

# Deeskalation und Krisenmanagement bei Menschen mit Intelligenzminderung – Herausforderungen im pädagogischen Alltag

DEKIM® 2016

*Modifiziert und überarbeitet 2020: Christian Schanze, Stefan Koch*

## Sind wir auf Krisen vorbereitet?

Mein Diensthandy klingelt! Ich nehme ab und höre die aufgeregte Stimme einer Mitarbeiterin einer der psychiatrischen Stationen des kleinen Krankenhauses für Menschen mit Behinderungen, in dem ich seit knapp 5 Jahren als Chefarzt arbeite. Ich bin Psychiater und Pädagoge und bin seit vielen Jahren auf die psychiatrisch-pädagogische Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und/oder Autismus spezialisiert.

„Kommen Sie bitte schnell auf die Station L.. Der Patient G. tobt wie verrückt in seinem Zimmer und ich brauche dringend Hilfe!“ Schon hat die junge Mitarbeiterin, eine Krankenschwester, krachend den Hörer aufgelegt und das letzte, was ich noch im Hintergrund durch das Telefon höre ist ein lauter Schrei und Knall. Schnell streife ich meinen weißen Arztkittel, den ich normalerweise nicht trage, über und prüfe im Loslaufen ob ich alles bei mir trage: Stethoskop, Reflexhammer ... ‚Was für ein Unsinn‘, denke ich und stürme aus meinem Zimmer, ‚der Kittel wird mir bei dem, was da auf mich zukommt, auch nicht helfen können! Eine echte ärztliche Übersprungshandlung, Herr Kollege!‘ belächle ich mein reflexartiges Tun. Den Flur entlang und durch die somatische Station unseres kleinen Krankenhauses hindurch, das ist der kürzeste Weg um auf die psychiatrische Abteilung zu gelangen. Meine schnellen Schritt und das laute Geklimper von Stethoskop und Reflexhammer in meiner Kitteltasche haben das Personal der somatischen Abteilung alarmiert. Ein erfahrener Krankenpfleger schaut aus dem Stationszimmer. Im Vorbeilaufen bitte ich ihn mir auf die Station L. zu folgen, dort tobe ein Patient und wahrscheinlich würde ich seine tatkräftige Unterstützung brauchen können. Er bespricht sich kurz mit seiner Kollegin und kommt hinter mir her! Schnell geh ich gedanklich alles nochmal durch, was ich von dem Patienten weiß: Schwere Intelligenzminderung, Autismus, Epilepsie, spricht nicht, lebt in einem Wohnheim, nicht werkstattfähig, die alleinerziehende Mutter setzt sich

kämpferisch für ihren Sohn ein, leidet aber selbst immer wieder unter seinen schweren selbstverletzenden Attacken, die ihr in der Seele wehtun. Patient ist ca. 1,75 m groß, schmal, aber sehr drahtig und extrem unruhig, ja hyperaktiv. Er ist wegen seiner häufigen Selbstverletzungen stationär bei uns aufgenommen worden und bisher haben wir die Ursachen dieses Verhaltens noch nicht entschlüsseln können. Wir tappen diagnostisch und entsprechend auch therapeutisch noch im Dunkeln! Super! Glänzende Aussichten! Aber wir sind ja jetzt mit dem Personal von Station L. gerechnet mindestens vier Leute und müssten den Patienten, meiner Ansicht nach, doch irgendwie „in den Griff bekommen“.

Auf der Station angekommen höre ich schon ein rhythmisches, dumpfes Wummern und danach mehrere intensive schrille Schreie, laute Volksmusik, dann wieder das Wummern. Einige Patienten sitzen unbeteiligt wirkend im Aufenthaltsraum, eine Patientin kommt mir entgegen, deutet auf die offenstehende Tür eines Patientenzimmers und meint: „Der schreit wieder! Das ist sooo laut!“ Drei andere Patienten stehen vor dieser Tür und schauen neugierig in das Zimmer hinein. Aus dem Zimmer schallen Volksmusik, die aufgeregten Stimmen der beiden diensthabenden Mitarbeiterinnen der Station und abwechselnd Schreie und dumpfes Wummern.

„Halt M., nicht schlagen, lass mich los! Nicht kratzen! Jetzt hör aber mal auf, was soll denn das!“

Im Hintergrund geben die Kastelruther-Spatzen ihr bestes:

*Berge ohne Wiederkehr, das war ein Spatzenlied.*

*Tränen passen nicht zu dir, das war ein Spatzenlied...*

Jetzt die andere Mitarbeiterin: „Die Mama kommt am Wochenende und bringt Süßigkeiten mit und vielleicht geht ihr dann auch Eis essen. Das wäre doch toll! Das gefällt dir doch, oder!“

Wummern, Schreien!

