratungszentrum, das auch den „Fachdienst Intensivpädagogik“ umfasst, der u.a. eine solche Krisenintervention anbietet. Die Einrichtungen der „Stiftung Alsterdorf“, aber auch andere Einrichtungen in und außerhalb von Hamburg können die Dienstleistungen des Beratungszentrums in Anspruch nehmen. In Hamburg ist es für Einrichtungen möglich im Einzelfall über die Eingliederungshilfe bis zu 3 Monate eine Unterstützung durch den Fachdienst Intensivpädagogik des Beratungszentrums Alsterdorf zu erhalten (vgl. Beratungszentrum Alsterdorf 2013).

²⁶ Siehe Punkt 5.4 zu weiteren Erläuterungen bezüglich Maßnahmen von Krisenintervention (S. 38ff.).

²⁷ Siehe dazu auch Punkt 3.1 (S.23) zu Problemen in der pädagogischen Situation.

- *Gemeindeintegrierte ambulante Krisenintervention*: Die gemeindeintegrierte ambulante Krisenintervention bietet den Nachfragenden (z.B. Betreuer, Menschen in Krisen) die Möglichkeit, auf Ressourcen außerhalb ihres eigenen Trägers zurückzugreifen. Die Hilfen werden auf ambulanter Basis durchgeführt und richten sich entweder in Form von Beratung/Unterstützung an den Menschen in einer Krise oder an die Helfer/innen und professionellen Betreuer (vgl. Wüllenweber 2001b, 142f.). Als Erstes europaweit wurde dieses Modell in Berlin unter dem Namen „Berliner Krisendienst“ eingeführt. Zunächst bestand es als befristetes 3-jähriges Projekt und danach als festes, zuwendungsfinanziertes Angebot eines Zusammenschlusses von Berliner Trägern zur „Berliner Krisendienst GbR“. Der „Berliner Krisendienst“ bietet auch Krisenintervention speziell für Menschen mit geistiger Behinderung an (vgl. Berliner Krisendienst 2013; Busch 2001, 314ff.).
- *Stationäre Krisenintervention*: Im Bereich der stationären Krisenintervention gilt es zwei Modelle zu unterscheiden: einerseits die sog. Krisengruppen (auch: Krisenhäuser) und andererseits die stationäre Krisenintervention in der Klinik für Psychiatrie.

Krisengruppen sind sehr kleine Einrichtungen, die Menschen mit geistiger Behinderung in einer psychosozialen Krise die Möglichkeit bieten, eine Pause von ihrem bisherigen Umfeld zu nehmen, um die Krise bewältigen zu können (vgl. Wüllenweber 2001b, 143). Eine solche Möglichkeit erscheint vor allem bei Krisen, die durch das Umfeld ausgelöst oder weiter verschärft werden und/oder bei denen andere Versuche, einen Zugang zu dem Menschen in einer Krise zu erlangen, nicht (ausreichend) erfolgreich waren, sinnvoll. Wüllenweber führt aus:

„Die Einrichtung einer Krisengruppe zielt auf die Möglichkeit zu einem befristeten Milieuwechsel, die Intensivierung von Maßnahmen zur Krisenintervention und eine Vermeidung einer Einweisung in die Psychiatrie“ (Wüllenweber 2001b, 143).

Auf die psychiatrisch stationäre Krisenintervention²⁸ wird bei schweren Krisen, z.B. akuten depressiven oder manischen Episoden, suizidalen Tendenzen oder besonders starker Erregung zurückgegriffen. Lingg und Peter-Feurstein berichten beispielhaft von einer gelungenen Kooperation zwischen Lebenshilfe und der Psychiatrie in Vorarlberg (Österreich), durch die gemeinsam Konzepte zum Umgang mit Krisen von Klienten/innen entwickelt wurden und es wird auch darüber berichtet, wie die unterschiedlichen Professionen voneinander in der Zusammenarbeit profitieren konnten. Verständnis- und Kommunikationsschwierigkeiten sind dabei zwar auch aufgetreten, aber beide Seiten berichten, dass die Zahl der Einweisungen mit den Jahren seit der Zusammenarbeit deutlich reduziert werden konnte (vgl. Lingg, Peter-Feurstein 2001, 338ff.). Wüllenweber ergänzt, dass in der stationären Krisenintervention das Ziel vorrangig die Unterstützung während der Bewältigung ist und nicht die pharmakologische Behandlung der Person (vgl. Wüllenweber 2009, 45).

Für die Anwendung von Krisenintervention stellt sich die Frage der Zuständigkeit der einzelnen Formen innerhalb des Versorgungssystems. Um zu klären, ob, wann und welche Form der Krisenintervention zuständig und sinnvoll ist, gibt es verschiedene Herangehensweisen (vgl. Wüllenweber 2001b, 143f.):

- *Additive Festlegung der Zuständigkeit:* Es werden weitere (zusätzliche = additive) Kriseninterventionsformen kontaktiert und genutzt, um von deren Ressourcen und Kompetenzen zu profitieren.
- *Komplementäre Festlegung der Zuständigkeit:* Erst nachdem die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen der Helfer/innen erschöpft sind, werden zusätzliche Formen der Krisenintervention angefragt.
- *Spezialisierung als Grundlage der Zuständigkeit:* Die Zuständigkeit wird durch die Spezialisierung bestimmt, also ist beispielsweise das Kriseninterventionsteam eines Trägers (aufgrund der konkreten Spezialisierung

²⁸ Die stationäre Krisenintervention in der Psychiatrie soll an dieser Stelle zur Vollständigkeit einbezogen werden. Die weiteren Ausführungen im Rahmen dieser Arbeit beziehen sich jedoch hauptsächlich auf Krisenintervention, die ambulant (aber z.B. auch innerhalb stationärer Wohnangebote) erfolgt, von Sozialarbeitern/innen durchgeführt werden kann und stationäre Klinikaufenthalte zu vermeiden sucht.

für dieses Feld) zuständig, wenn es um den Umgang oder die Begleitung einer Krise eines Klienten/einer Klientin in einer Einrichtung des Trägers geht.

5.4 Maßnahmen und Möglichkeiten der Krisenintervention (Krisenintervention als Handlungsansatz)

Die Maßnahmen der Krisenintervention können gemäß dem Titel dieser Arbeit auch als Möglichkeiten bzw. möglichkeitseröffnende Handlungen aufgefasst werden. Sie bieten Ansatzpunkte für Professionelle, durch ihr Handeln eine Krisenbewältigung zu ermöglichen bzw. zu unterstützen und in Akutsituationen Beruhigung und Deeskalation zu erreichen.

Die behindertenpädagogische Krisenintervention nach Wüllenweber setzt sich aus „Krisenbegleitung“²⁹ (Wüllenweber 2001b, 145) als mittel- oder langfristiger Unterstützung, die den Bewältigungsprozess professionell begleitet, und der Akutintervention zusammen und beschränkt sich nicht etwa auf letztere (vgl. Wüllenweber 2001b, 155). Die Hilfen im Rahmen von behindertenpädagogischer Krisenintervention sind nicht an eine Fachdisziplin, Methode oder einen Ansatz gebunden, sondern sollen in Anpassung an das Individuum, das Problem, die Situation und den stattfindenden Prozess möglichst systematisch und den aktuellen Erfahrungen entsprechend ausgewählt, eingesetzt und geprüft sowie ggf. verändert werden. Dabei sind Kombinationen verschiedener Ansätze und Methoden denkbar, da eine Standardisierung des Vorgehens aufgrund der großen Variation bei Krisensituationen nicht vorgenommen werden kann (vgl. Wüllenweber 2001b, 145). Wüllenweber teilt die Maßnahmen seines Handlungskonzeptes daher auch nicht nach Methoden ein, sondern in solche bezogen auf Symptome, Lebenswelt, Ursachen und Bedürfnisse sowie die Intervention bei akuten Krisen.

5.4.1 Symptombezogene Maßnahmen

Im Zusammenhang mit diesen Maßnahmen geht man davon aus, dass problematische Verhaltensweisen einen Ausdruck (Symptom) von Menschen mit

²⁹ Siehe dazu auch Punkt 2.3.2.2 (S.19).

