

Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung

Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen - Mit Online-
Lehrfilmen

Bearbeitet von
Christian Schanze

1. Auflage 2013. Buch. 496 S.
ISBN 978 3 7945 2951 3
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie,
Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

33 Deeskalations- und Krisenmanagement

Christian Schanze, Stefan Koch, Petra Rauch

33.1 Aggressives Verhalten bei Menschen mit IM

Menschen mit Intelligenzminderung zeigen auf verschiedenen Ebenen des Wahrnehmens, Erlebens und Verarbeitens Beeinträchtigungen, die ihnen die Anpassung an soziale Situationen erschweren und es ihnen z. T. schwer machen, gesellschaftlich erwünschte Verhaltensweisen zu zeigen. Es kommt in diesem Zusammenhang zu interaktiven und kommunikativen Missverständnissen, die eventuell zu einer krisenhaften Eskalation führen können. Oft sind geistig behinderte Menschen in solchen Situationen nicht dazu in der Lage, ihr eigentliches Anliegen mitzuteilen und so fühlen sie sich ungehört und unverstanden. Anpassungsverhalten wird dann allzu oft vom sozialen Umfeld verbal durch Zurechtweisungen, strukturell durch Ausgrenzung oder gar körperlich-mechanisch durch freiheitsentziehende oder fixierende Maßnahmen erzwungen.

Menschen mit Intelligenzminderung sind nicht von sich aus aggressiv, sondern ihr unerwünschtes Verhalten beruht meist auf der unzureichenden Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, Wünsche und Nöte.

In den Untersuchungen zu aggressiven Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung in den letzten Jahrzehnten ergaben sich für allgemein **aggressives Verhalten** Prävalenzraten zwischen 17 % und 65 % (Borthwick-Duffy 1994; Cooper et al. 2009; Crocker et al. 2006; Deb et al. 2001; Emerson et al. 2001; Harris 1993; Smith et al. 1996, Tyrer et al. 2006). Als schwerwie-

gend eingeschätzte physische Übergriffe kommen dabei in 2,9 % bis 27 % der Fälle vor (Borthwick-Duffy 1994; Cooper et al. 2009; Crocker et al. 2006; Eyman & Call 1977; Tyrer et al. 2006). In der Studie von Crocker et al. aus dem Jahr 2006 wurde anhand der Modified Overt Aggression Scale (MOAS) über 12 Monate 3 165 Menschen mit Intelligenzminderung untersucht. In dieser wissenschaftlich sehr differenzierten Untersuchung zeigte sich eine allgemeine Aggressionsrate von 51,8 %. Dabei waren 24,4 % tötlich aggressiv, 24,0 % sachaggressiv, 37,6 % verbal aggressiv und 24,4 % selbstverletzend. Nur in 4,9 % der Fälle kam es zur Verletzung anderer Personen.

Aggressives Verhalten kommt demnach zwar in der Behindertenhilfe vor, die Übergriffe sind aber nur zu einem geringen Prozentsatz erheblich. Hierbei stellen das männliche Geschlecht, der Schweregrad der geistigen Behinderung und institutionalisierte Wohnformen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten dar.

In spezialisierten Wohnformen für geistig behinderte Menschen mit einem besonders intensiven Betreuungsaufwand kommt es dabei zu einer quantitativen und qualitativen Verdichtung aggressiver Übergriffe. Mitarbeiter in diesen Wohneinheiten sind deshalb in ihrem beruflichen Alltag in besonderem Maße mit aggressiven Verhaltensweisen konfrontiert und benötigen insofern ein spezielles Training für einen pädagogisch adäquaten und den eigenen Schutz berücksichtigenden Umgang mit Eskalations- und Krisensituationen.

33.2 Eskalationsverlauf

Emotional belastende oder kognitiv oder körperlich überfordernde Situationen, die, evtl. nach einer kurzen Schockphase, zu einem Anstieg der psychischen Spannung, einem so genannten **Hyperarousal** (physiologische Weckreaktion) führen, werden von Prozessen des vegetativen Nervensystems begleitet. Sie erzeugen im Menschen die klassischen Reflexe von Angriff oder Flucht. Das Diagramm in Abbildung 33-1 zeigt den nach Breakwell (1997) modifizierten **phasenhaften Verlauf von aggressiven Durchbrüchen**. Hierbei kommt es nach einer auslösenden Situation (Phase I) zu einer kontinuierlichen Eskalation (Phase II, Arousal-Reaktion), die schließlich in eine Krisensituation (Phase III) münden kann. Die Krisenphase ist durch ein zu- und abnehmendes Spannungsniveau gekennzeichnet. Dabei kann es durch kleinste Irritationen zu einem psycho-physiologischen Rearousal und somit zu erneutem aggressiven Verhalten kommen. Danach erfolgt allmählich eine Entspannung (Phase IV), die von einer Nach-Krisen-Depression (Phase

V) mit Gefühlen von Scham, Reue, Angst oder Depression abgeschlossen wird. Die gemeinsame Aufarbeitung (Phase VI) der Krisensituation kann emotional und kognitiv erst nach der Phase V sinnvoll erfolgen. Sie dient nicht nur der eventuell erforderlichen Wiederannäherung der an der Krise beteiligten Personen, sondern sie ist der wesentliche Ausgangspunkt für eine zukünftige, effiziente Prävention von Eskalationen und Krisensituationen.