„*Gloria alla montagna!*“

„Ich halte jetzt seinen Kopf fest! Kleb du ihm das Pflaster auf die Stirn!“

„Ich versuch es ja! Hey, nicht kratzen! Du sollst mich nicht kratzen! Au, verdammt!“

Ich bahne mir den Weg durch die Schaulustigen und einer von ihnen meint fachmännisch: „Schanze, der gehört fixiert!“

Erwartungsfroh reibt er sich die Hände, lacht und springt aufgeregt im Kreis!

Im Zimmer versuchen die beiden Mitarbeiterinnen verzweifelt G. festzuhalten und seine kleine Platzwunde an der Stirn, aus der Blut sickert, mit einem Pflaster zu

versorgen. Der Patient kniet am Boden und wirft den Oberkörper heftig hin und her. Dann schlägt er dreimal den Kopf auf den Boden, Wum, Wum, Wum, schreit und schaukelt wieder hin und her.

Ich spreche ihn wiederholt mit seinem Vornamen an, aber er reagiert nicht. Er scheint unerreichbar, ganz in sich gefangen und komplett in der stereotypen Abfolge seiner Bewegungen, dem Kopfschlagen und seinem Schreien verwoben zu sein.

Bei den Kastelruther-Spatzen setzt die Blasmusik zum Finale an.

Jetzt bemerke ich, dass der Zimmerkollege des Patienten auf der Bettkante sitzt und die Lautstärke seines CD-Players auf dem Nachtkästchen noch etwas höher dreht.

Die eine Mitarbeiterin versucht erneut die Wunde auf der Stirn mit einem Pflaster zu versorgen. Doch bei der kleinsten Körperberührung schlägt G. wild um sich und trifft sie mit dem Arm im Gesicht. Ihre Brille wird durch den Schlag heruntergeschleudert und schlittert über den Boden.

Es sind nun 9 Leute im Zimmer bzw. stehen im Türrahmen: der Patient, drei Pflegekräfte, der Zimmerkollege des Patienten, drei Neugierige und ein Arzt. Wummern, Schreien, Wippen!

*„Gloria, Gloria, Gloria! Gloria alla montagna!*

*Drum singen alle mit, beim neuen Spatzenlied!“*

Schwirrt Ihnen, lieber Leser:in, auch der Kopf? Kann man bei einem solchen Lärm und Durcheinander überhaupt einen klaren Gedanken fassen und adäquate Maßnahmen einleiten? Eigentlich würde man sich jetzt Ruhe für alle an dieser Krisensituation Beteiligten wünschen, aber die Ereignisse rasen dahin und die Stirn des Patienten blutet. Es muss jetzt etwas getan werden! Aber genau dieses „Sollen“ bringt uns in Eskalationssituationen unter enormen Handlungsdruck und wenn man für diesen Fall nicht Kompetenzen erworben hat (z.B. im Rahmen von Deeskalationstrainings), ist die Wahrscheinlichkeit einen Beitrag zur Beruhigung der Situation leisten zu können sehr gering!

Die damals, 2009, in Deutschland verbreiteten Deeskalationskonzepte waren meiner Ansicht nach jedoch für Menschen mit geistiger Behinderung nur wenig geeignet! Sie wurden den speziellen Anforderungen vor allem der schwer-mehrfachbehinderten oder autistischen Menschen überhaupt nicht gerecht! Häufig ging es dabei vor allem um eine sprachliche Deeskalation (was tut man dann aber bei Menschen mit eingeschränkter oder fehlender Sprachkompetenz?) oder um die körperliche

Beherrschung der eskalierten Situation, in dem man die betroffene Person schnell auf den Boden brachte und dort bewegungsunfähig machte oder um die Schaffung einer zahlenmäßigen Übermacht und Dominanz. Insgesamt erschien mir darin zu wenige auf die Nöte und speziellen Bedürfnisse von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung eingegangen zu werden.