Behinderung in einer Krise darstellen. Insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung zeigen häufig Verhaltensänderungen als Reaktion auf überfordernde und belastende Situationen. Die symptombezogenen Maßnahmen beziehen sich auf eben diese Verhaltensäußerungen und sind als jeweilige Teile eines größeren Gesamtkonzepts zu sehen. Wüllenweber weist darauf hin, dass häufig die Helfenden eher auf problematische Aspekte im Zusammenhang mit auffälligem Verhalten (etwa als Störung) achten und der subjektive Sinn in den Handlungen aus Sicht der Betroffenen verkannt wird. Sog. Symptome können u.a. Aggressionen, hohe Erregung, Selbstverletzung, Zurückziehen aus sozialen Beziehungen und Weglaufen sein. Im Folgenden sollen Maßnahmen, die sich auf solche Symptome beziehen, kurz erläutert werden:

- *Konfrontieren mit veränderten/problematischen Verhaltensweisen:* Menschen mit geistiger Behinderung sind sich manchmal der Auswirkungen ihres Verhaltens nicht bewusst, sodass es ihnen helfen kann, darüber aufgeklärt zu werden oder auch auf bestimmte Regeln hingewiesen zu werden. Außerdem kann die Erwartungshaltung, dass das Verhalten entschuldigenswert ist oder ein Ausgleich geleistet werden muss, ebenfalls das Problembewusstsein des/der Betroffenen schärfen und dazu beitragen, dass das thematisierte Verhalten eingestellt wird. Es ist ggf. ausreichend sich zunächst durch nonverbale Signale (z.B. Blickkontakt) an den/die Betroffene/n zu richten oder andernfalls direkt an ihn/sie zu appellieren.
- *Aufzeigen von Folgen:* Auch das Aufzeigen möglicher Konsequenzen aus dem derzeitigen Verhalten kann zur Beruhigung der Situation beitragen und ein Umdenken des/der Betroffenen bewirken. Das Gespräch sollte auf anerkennender, sachlicher Basis gehalten werden und nicht in eine Drohung mit den Konsequenzen umschlagen.
- *Einbezug der Betroffenen in Fallbesprechung, Teamsitzung, Helferkonferenz:* Durch die Einladung in eine Besprechung kann dem/der Betroffenen eine Basis geboten werden, auf der er/sie sich ernst genommen fühlt und auch problematische Aspekte können vertieft werden.

- *Umgang mit/Kontrollieren von Wut und Aggression*³⁰: Wüllenweber weist in diesem Punkt darauf hin, dass eine erhöhte Aggressionsbereitschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung durch eine herabgesetzte Selbststeuerung bedingt wird. In der Praxis beobachtet er eine unzureichende Würdigung vorhandener bzw. erhaltener Selbststeuerung bei Menschen mit geistiger Behinderung durch Professionelle. Er geht davon aus, dass ein Verlust der Selbststeuerung nur in akuten Situationen passiert und dass ein stärkeres Augenmerk auch bei Vorfällen auf eine ggf. vorhandene Rest-Steuerungsfähigkeit (z.B. Vermeidung von Verletzungen, Abbruch aggressiver Handlungen) gelenkt werden sollte. Dadurch können die Bewältigungsstrategien und die Ressourcen des/der Betroffenen identifiziert und in der Folge geeignete Maßnahmen zur Unterstützung ergriffen werden. Er gibt zu bedenken, dass eine Ambivalenz zwischen Ansätzen besteht, die davon ausgehen, vorhandene Aggressionen müssten (z.B. durch Boxen) ausgelebt werden und der Frage, ob aggressive Verhaltensweisen dadurch möglicherweise erst trainiert werden.
- *24-Stunden-Überwachung*: Bei großer Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung kann es im Sinne der Vorbeugung einer Psychatrieeinweisung notwendig sein, eine/n Betroffene/n ständig zu beaufsichtigen. Eine solche Maßnahme sollte jedoch nur vorübergehend eingesetzt werden. In der Praxis dürfte es für die meisten Einrichtungen ohnehin eine Herausforderung sein, (personell/organisatorisch) eine solche Maßnahme überhaupt durchzuführen.
- *Freiheitseinschränkung*: Wüllenweber verweist in diesem Punkt auf teilweise Unkenntnis vorhandener rechtlicher Befugnisse auch in Wohneinrichtungen, die Bewegungsfreiheit von Menschen (z.B. durch Verweigerung, einen bestimmten Bereich zu verlassen) einzuschränken, sofern ein wichtiger Grund (Selbst- und/oder Fremdgefährdung) dafür vorliegt. Mitarbeiter/innen sollten sich dahingehend jedoch immer ausreichend in-

³⁰ An dieser Stelle wird auf die Ausführungen von Wüllenweber Bezug genommen, aber auch Escalera hat eine umfassende Einordnung verschiedener Dimensionen von Aggressivität vorgenommen, die in einem eigenen Unterpunkt dieses Kapitels erläutert wird (siehe S.48).

formieren bzw. geschult werden, ob die Anwendung einer solchen Maßnahme im konkreten Einzelfall rechtlich erlaubt und sinnvoll ist.

- *Time-Out*: Diese Maßnahme kann genutzt werden, um die Person in einer Krise zeitweilig aus der belastenden Situation zu entlassen und ihr die Möglichkeit zur Beruhigung einzuräumen³¹.
- *Ignorieren*: Einige Verhaltensweisen (z.B. dauerhaftes Wiederholen) könnten durch gesteigerte Aufmerksamkeit des Umfelds intensiviert werden. Durch Ignorieren kann dieser Intensivierung entgegengewirkt werden.
- *Ablenkung*: Je nach Situation können unvorhergesehene Bemerkungen oder Handlungen für Ablenkung sorgen und die akute Krise auflösen.
- *Physische Nähe und Berührung*: Wenn eine tragfähige Beziehung zwischen Helfer/in und betroffener Person besteht, kann Körperkontakt zur Entlastung der Situation beitragen, andernfalls sollte darauf verzichtet werden.
- *Verhaltensmodifikation*: Wüllenweber verweist darauf, dass im Sinne einer Verhaltensmodifikation auch pädagogische Helfer/innen Techniken aus der Verhaltenstherapie anwenden können. Dazu könnte beispielsweise ein „Verhaltensvertrag“ aufgesetzt oder ein Token-System eingeführt werden, die die Problematik thematisieren und eine Verhaltensänderung belohnen (vgl. Wüllenweber 2001b, 150ff.; Wüllenweber 2009, 283ff.).

5.4.2 Lebensweltbezogene Maßnahmen

Ausgehend vom Lebensweltansatz, der eine Person und ihre soziale Umwelt als untrennbar verbunden ansieht, zielen die nachfolgend beschriebenen Maßnahmen auf eine Umweltveränderung ab, um dadurch die Verfassung des von einer Krise betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern. Sie kommen vor allem dann zum Einsatz, wenn der/die Betroffene nicht über eine Beziehung zum Helfenden erreichbar ist. Im Zentrum steht die Frage nach belastenden Faktoren in der Lebenswelt und Veränderungen, die Entlastung schaffen können.

³¹ Eine Time-Out-Maßnahme kann auch zu den freiheitseinschränkenden Maßnahmen zählen, sofern sie die Unterbringung der betroffenen Person in einem abgeschlossenen Raum bedeutet.