33.3 Deeskalationstechniken

In den letzten Jahren wurde der Bedarf an geeigneten Deeskalationstechniken für Mitarbeiter der Behindertenhilfe zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. So haben verschiedene Anbieter für allgemeine Deeskalationstrainingsverfahren, die bislang v. a. in den Bereichen von Polizei, Notfalldiensten, Straßensozialarbeitern, Justizvollzugsanstalten oder forensischen Kliniken Anwendung fanden, ihre Techniken für Mitarbeiter der Be-

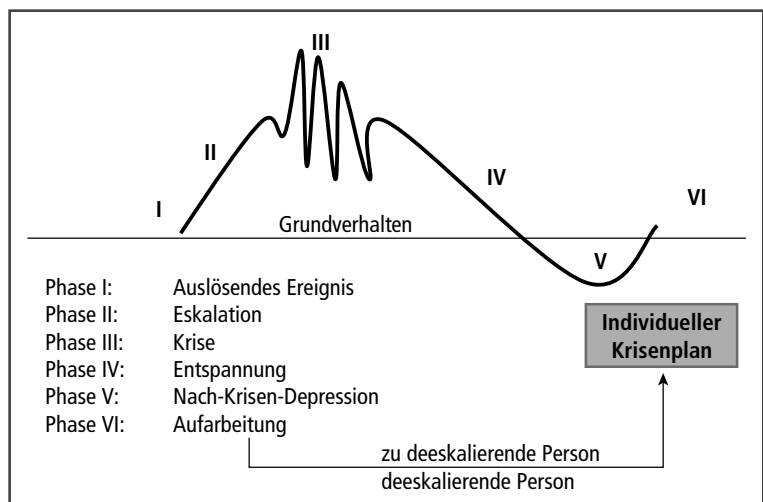


Abb. 33-1 Eskalationsmodell (mod. nach Breakwell 1997)

hindertenhilfe und deren besonderem Klientel in Deutschland schrittweise adaptiert (vor allem durch ProDeMa^{®1} und PART^{®2}).

Speziell für Menschen mit Intelligenzminderung und/oder Autismus wurde bereits Mitte der 90-er Jahre in Großbritannien der Low-Arousal-Ansatz von Hutt et al. (1964) für das Deeskalationskonzept von Studio 3 angewandt. Dieses Konzept wurde in verschiedenen Studien in der Behindertenhilfe evaluiert. Auch in Deutschland wurden in den letzten Jahren speziell für Menschen mit verschiedenen Behinderungsformen und/oder Intelligenzminderung Konzepte wie z. B. DEKIM^{®3} entwickelt. In ihm werden auf der Basis entwicklungspsychologischer, neuropsychologischer und heilpädagogischer Grundlagen verbale Deeskalationstechniken und ein umfassendes Krisenmanagement vermittelt. Die körperlichen Deeskalationstechniken basieren dabei auf den Prinzipien und der Philosophie der rein defensiven Kampfkunst Aikido.

33.3.1 Low-arousal-Ansatz, annehmende Haltung und Prävention

Alle Deeskalationstechniken haben den gemeinsamen Grundsatz, dass die beste deeskalierende Maßnahme die Prävention darstellt. Das heißt, dass auslösende Situationen kontrolliert und eine Eskalation durch die Anwendung verbaler Techniken vermieden werden sollen. Hierbei gehen die beiden speziell für Menschen mit geistiger Behinderung und/oder Autismus entwickelten Verfahren Studio 3 und DEKIM[®] auf die besondere Si-

tuation dieser Personengruppe sehr intensiv ein.

Auf Grund der eingeschränkten Fähigkeiten von Menschen mit Intelligenzminderung und von Menschen mit Autismus verbal die eigenen Wünsche, Sorgen oder Nöte zum Ausdruck bringen zu können, führt eine diese Anliegen nicht zur Kenntnis nehmende Haltung von Angehörigen oder Mitarbeitern der Behindertenhilfe zu einem Anstieg der inneren Anspannung der betroffenen Personen. Bereits 1964 haben Hutt et al. für die Gruppe der Menschen mit Autismus diesen Prozess sehr eindrücklich beschrieben. Sie wiesen darauf hin, dass Kinder mit Autismus eine hohe physiologische Reizbarkeit auf externe Stimuli zeigen. Wenn in solchen vulnerablen Momenten zusätzlich Anforderungen gestellt werden oder verbale oder non-verbale Konfrontationen erfolgen, führt dies zu einem Hyper-Arousal mit einem zunehmenden Spannungsanstieg (Stress und Angstreaktion). Dies führt nunmehr zu einer klassischen „**fight or flight**“-**Reaktion** (Angriff oder Flucht) mit den typischen körperlichen Stresssymptomen (Abb. 33-2).

Aus dieser Erkenntnis entwickelte McDonnell bereits in den späten 80er-Jahren für die Behindertenhilfe **nicht-aversive und nicht-konfrontative Betreuungsansätze**, die schließlich im Deeskalationskonzept von Studio 3 aufgingen und dort weiterentwickelt wurden (McDonnell et al. 2002). Dies beinhaltet eine selbstreflektierende Grundhaltung in der Assistenz, eine konsequente Reduktion von Anforderungen in der Krisensituation und einen Ausschluss von restriktiven körperlichen oder mechanischen Techniken. Betreuungspersonal verursacht immer wieder unabsichtlich durch das Bestreben sich pädagogisch konsequent zu verhalten eine Eskalation der Situation (Stressimpuls und Hyper-Arousal). Diese Haltung muss im Interesse der Deeskalation in dem nicht-aversiven Konzept von Studio 3 kurzfristig in den auslö-

1 Institut für professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa[®])

2 Professional Assault Response Training (PART)

3 Deeskalationstraining und Krisenmanagement bei Menschen mit Intelligenzminderung (DEKIM[®])