- *Mobilisierung des sozialen Netzes:* Wüllenweber sieht die Wichtigkeit und den Einfluss des sozialen Netzes gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung unterschätzt. Er warnt davor, soziale Kontakte gerade dann zu unterbinden, wenn der/die Betroffene in vermeintlich schlechter Verfassung ist, da das Mobilisieren ebenjener Bezugspersonen sich positiv auf das Wohlbefinden des Individuums auswirken kann.
- *Zusammenarbeit zwischen Eltern und Professionellen:* Den Eltern kommt im sozialen Netz eines Menschen mit geistiger Behinderung oftmals eine zentrale Position zu. Man spricht daher von einem Triolog, also der Zusammenarbeit zwischen Eltern, Mensch mit Behinderung und Professionellen. Diese Kooperation kann entscheidend zur Qualität der Betreuung und Entschärfung von krisenhaften Zuspitzungen beitragen.
- *Entlastung in Alltag und Arbeit:* Ebenso wie für nichtbehinderte Menschen, kann es für Menschen mit Behinderung hilfreich sein, durch eine Krankschreibung (sei diese vom Arzt ausgestellt oder informell abgesprochen) von einigen alltäglichen Verpflichtungen und Belastungen, wie etwa der Arbeit oder bestimmten Aufgaben in der Alltagsgestaltung und dem Zusammenleben mit Anderen, entbunden zu werden, um Entlastung zu erfahren und neue Kräfte zu sammeln.
- *Planung und Strukturierung des Alltags:* Es kann von Menschen nach einer Akutsituation als hilfreich empfunden werden, einen relativ strukturierten Alltag aufzubauen. Dabei ist wichtig, die individuellen Bedürfnisse zu beachten, um zu prüfen, ob diese Maßnahme geeignet ist und wie die Strukturierung gestaltet werden sollte.
- *Möglichkeiten für Rückzug eröffnen:* Menschen mit geistiger Behinderung können sich u.U. nur schwer aus eigenem Antrieb aus einer Situation, die sehr belastend für sie ist, zurückziehen. Eine Unterstützung kann daher in diesem Sinne geboten sein³².
- *Vorübergehender Wechsel der Umgebung:* In einigen Fällen ist die Umwelt des Menschen mit geistiger Behinderung in einer Krise so belastend und die Situation nicht kurzfristig auflösbar, dass ein Milieuwechsel angezeigt sein kann. Dieser kann einige Tage dauern und beispielsweise entweder

³² Siehe dazu auch „Time-Out“ (S.41).

in einer alternativen Gruppe/Einrichtung³³ oder durch eine Reise umgesetzt werden. Dafür sind jedoch Flexibilität der Helfer/innen oder des sozialen Netzwerks und Geld notwendig, um dies zu ermöglichen.

- *(Wohn-)Gruppenklima stärken:* Das Klima im unmittelbaren Wohnumfeld kann das Wohlbefinden eines/einer Krisenbetroffenen stark beeinflussen. Gezielte Aktivitäten zur Stärkung und Stabilisierung des Gruppenklimas können daher auch dabei helfen den Einzelnen stabilisieren.
- *Einbezug von Krisenassistenten:* Krisenassistenten können beispielsweise Mitbewohner/innen von Betroffenen sein, die mithilfe der Betreuer/innen eine besondere Form der Krisenbegleitung praktizieren. Dazu können sie etwa regelmäßig Zeit mit dem/der Betroffenen verbringen oder denjenigen/diejenige bei Aktivitäten explizit einbeziehen (vgl. Wüllenweber 2001b, 147ff.; Wüllenweber 2009, 287ff.).

5.4.3 Ursachenbezogene Maßnahmen

Eine wichtige Komponente für Helfende kann das Erkennen von Auslösern und Gründen für Krisen sein. Es ist dabei von Bedeutung auch komplexe Betrachtungen anzustellen, um einer verengten Wahrnehmung vorzubeugen. Wüllenweber führt in diesem Zusammenhang die Begriffe der „disponierende[n] und stabilisierende[n] Aspekte in der Lebenslage des Betroffenen“ (Wüllenweber 2009, 289) an³⁴. Hilfreich ist in diesem Prozess, wenn sich die Helfenden in die Perspektive des Betroffenen hineinversetzen können (Empathie) sowie einen Blick von außen wahren, um ein höheres Verständnis für die betroffene Person zu generieren, sowie abzuwägen, welche Aspekte neu gestaltet werden können. Diese Lösungsorientierung sollte während der Suche nach Auslösern für die aktuelle Krise dennoch präsent bleiben.

- *Beratung:* Die Beratung im Zuge einer Krisenintervention muss eine gewisse Flexibilität umfassen, da sich Umfeld, Methodik und Beratungssituation von der „idealtypischen“ Situation möglicherweise stark unterscheiden. Der/die Berater/in sollte die Problemlage zum Kern des Gesprächs machen und den in einer Krise befindlichen Menschen mit geisti-

³³ Siehe dazu auch „Krisengruppe“ (S.36).

³⁴ Siehe Näheres dazu in den Erläuterungen zu „Psychosozialer Krise“ (S.12).

ger Behinderung darin unterstützen seine Gedanken, Emotionen und Problemlagen zu identifizieren und zu gliedern. Ist eine rein verbale Ansprache im Einzelfall nicht ausreichend, so sollte der/die Berater/in andere Möglichkeiten der Kommunikation kreativer und/oder nonverbaler Natur, wie z.B. Malen oder musikalischen Ausdruck, einbeziehen.

- *Stellvertretung durch Helfende*: Ist die Ursache einer Krise bekannt, aber kann der/die Betroffene die Problemlage dennoch nicht überwinden, so kann es erforderlich werden, dass Helfende stellvertretend eingreifen. Dazu gehört beispielsweise die Veränderung der Gruppenzusammensetzung bei dauerhaften Konflikten zwischen Individuen.
- *Schuldgefühle des/der Betroffenen abbauen*: Menschen mit geistiger Behinderung (wie auch nichtbehinderte Menschen) können im Rahmen oder im Nachgang einer Krise mitunter starke Schuldgefühle empfinden und daraus einen hohen Leidensdruck entwickeln. Eine direkte Negierung der vermeintlichen Schuld zeigt sich oft wenig effektiv. Empfehlenswert sind indirekte Mittel, wie etwa der Verweis auf eigene Erfahrungen des Helfenden oder anderer Mitmenschen (vgl. Wüllenweber 2001b, 148ff.; Wüllenweber 2009, 289f.).

5.4.4 Bedürfnisbezogene Maßnahmen

Die Auswirkungen und Ursachen von Krisen wurden im Rahmen der vorangegangenen Abschnitte bereits betont. Im Sinne der Unterstützung des betroffenen Menschen in einer Krise ist es mindestens ebenso wichtig, dass seine Gefühle und Bedürfnisse (z.B. nach Aufmerksamkeit) nicht nur reflektiert, sondern bewusst von den Professionellen wahrgenommen und ernst genommen werden. Wüllenweber bemerkt, dass in der Praxis oft „übersehen“ wird, dass Menschen mit Behinderung die gleichen Gefühle, wie Menschen ohne Behinderung in einer Krisensituation entwickeln können und beispielsweise resigniert oder hoffnungslos sein können. Diese Bedürfnisorientierung stellt besondere Herausforderungen an die Helfer/innen, da sie auch bei aggressivem Verhalten, das gegen die Helfenden selbst gerichtet ist, Verständnis für den Menschen in einer Krise aufbringen müssen und nicht nach ihren eigenen Gefühlen handeln können. Die Professionellen sollten sich von der Frage leiten lassen, welche Interessen des/der Betroffenen hin-

ter dem Verhalten stehen und wie eine Unterstützung diesen Bedürfnissen gerecht werden könnte.

- *Gespräche*: Ein Großteil der Menschen empfindet Gespräche zu problembehafteten Themen oder Ereignissen als entlastend und befindlichkeitssteigernd. Um das Bedürfnis nach Kontakt zu befriedigen und die Möglichkeit Belastendes „loszuwerden“ zu eröffnen, kann es im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung hilfreich sein, den ersten Schritt als Professionelle/r zu machen, da das Gegenüber möglicherweise nicht selbst in der Lage dazu ist, dies zu initiieren.
- *Zuwendung*: Gerade in einer Krise bedürfen Menschen mit und ohne Behinderung der besonderen Aufmerksamkeit und Zuwendung, um nicht ein Gefühl des „Alleingelassen-Werdens“ zu entwickeln. Allein die Versicherung, dass jemand da ist und anteilnimmt an einer schwierigen persönlichen Lage, kann eine große Beruhigung bewirken.
- *Dramatik der Situation reduzieren*: Durch humorvolle Bemerkungen oder die Betonung von bereits Erreichtem kann in einer Situation der Beigeschmack der Ausweglosigkeit und ein Teil der Dramatik relativiert werden. Dies kann die Möglichkeit eröffnen, für die Beteiligten aktuelle Probleme ins Verhältnis zu setzen und eine optimistischere Sicht stärken.
- *Maßnahmen mit „Körpereinsatz“ und Kreativität*: Durch physische und kreative Aktivitäten, z.B. spezielle Übungen zur Entspannung, Musik hören bzw. machen, Sport oder auch Malen, können Entspannung und eine innere Ausgeglichenheit gefördert werden³⁵.
- *Ausschluss der Betroffenen vermeiden*: Im Gegensatz zur Praxis, wo Menschen mit geistiger Behinderung in Krisen häufig von Ausflügen u.ä. ausgeschlossen werden, um neuerliche Akutsituationen oder eine weitere Belastung zu vermeiden, kann es sich als besonders empfehlenswert herausstellen, mit dem Betroffenen ggf. auch alleine Ausflüge und Unternehmungen zu machen.
- *Sicherheit vermitteln*: Die Organisation von Unterstützungsmaßnahmen und auch des Alltags sollte für Menschen mit geistiger Behinderung in

³⁵ Diese Maßnahme wird auch in Kombination mit Beratungsanliegen, wie im vorangegangenen Abschnitt erwähnt, angewendet (siehe auch S.43).

und nach einer Krise möglichst strukturiert erfolgen, andernfalls könnte sich dies destabilisierend auswirken (vgl. Wüllenweber 2001b, 146f.; Wüllenweber 2009, 290f.)

5.4.5 Akutintervention

Die Akutintervention gehört zur Krisenintervention, ist jedoch nicht „die“ Krisenintervention allein. Vielmehr ist sie Teil eines umfassenden Kriseninterventionsverständnisses. Die Bewältigung einer Krise kann eine oder auch mehrere Phasen aufweisen, die man als Akutperioden bezeichnet. Ein generelles Konzept zur Akutintervention kann nicht vorbereitet werden, da die jeweiligen Situationen und Problemlagen stark voneinander abweichen. Hinzu kommt der zeitliche Aspekt: häufig erfordert eine Akutintervention schnelles, flexibles Handeln und lässt wenig Raum für eine konkrete Planung. Es geht bei Akutinterventionen darum, Notsituationen möglichst schnell zu beruhigen, zu deeskalieren, Hilfe zu holen und eine Einschätzung der Lage zu gewinnen sowie gesetzliche Erfordernisse einzuhalten. Wüllenweber schreibt:

„Der Bereich der Akutintervention ist wie kaum ein anderer Bereich durch Unsicherheit bis hin zur Ratlosigkeit gekennzeichnet. Helfer Vor-Ort zeigen sich in persönlicher, rechtlicher und fachlicher Hinsicht überfordert, es bestehen Befürchtungen und Verunsicherungen, die teilweise zu Handlungsunfähigkeit führen“ (Wüllenweber 2001b, 156).

Folgende Maßnahmen können nach Wüllenweber konkret zum Einsatz kommen³⁶:

- *Beendigung von Fremdgefährdung, Körperliche Intervention*: Sind Helfer/innen oder andere Personen gefährdet (Gefahr im Verzug), so ist unmittelbares (auch physisches) Eingreifen erforderlich und kann bis hin zu freiheitseinschränkenden Schritten gehen. Ein Großteil der Professionellen ist dafür nur unzureichend vorbereitet. Wüllenweber verweist daher auf verschiedene Ansätze von Klose, Arbel und Graaf, die in der Aus- und Weiterbildung von Mitarbeiter/innen gelehrt werden sollten. Rechtlich

³⁶ In Wüllenweber 2001b zählt dieser die 24-Stunden-Überwachung sowie die freiheitseinschränkenden Maßnahmen ebenfalls zur Akutintervention. In dieser Übersicht sind sie in Anlehnung an Wüllenweber 2009 den symptombezogenen Maßnahmen zugeordnet (siehe S.38).

sind Eingriffe im geringstmöglichen Ausmaß erlaubt, die zur Eindämmung akuter Gefahr erforderlich sind, sodass immer eine Einschätzung der aktuellen Lage und ggf. eine Anpassung der Maßnahmen erfolgen muss.

- *Kontraproduktive Wirkung vermeiden:* Die Frage nach den Gründen einer akuten Problemlage/Verhaltensweise ist eher nicht ratsam, da der/die Betroffene mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in der Lage ist, in dem Moment in ein Gespräch darüber einzusteigen, sondern womöglich mit einer weiteren Labilisierung zu rechnen ist. Gespräche zur Thematik sind eher im Nachgang einer akuten Phase hilfreich³⁷.
- *Absprachen über Zusammenarbeit treffen:* Um als Team der Helfenden auch kurzfristig akute Perioden begleiten zu können, sind Absprachen und „Notfallpläne“ (z.B. Wer kann hinzugezogen werden?) besonders wichtig, da sich einzelne Helfer/innen in der Praxis sonst überfordert und alleingelassen fühlen.
- *Andere Helfer/innen verständigen:* Eine kurzfristige Unterstützung kann am besten durch Mitarbeiter/innen, die in der gleichen Einrichtung oder einer nahe gelegenen Einrichtungen sind, erfolgen. Deeskalationen mit mehreren Mitarbeitern/innen sind leichter zu bewältigen, da Aufgaben geteilt werden und kollegiale Kooperation Sicherheit schaffen können.
- *Benachrichtigen der Einrichtungsleitung oder des Psychologen:* Die Benachrichtigung von Leitungspersonen oder eines/r Psychologen/in kann für Mitarbeiter/innen als entlastend empfunden werden, da zum Einen die Möglichkeit besteht sich dadurch rückzuversichern, andererseits bietet die bestehende Möglichkeit jemanden erreichen zu können, sollte eine akute Zuspitzung auftreten, an sich schon Beruhigung.
- *Verständigung von Feuerwehr/Einweisung in die Psychiatrie:* Diese Maßnahme ist das letzte Mittel nach einer gescheiterten Deeskalation, bei akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung oder äußerster Erregungszustände.
- *Dokumentation:* Es ist von großer Bedeutung, die vorgenommenen Maßnahmen und auch die Kooperation mit anderen Mitarbeitern/innen bzw.

³⁷ Siehe dazu auch die Erläuterungen der vorangegangenen Abschnitte (S.38ff.).

Diensten zu dokumentieren, um rechtlichen Aspekten Rechnung zu tragen, aber auch um Informationen zu Vorfällen an andere Mitarbeiter/innen des Teams zu übermitteln (vgl. Wüllenweber 2009, 293ff.).

Es hat sich in der Praxis außerdem gezeigt, dass der Einsatz von telefonischer Intervention bei Menschen mit einer geistigen Behinderung in einer Krise meistens nicht ausreichend ist, da es schwierig sein kann, die Person über das Telefon zu erreichen. Dies kann mit der abstrakten Natur des telefonischen Kontakts zusammenhängen und die Betroffenen daher überfordern. Es kann in krisenhaften Situationen aber auch die Ansprache an sich sein, die nicht die optimale Form ist, um Zugang zum/zur Klienten/in zu bekommen. Die ambulante Krisenintervention erfolgt daher zumeist in aufsuchender Form (vgl. Busch 2001, 326f.).

Abschließend ist zu diesem Kapitel noch einmal zu betonen, dass die Unterstützung keineswegs an ein Konzept oder eine Methode gebunden ist. Offensichtlich widersprechen sich einige der oben genannten Maßnahmen. Dies ist damit zu begründen, dass jeder Einzelfall mitunter völlig andere Interventionen und Hilfeangebote an den/die Betroffene/n erfordert und es letztlich von der Professionalität und Empathiefähigkeit der Helfenden abhängt, welche Maßnahmen (in welcher Kombination miteinander) eingesetzt werden.

5.4.6 Dimensionen von Aggressivität

Im Umgang mit Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung können gerade auftretende Aggressionen besondere Herausforderungen an die Helfenden stellen. Escalera hat in seinem Ansatz verschiedene Dimensionen von Aggressivität identifiziert, die dem/der Professionellen bei der Einschätzung der Situation und der Entscheidung für eine Herangehensweise helfen können und welche hier ergänzend zum Handlungskonzept von Wüllenweber mit eingebracht werden sollen.

In Situationen mit grenzüberschreitendem Verhalten und/oder Aggressivität sollte man sich zunächst selbst ausreichend schützen. Besonders zügig kann dies durch Entfernen von der Quelle der Gefahr erreicht werden, sowohl physisch als auch psychisch. Die physische Entfernung ist in der Regel

unschwer zu erreichen. Für die psychische Entfernung schlägt Escalera die Betrachtung von folgenden drei Dimensionen der Aggressivität vor:

- *Körperliche Dimension:* Menschen mit großer körperlicher Anspannung können häufig durch Ansprache nicht erreicht werden, sodass Abwarten, Schweigen und das Bereitstellen von Frei- und Fluchträumen sinnvolle Alternativen bieten können, um Entspannung zu ermöglichen. Auch die Vergegenwärtigung der eigenen physiologischen Reaktionen (als Professionelle/r) auf Situationen, in denen Aggressivität auftritt und die Erarbeitung eigener Bewältigungsstrategien (z.B. Regulation der Atmung und Entspannung der Muskulatur), um möglichst schnell wieder handlungsfähig zu werden, sind in einer akuten Anspannungssituation von Vorteil.
- *Kognitive Dimension:* Sie erfasst die bewussten und unbewussten Anteile, bevor und während eine Handlung durchgeführt wird. Menschen, bei denen die kognitive Dimension im Vordergrund steht, versuchen im Hinblick auf ihren eigenen Vorteil zu handeln, also entweder etwas Bestimmtes zu erlangen oder zu vermeiden oder auch Bedürfnisse zu befriedigen und/oder Vergeltung zu üben. Ihre Aggression wirkt häufig kontrolliert und sie durchdenken Handlungen/Vorhaben zunächst, um gezielt handeln zu können. Auch wenn die Begründungen für ihr Handeln von normativen Vorstellungen deutlich abweichen können, so sind sie dennoch meist in sich schlüssig. Es gilt, als Professionelle/r die Logik der Person nachzuvollziehen, um in ein Gespräch bzw. eine Verhandlung eintreten zu können.
- *Emotionale Dimension:* Diese Dimension beinhaltet alle emotionalen Vorgänge, die in, vor und nach der Situation auftreten. Es ist den Helfenden in der Regel möglich, intuitiv (durch Ausdruck, Mimik u.ä.) zu erkennen, welche Emotionen zu dem aktuellen Verhalten führen. Diese „Diagnose“ ist dann ausschlaggebend für die Reaktion: z.B. empfiehlt Escalera jemandem, der aus Angst handelt, Raum und Zeit zu geben während jemand, der aus Scham handelt, Rückversicherung und Wertschätzung bedarf und man bei Personen, die aus Wut handeln, zunächst prüfen sollte, ob man selbst Gegenstand und Ziel der Wut sein kann, sodass man sich u.U. erst einmal zurückziehen sollte.

In der Analyse dieser drei Dimensionen geht es darum, dass der/die Helfende erkennt, welche Dimension in der jeweiligen Situation besonders im Vordergrund steht, um dann dieser entsprechend zu reagieren (vgl. Escalera 2010, 201f.).

5.4.7 Eskalation

In Bezug auf eine drohende, latente bzw. bestehende Eskalation³⁸ hat Escalera Indikatoren erarbeitet, die durch Helfende sowohl bei sich selbst als auch bei Menschen mit geistiger Behinderung in einer Krise beobachtet werden können. Die Indikatoren helfen dabei zu erkennen, welche der Dimensionen (körperliche, kognitive, emotionale Dimension) in der jeweiligen Situation im Vordergrund stehen. Hat der/die Helfende dies erkannt, so kann er/sie dementsprechend reagieren. Escalera sieht diese Art der Vorbereitung auf aggressionsgeladene Situationen als flexibel und situativ einsetzbar an und rät vom „Einstudieren“ bestimmter Vorgehensweisen für Beispielsituationen ab³⁹. Die Indikatoren von Escalera umfassen folgende Punkte:

- *Handlungen und Emotionen werden beschleunigt:* Die Abfolge der Handlungen und die Emotionen von Krisenbetroffenem/r und Betreuer/in werden beschleunigt und ein Eindruck von Überforderung entsteht. Emotionale und körperliche Dimension stehen im Vordergrund. In diesem Fall sollte sich der/die Professionelle zunächst auf sich selbst besinnen, z.B. durch Atemtechniken, Selbstbeobachtung/bewusste Wahrnehmung des Selbst. Escalera empfiehlt, sich nicht zu einer möglichst ruhigen Ausstrahlung zu zwingen, wenn man sehr unruhig ist, sondern vielmehr durch die Bewusstmachung des eigenen Zustands befähigt zu werden, auch bewusster Entscheidungen zur Reaktion treffen zu können. Darüber hinaus sind langsame Bewegungen und eine Positionierung nahe einem Fluchtweg empfehlenswert, es sollte aber auch die Fluchtmöglichkeit für die andere Person bestehen bleiben, um auch ihm/ihr zu signalisie-

³⁸ Unter Eskalation ist allgemein eine „unkontrollierte Verschärfung, Ausweitung eines Konflikts“ (Duden 2013) zu verstehen.

³⁹ Der Grund hierfür liegt auf der Hand: In der Praxis finden sich selten Situationen, die genauso ablaufen, wie man es sich vorher zurechtgelegt hat. Es ist hilfreicher, mithilfe von erlernbaren Indikatoren in die Lage versetzt zu werden, auf verschiedenste Herausforderungen in begründbarer und angemessener Art und Weise zu reagieren bzw. zu intervenieren.

ren, dass er/sie ebenfalls die Möglichkeit hat, sich aus der Situation zu entfernen (vgl. Escalera 2010, 202f.).

- *Fazit und Beurteilung werden radikalisiert*: In diesem Fall werden Meinungen sehr radikal vertreten und die dahinter stehende Logik ist nur erschwert erkennbar für die Professionellen, die häufig davon abweichende Standpunkte vertreten. Hier sind die kognitive und die emotionale Dimension vordergründig.

In der Intervention betont Escalera die besondere Bedeutung des Zuhörens ohne zu urteilen, um dann mit Hilfe von gezielten Pausen sein Interesse zu bekunden und das Gespräch zu entschleunigen sowie vertiefende Fragen zu stellen, die das Gegenüber zu einer Öffnung seiner Gedankenwelt animieren sollen. Zu bedenken gibt Escalera, dass Warum-Fragen eher ungeeignet sind, da sie dem Gegenüber das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen, vermitteln können und schwierig zu beantworten sind⁴⁰. Hingegen können Wo-, Was-, Wann- und Wie-Fragen hilfreich sein (vgl. Escalera 2010, 203).

- *Verengte Wahrnehmung*: In Situationen starker Erregung oder starker Emotionen kann es zur Entwicklung eines Tunnelblicks kommen, der nur die Wahrnehmung von störenden Faktoren zulässt. Häufig ist in diesen Momenten eine „kognitive Starre“ (Escalera 2010, 203) präsent, sodass körperliche und emotionale Dimension dominieren.

Die Selbstwahrnehmung und die eigene Positionierung an einem Punkt im Raum, wo der/die Helfende sich selbst wohl fühlt, wirken unerwünschten Synergieeffekten wie etwa der Übernahme von „Elemente[n] der Fühl-, Denk- und Handlungsweise des Anderen“ (Escalera 2010, 203) entgegen, um somit gute Voraussetzungen für die Intervention zu schaffen. Um eine Öffnung verengter Wahrnehmung zu erreichen, kann man als Helfender entgegen der Erwartung des/der Klienten/in handeln und

⁴⁰ Siehe dazu auch die Erläuterungen zu kontraproduktiver Wirkung von Maßnahmen in Kap. 5.4.5 (S.47).

somit Irritation erzeugen, die zu einer Aufbrechung der bisherigen Wahrnehmung Anlass bieten können (vgl. Escalera 2010, 203f.)⁴¹.

- *Einteilung in „gut“ und „böse“*: Diese Eskalationsform beschreibt die Zuschreibung von „gut“ oder „böse“ für eine Person, z.B. für einen Menschen, von dem sich jemand angegriffen fühlt. Besondere Gefahr geht von einer solchen Zuschreibung deswegen aus, weil sie die Empathiefähigkeit und Hemmschwelle stark herabsetzen kann und daher den Angriff auf eine als „böse“ eingestufte Person begünstigt. Es stehen also die emotionale und die kognitive Dimension im Vordergrund.

Der/die Helfende/r sollte sich vergewissern, wo er/sie auf der Gut-Böse-Achse eingeordnet wird und sich Fluchtmöglichkeiten offen halten. Dem Menschen in einer Krise sollte zunächst nicht widersprochen werden und kein langanhaltender Blickkontakt aufgenommen werden. Eine teilweise Nachahmung von Körperhaltung oder Sprechweise ist zu empfehlen, während aber dennoch Distanz gewahrt bleiben sollte, ohne den Kontakt und die gegenseitige Wahrnehmung abubrechen. Der zeitliche Rahmen sollte nicht zu begrenzt sein und auch der Suche nach Gemeinsamkeiten mit der aggressiv handelnden Person sollte Raum gegeben werden. Wird der/die Helfende selbst als „böse“ gesehen, ist es sinnvoll mit einem/r Kollegen/in zu tauschen (vgl. Escalera 2010, 204).

- *Erleben auswegloser Situationen, starke Erregung, Amoklaufendenzen*: Menschen, die sich in einer Situation befinden, die für sie subjektiv ausweglos erscheint und in der begleitende Gefühle von Angst, Wut, Neid und Ähnlichem auftreten, können in solche Eskalationsformen geraten. Dieses subjektive Gefühl der Ausweglosigkeit kann sich bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr schnell entwickeln. Die Emotionen können stark schwanken zwischen Zerstörungslust und totaler Niedergeschlagenheit. Neben den Emotionen können ebenfalls eine hohe bzw. variierende Erregung sowie eine vermindertes Erkenntnisvermögen auftreten. Es handelt sich zunächst um die kognitive und emotionale Dimension und später eher die körperliche und emotionale Dimension, die hervor-

⁴¹ Siehe dazu auch Ablenkung in Kapitel 5.4.1 (S.41).

stechen. Um dem zu begegnen, sollten die Professionellen Verletzungsrisiken minimieren und versuchen Gemeinsamkeiten herzustellen.

In einer solchen Situation sollte der/die Professionelle eine Distanz zum/r Betroffenen erhalten und wenn erforderlich weitere Hilfe herbeirufen. Trifft diese ein, so sollte in dem Moment abgeschätzt werden, ob die Verstärkung als übermächtig empfunden werden könnte und daher vorerst nur im Hintergrund bleiben sollte oder nicht. Es ist ergänzend (sofern die Situation es zulässt) gut, wenn das Geschehen nach draußen bzw. an einen Ort mit wenig Publikum verlegt wird. Escalera warnt davor, an die betroffene Person Vorschläge oder Appelle zu richten, sondern plädiert für eine (wenn notwendig) entschlossene und überraschende Art der körperlichen Intervention oder (bei Aufgeschlossenheit der Person) dieser durch die Demonstration von Authentizität und Zuneigung (Aufzeigen von positiver Eigenschaft des Gegenüber oder Gemeinsamkeit) zu begegnen (vgl. Escalera 2010, 204).

- *Erregung*: Erregung ist in allen Eskalationssituationen präsent, kann aber auch eine besonders hervorstechende Rolle einnehmen, die darauf spezialisierte Reaktionen erfordert. Die körperliche Dimension ist hier vordergründig, während die anderen beiden Dimensionen (emotional, kognitiv) eher eingeschränkt werden.

Die Wahrnehmung des Erregungszustandes des Gegenübers durch den/die Professionelle/n ist in diesem Fall wichtig, um einschätzen zu können, ob der-/diejenige im Moment durch Ansprache überhaupt erreicht werden kann. Auch ist es wichtig seine eigene Sicherheit, die dritter Beteiligter und die der aggressiv auftretenden Person zu wahren. Sollte akute Gefahr drohen, muss man die jeweilig notwendige Hilfe rufen (z.B. Feuerwehr oder Sozialpsychiatrischer Dienst). Escalera verweist außerdem auf den eigenen Energiehaushalt und den der aggressiven Person. Wenn man die Erregungszu- und -abnahmen beobachtet und ebenfalls in dem erkannten Muster daran teilnimmt, kann man mit der eigenen Energie gut haushalten und daher länger durchhalten und intervenieren als die betroffene Person, die ihre Energie wahrscheinlich schneller

verbraucht. Diese „Durchhaltestrategie“ lässt sich aber erst anwenden, wenn man selbst entspannen kann, d.h. die Sicherheit aller gewährleistet ist (vgl. Escalera 2010, 204f.).

5.5 Möglichkeiten und Grenzen...

5.5.1 ... der Krisenintervention

Die im vorigen Kapitel beschriebenen Maßnahmen zeigen die große Bandbreite an Möglichkeiten im Rahmen von Krisenintervention auf. Eine Krisenintervention kann nicht durchgeführt werden, wenn eine akute Suchterkrankung, eine psychische Störung, die eine stationäre Behandlung erfordert, eine akute Suizidgefahr und/oder eine erhebliche Fremdgefährdung auftreten. In diesen Fällen sollten Professionelle möglichst zeitnah der Problematik entsprechende Hilfesysteme aktivieren (vgl. Wüllenweber 2009, 296).

5.5.2 ... der Professionellen

Während Wüllenweber professionelle Betreuer/innen als „wichtigste Resource“ (vgl. Wüllenweber 1999, 130) von Menschen mit geistiger Behinderung in einer psychosozialen Krise betrachtet, stellt Escalera fest:

„Die Art und Weise, wie ein Mensch mit weniger ausgeprägten intellektuellen Fähigkeiten eine Krise bewältigte, stürzte viele oder sogar alle hinzugezogenen ‚Helfer‘ in eigene Krisen. Die Krise eines Menschen drohte damit zur Krise einer gesamten Mikrogesellschaft (Familie, Pädagogen, Psychologen, Ärzte, Wohneinrichtungen, Werkstätten, Psychiatrie etc.) zu werden“ (Escalera 2010, 193).

Busch und Stein sehen ebenfalls die Möglichkeiten für Helfende und Professionelle (aus dem nahen Umfeld des/der Betroffenen, z.B. aus der Wohneinrichtung), Menschen mit geistiger Behinderung in Krisen eine adäquate Entlastung bieten zu können, eingeschränkt aufgrund des hohen Grades eigener Beteiligung in der Situation und daraus resultierender emotionaler Belastung für das Selbst (vgl. Busch 2001, 322; Stein 2009, 30). Bei Wüllenweber findet sich gar eine lange Liste von multiplen Wirkungen, die Krisen auf das Umfeld der Krisenbetroffenen auch langfristig haben können (vgl. Wüllenweber 2009, 187ff.).

Es zeigt sich also, dass die beruflichen Helfer/innen auf unterschiedliche Weise in das Krisengeschehen involviert sind und daraus für sie sowohl eine große Bedeutsamkeit als auch Gefahren erwachsen können. Besonders wichtig ist daher neben der Untersuchung des Verhaltens eines Menschen mit geistiger Behinderung in einer Krise und darauf fußender Kriseninterventionskonzepte auch „die Wahrnehmung, die Urteile, die Empfindungen und Fähigkeiten des Beobachters und professionellen Krisenbegleiters zu erkennen und zu reflektieren“ (Escalera 2010, 195).

Wie oben bereits erwähnt sind Personen, die einem Menschen in einer Krise nahestehen bzw. als Helfer/in zur Seite stehen, gefährdet, selbst in eine Krise zu geraten. Das Risiko dafür steigt umso mehr an, je weiter die Problembewältigungsstrategien eines Menschen von Strategien, die viele Menschen üblicherweise anwenden (würden), abweichen und auch je mehr diese abweichenden Strategien destruktive Anteile beinhalten. Befindet sich ein/e Helfer/in selbst in einer Krise und somit auch in der eigenen Krisenbewältigung, so ist es für den/die Betreffende/n schwer bzw. fraglich, ob er/sie überhaupt in der Lage ist, adäquate Hilfe zu leisten. Escalera wirft „die Frage nach dem subjektiven Sinn des Handelns in der Krisenbewältigung [auf], d.h. des Handelns im Sinne des Klienten oder im eigenen Sinne“ (Escalera 2010, 200). Er erklärt dazu, dass die handlungsleitenden Gedanken zur eigenen Reaktion bzw. Intervention in der Situation durch eine Abwägung der Störungen für das eigene Selbst bestimmt sind. Das bedeutet je nachdem, ob man die Störung für sich selbst als schwerwiegend und sich als mehr oder weniger wirksam einschätzt, reagiert man eher mit Fokus auf eine Regulation des Erregungszustandes des/der Beteiligten (emotionszentriert) oder mit Fokus auf eine Problemlösung. In diesem Zusammenhang führt Escalera den Begriff der „Aggressivität“ an und meint damit alle Verhaltensweisen, die der Störungs- und Problembeseitigung dienen. Es gibt in Krisen zwei verschiedene Arten von Aggressivität, die sowohl auf der Seite des/der Klienten/in wie auch bei dem/der Helfer/in auftreten können: die konstruktive und die destruktive Aggressivität. Zur konstruktiven Aggressivität kommt es, wenn der/die Helfende einen Handlungsbedarf erkennt und zugleich über die notwendigen Ressourcen, um darauf zu reagieren, verfügt.

Er/sie handelt dann im „kooperativen“ Sinne, also eher im Sinne des/der Klienten/in. Hingegen kann es im gegenteiligen Fall (Handlungsbedarf wird erkannt, aber es stehen keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung) dazu kommen, dass der/die Helfende zunächst die Selbststabilisierung als handlungsleitenden Gedanken vorzieht und daher mit größerer Wahrscheinlichkeit primär im eigenen und nicht im Klientensinne handelt. Dies wird als destruktive Aggressivität bezeichnet (Escalera 2010, 200f.).

Es ist also durchaus wichtig im Umgang mit einem/r Klienten/in in einer psychosozialen Krise auch auf mögliche Krisen der Helfenden, Verwandten und anderen Beteiligten zu achten. Nur wenn eigene Grenzen durch die Helfenden oder Außenstehende erkannt werden, kann eine möglichst kooperative Strategie gefunden und umgesetzt werden.

Eine weitere Herausforderung, die Professionelle an ihre Grenzen bringen kann, stellen physische Auseinandersetzungen dar. Einerseits ist diese Art der Auseinandersetzung in unserer Gesellschaft nach der Kindheit sehr selten⁴² und Erwachsene bewegen sich auch insgesamt zunehmend weniger, sodass es schwer ist, entsprechende (körperliche) Reaktionsstrategien und auch Empathie für die Bedürfnisse anderer Menschen zu entwickeln. Andererseits werden physisch ausgetragene Konflikte generell als „extrem unheimlich [...], unberechenbar und unangenehm“ (Escalera 2010, 205) von den professionellen Betreuern wahrgenommen. Als handlungsleitende Gedanken empfiehlt Escalera den Einsatz von möglichst wenig bis keinen Worten in einer Situation, in der ein Mensch mit geistiger Behinderung verletzendes Verhaltensweisen und/oder Aggression zeigt. Es ist überdies wichtig, den Energiefluss der Person nicht zu stoppen oder sogar gegen diesen anzukämpfen. Vielmehr ist eine Kanalisation hilfreich, um die Motivation des Betroffenen Menschen mit Behinderung zur aggressiven Handlung oder auch seine Angst in der Situation nicht noch auszuweiten. Der/die Professionelle sollte die Risiken für Verletzungen aller Beteiligten mindern und nur eindeu-

⁴² Diese Anmerkung geht aber auch über körperliche Auseinandersetzungen hinaus: Escalera verweist darauf, dass es in anderen Kulturen durchaus üblich ist, dass Körperlichkeit im Alltag eine Rolle spielt, während derartige Verhaltensweisen in Nordeuropa von einem Großteil der Bevölkerung eher als unangenehm bis hin zum Tabu eingestuft werden (vgl. Escalera 2010, 205).

tig verständliche Handlungen vollziehen und Grenzen setzen. Eine hohe Bedeutung hat auch das Aufzeigen von Alternativen zum derzeitigen Verhalten. Bei allen Interventionen sollte dem/der Klienten/in stets Anerkennung und Respekt gezeigt werden. Zudem sollte die Einstellung des Gegenübers bewahrt werden, dass man selbst in der Rolle des Helfenden nicht als Gefährdung wahrgenommen wird. Wird man dennoch als solche eingestuft, ist es ratsam seine Grenzen in dem Moment zu erkennen und entweder zu versuchen durch einfaches Kontakt-Anbieten die Bedrohlichkeit für den/die Betroffene/n aus der Situation zu nehmen oder eine/n Kollegen/in einspringen zu lassen (vgl. Escalera 2010, 205f.).

Ein anderer Aspekt, der etwa im Nachgang einer Krise auftreten kann, ist die Schuldfrage. Busch schreibt dazu: „Häufig gestellte Schuldfragen für das Entstehen und die Eskalation einer Krise an einzelne Mitarbeiter oder Angehörige sind nicht zulässig“ (Busch 2001, 326). Er führt weiter aus, dass Krisen als Chancen⁴³ für den/die Betroffene/n zu bewerten seien, da sie Entwicklungsprozesse und Wünsche nach Veränderungen ausdrücken können. Im Hinblick auf Eskalationen sollte das Augenmerk verstärkt auf Indikatoren, die auf eine möglicherweise bevorstehende Eskalation hinweisen, gerichtet werden und frühzeitig Unterstützung angeboten werden (vgl. Busch 2001, 326).

5.5.3 Wichtige Fähigkeiten der Helfer/innen

Escalera benennt die Eigenschaften bzw. Fähigkeiten, die Professionelle seiner Ansicht nach unbedingt im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung haben sollten, die sich in Krisensituationen befinden und/oder normabweichendes Verhalten zeigen:

- Die eigenen Fähigkeiten einschätzen und erkennen, wenn Grenzen erreicht sind.
- Den Krisenbetroffenen und Kollegen/innen ihre subjektive Sicht zugestehen und diese wertschätzen.

⁴³ Siehe dazu auch Punkt 2.2.1, S.12ff. zum prozesshaften Charakter von Krisen und ihren unterschiedlichen Ausgangsformen.

- Empathie für sein Gegenüber aufbringen und Akzeptanz und Respekt widerspiegeln.
- Die Reflexion eigener Bewältigungsstrategien für den Fall von Belastungen oder Verletzungen. Die Tabuisierung von eigenen Gefühlen und Verarbeitungsweisen birgt eher Probleme als ihr bloßes Vorhandensein. Ein „Repertoire“ eigener Reaktionsmuster zum Erhalt des Kontakts mit Klienten in kritischen Situationen kann hilfreich sein.
- Der Blick des/der Professionellen sollte auch für Verknüpfungen innerhalb eines Systems geschärft werden.
- Eine reflektierte Auseinandersetzung mit der Gewaltthematik und subjektiven Sichtweisen (von Klienten/innen und Betreuern/innen) darauf (vgl. Escalera 2010, 207f.).

Es zeigt sich, dass professionelle Betreuer/innen von Menschen mit geistiger Behinderung nicht nur formal ausgebildet oder angelernt sein sollten, sondern sich auch durch Erfahrung und intensives Auseinandersetzen mit sich selbst und eigenen Grenzen und Möglichkeiten auf das Erkennen und eine gelingende Krisenintervention vorbereiten sollten. Durch regelmäßige Supervision kann eine Vor- und Nachbereitung krisenhafter Situationen für die Professionellen erfolgen. Außerdem gibt es zertifizierte Fortbildungen, wie beispielsweise das KUGA®-Konzept⁴⁴, welches gezielt Kompetenzen vermittelt, um Krisen vorzubeugen oder mit jeweils möglichst geringem (verbalen und körperlichen) Einsatz eine solche Situation zu deeskalieren (vgl. KUGA 2013).

6 Schlussbetrachtung

Das Zitat, welches der vorliegenden Arbeit auf Seite 2 vorangestellt ist: „Krisen bringen eine Bewegung in den Alltag, deren Ausgang offen ist“ (Mennemann 2013, 577), halte ich für sehr relevant bei der Fragestellung nach den Grenzen und Möglichkeiten der Krisenintervention und -bewältigung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Wenn ein Mensch in eine psychosoziale Krise gerät, so zieht dies weitreichende Konsequenzen für

⁴⁴ KUGA® = Kontrollierter Umgang mit Gewalt und Aggression

sein soziales Umfeld nach sich. Dazu gehören z.B. Mitbewohner/innen und Angehörige, aber auch die Professionellen (wie z.B. Sozialarbeiter/innen, Erzieher/innen, Therapeuten/innen). Und selbst wenn die Professionellen sehr gut ausgebildet sind im Bereich der Krisenintervention, so bleibt doch letztlich offen, wie der Ausgang einer Krise sich gestaltet, da es auf das Zusammenspiel aus qualifizierter Begleitung und individuellen Ressourcen der betroffenen Person und der Professionellen, denen des Umfeldes und ggf. medizinischen Gesichtspunkten ankommt. Innerhalb dieser Grenzen ist die behindertenpädagogische Krisenintervention äußerst bedeutsam und meiner Ansicht nach unabdingbar. Ich persönlich halte allerdings eine Schulung zum Thema Krisenintervention in der Ausbildung sozialer Berufe für ein grundlegendes Erfordernis.

Die strukturelle Ausgestaltung von Krisenintervention, also ob ein Träger z.B. ein mobiles Kriseninterventionsteam bereit stellt, einzelne Mitarbeiter/innen der Einrichtung zu Krisenhelfern ausbildet oder sich anderen Angeboten anschließt, sei je nach Einrichtung unterschiedlich zu beurteilen. Insgesamt erscheint jedoch die vorhandene Struktur insbesondere für nicht in Einrichtungen lebende Menschen mit geistiger Behinderung nicht überall optimal.

Ein Indiz für diese Randständigkeit des Themas der Krisenintervention für Menschen mit geistiger Behinderung (zumindest in theoretischer Hinsicht) ist die begrenzte Literaturlage. Natürlich muss in dem Zusammenhang auch die Frage berücksichtigt werden, ob Menschen mit geistiger Behinderung denn überhaupt „andere“ oder „speziellere“ Konzepte in diesem Bereich benötigen. Meiner Auffassung nach bietet die bestehende (und große Bandbreite an) Literatur zu allgemeiner Krisenintervention eine gute Grundlage, jedoch zeigen Ausführungen wie die von Wüllenweber und Escalera, dass es Spezifika⁴⁵ gibt, die bei der Zusammenarbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung in psychosozialen Krisen erkannt und einbezogen werden sollten. Insofern würde eine weitere Ausarbeitung solch spezialisierter Ansätze in meinem Verständnis keineswegs eine unangebrachte Sonderstellung reprä-

⁴⁵ Siehe dazu auch Punkt 4 zum Krisenerleben und zur Krisenbewältigung von Menschen mit geistiger Behinderung (S.27ff.).

sentieren, in die Menschen mit geistiger Behinderung gedrängt werden, sondern solche Ansätze sind wichtig, um krisenbetroffenen Menschen mit geistiger Behinderung eine adäquate Unterstützung anbieten zu können und sie nicht wie in der Vergangenheit in die medizinisch-psychiatrische Versorgung „abzugeben“, die für eine psychosoziale Problemlage bei diesem Personenkreis vielfach ungeeignet ist.

Diese ausbaufähige theoretische Untermauerung des Bereichs der Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung in psychosozialen Krisen und die in der Praxis bestehenden Vorbehalte und Unsicherheiten (welche vor allem Escalera aus seinen Erfahrungen beschrieben hat) und vielerorts mangelnden Strukturen⁴⁶ stellen aus meiner Sicht die bedeutendsten Grenzen in der Gegenwart und zugleich Möglichkeiten und Potentiale für die Zukunft im Bereich von Krisenintervention für Menschen mit geistiger Behinderung in psychosozialen Krisen dar.

⁴⁶ Ich denke dabei vor allem an gemeindeintegrierte Krisendienste.

7 Literaturverzeichnis

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

BUSCH, Eckhard (2001): Ambulante Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Berliner Modellprojekt. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention – Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, S. 314-337.

ESCALERA, Carlos (2010): Eine Krise, die viele Krisen entstehen lässt – Krisenintervention und geistige Behinderung. In: Ortiz-Müller, Wolf; Scheuermann, Ulrike; Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2. überarb. Aufl., W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, S. 193-208.

LINGG, Albert; PETER-FEURSTEIN, Angelika (2001): Krisenintervention und Krisenprophylaxe – Erfahrungen von Lebenshilfe und Psychiatrie in Vorarlberg. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention – Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, S. 338-344.

LINGG, Albert; THEUNISSEN, Georg (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderung – Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5. überarb. und aktualisierte Aufl., Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau.

MENNEMANN, Hugo Sebastian: Krise/Krisenintervention. In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit – Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 7. vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. Beltz-Juventa-Verlag: Weinheim, Basel, 2013, S. 577-581.

NEUHÄUSER, Gerhard; STEINHAUSEN, Hans-Christoph (2013): Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention. In: Neuhäuser, Gerhard; Steinhausen, Hans-Christoph; Häßler, Frank; Sarimski, Klaus (Hrsg.): Geistige Behinderung – Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte. 4. vollst. überarb. und erw. Aufl., W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, S. 15-29.

RÖH, Dieter (2009): Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. Ernst Reinhardt Verlag: München.

STEIN, Claudius (2009): Spannungsfelder der Krisenintervention – Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

THEUNISSEN, Georg (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus – Forschung-Praxis-Reflexion. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

THEUNISSEN, Georg (2005): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten: Ein Kompendium für die Praxis. 4. überarb. Auflage, Klinkhardt-Verlag: Bad Heilbrunn.

THEUNISSEN, Georg (2006): Beratung – Krisenintervention – Unterstützungsmanagement. In: Theunissen, Georg; Schirbort, Kerstin (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung – Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, S. 193-229.

THEUNISSEN, Georg (2008): Geistige Behinderung und Lernbehinderung – Zwei inzwischen umstrittene Begriffe in der Diskussion. In: Geistige Behinderung 2/08, 47. Jg. 2008.

THEUNISSEN, Georg (2011): Positive Verhaltensunterstützung – Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geis-

tiger Behinderung und autistischen Störungen. 3. aktualisierte Auflage, Lebenshilfe-Verlag: Marburg.

WÜLLENWEBER, Ernst (1999): Behindertenpädagogische Intervention bei Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Theunissen, Georg; Lingg, Albert (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung – Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Klinkhardt Verlag: Bad Heilbrunn, S. 125-153.

WÜLLENWEBER, Ernst (2001a): Krise, Intervention, Krisenintervention: Schlüsselbegriffe der psychosozialen Versorgung. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention – Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, S. 11-27.

WÜLLENWEBER, Ernst (2001b): Behindertenpädagogische Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention – Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, S. 141-160.

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. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, 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. überarb. Aufl., Elbe Werkstätten GmbH Verlag: Hamburg.

8 Internetressourcen

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2011).

URL: http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2011/PM01_Kranzniederlegung_kk.html

[09.07.2013]

Beratungszentrum Alsterdorf (2013).

URL: <http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/HeilpaedKrisInt.K.information.pdf>

[23.08.2013]

Berliner Krisendienst (2013): Die Geschichte des Berliner Krisendienstes.

URL: http://www.berliner-krisendienst.de/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=84

[11.07.2013]

Bundesministerium der Justiz (2013): Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) der Bundesrepublik Deutschland, §2 Behinderung.

URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/__2.html

[10.06.2013]

Duden (2013): Eskalation.

URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Eskalation>

KUGA (2013).

URL: <http://www.aggressionsmanagement.de/ueber-kuga/index.html>

[24.08.2013]

Lebenshilfe (2013).

URL: http://50-jahre.lebenshilfe.de/50_jahre_lebenshilfe/1950er/50_2.php?listLink=1

[09.07.2013]

SEIDEL, Michael (2013): Geistige Behinderung und erworbene Hirnschäden – was sind die Unterschiede? In: Seidel, Michael (Hrsg.): Menschen mit erworbenen Hirnschäden – (keine) Randgruppe in der Behindertenhilfe ?! Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.3.2012 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 28, Eigenverlag der DGSGB: Berlin, S. 11-19 (in der Online-Ausgabe S. 1-6).

URL: www.dgsgb.de/downloads/Seidel_2%20Bd.28.pdf

[09.07.2013]

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2013a): ICD-10, F 43.0; F43.2.

URL: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.2.html>

[17.07.2013]

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2013b): ICD-10, F70-F79.

URL: [http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f70-f79.htm)

[who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f70-f79.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f70-f79.htm)

[10.06.2013]

9 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 (S.8): 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. überarb. Aufl., Elbe Werkstätten GmbH Verlag: Hamburg, S. 310.

Abb. 2 (S.20): 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. überarb. Aufl., Elbe Werkstätten GmbH Verlag: Hamburg, S. 261.

Abb. 3 (S.22): 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. überarb. Aufl., Elbe Werkstätten GmbH Verlag: Hamburg, S. 172.

Abb. 4 (S.25): 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. überarb. Aufl., Elbe Werkstätten GmbH Verlag: Hamburg, S. 186.

Abb. 5 (S.28): 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. überarb. Aufl., Elbe Werkstätten GmbH Verlag: Hamburg, S. 222.

10 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 30. August 2013

Unterschrift