Gemeinsam mit Petra Rauch (Heilerziehungspflegerin) und Stefan Koch (Psychologe) entwickelten wir schließlich 2011 das Konzept für DEKIM (Deeskalation und Krisenmanagement für Menschen mit Intelligenzminderung). In ihm versuchten wir vor allem drei Aspekte umzusetzen:

- Behinderungsspezifische Ansätze der kommunikativen Deeskalation (Menschen mit Lernbehinderung und leichter Intelligenzminderung, Menschen mit mittelgradig bis schwerster Intelligenzminderung, Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen, Berücksichtigung sensorischer Beeinträchtigungen wie Blindheit, Hör-Sprech-Behinderung, Körperbehinderung).
- Streng defensive körperliche Deeskalationstechniken (Ableitungen nach den Kampfkünsten Aikido, Kyusho und Jiu-Jitsu = Ki-Ba-Do) und ihre behinderungsspezifische Anwendung (z.B. bei Menschen mit Geh- und Stehbeeinträchtigungen).
- Einbettung des Deeskalationskonzepts in ein pädagogisches Krisenmanagement und in ein entwicklungspsychologisches Konzept der Entwicklungsstimulation.

## **Aggressives Verhalten bei Menschen mit Lernschwierigkeiten**

Menschen mit Lernschwierigkeiten 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 Lernschwierigkeiten 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% (Cooper et al. 2009, Crocker et al. 2006, Tyrer et al. 2008, Deb et al. 2001, Emerson et al. 2001, Smith et al. 1996, Harris 1993). Als schwerwiegend eingeschätzte physische Übergriffe kommen dabei in 2,9% bis 27% der Fälle vor (Cooper et al. 2009, Crocker et al. 2006, Tyrer et al. 2008, Eyman & Call 1977).

## Eskalationsverlauf

Emotional belastende oder kognitiv oder körperlich überfordernde Situationen, die, evtl. nach einer kurzen Schockphase, zu einem Anstieg der psychischen Spannung, einem so genannten *Hyper-Arousal* (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 34.1 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 auf und abschwelendes 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.

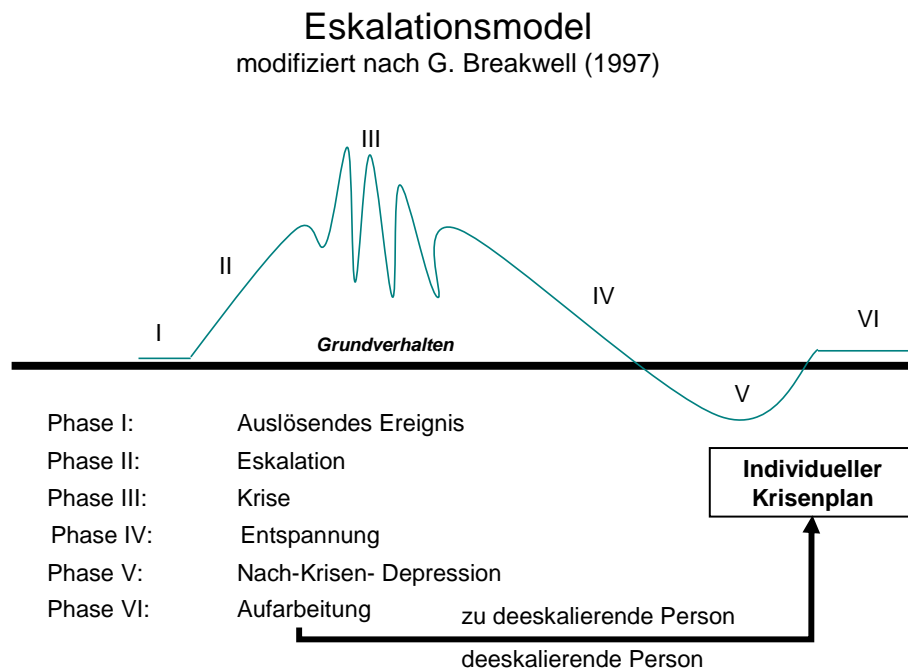


Abb. 1: Eskalationsmodell, Schanze, Koch, Rauch 2014 modifiziert nach Breakwell 1997

## Low-arousal-Ansatz, annehmende Haltung und Prävention

Auf Grund der eingeschränkten Fähigkeiten von Menschen mit Lernschwierigkeiten und von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen 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. Diese Reaktion wird als Arousal-Reaktion (engl. Erregung, Weckung) bezeichnet. Wenn in solchen Momenten mit hoher innerer Anspannung zusätzlich Anforderungen gestellt werden oder verbale oder non-verbale Konfrontationen erfolgen, führt dies zu einer überschießenden Ausschüttung der Stresshormone, die mit einer starken Erregung (Hyper-Arousal) den gesamten Organismus erfassen. In einem solchen Zustand

steht dem Menschen nur noch ein eingeschränktes Verhaltensrepertoire zur Verfügung, das zu einer „Entweder-Oder-Situation“ führt: *Fight or Flight* (Angriff oder Flucht), begleitet von typischen körperlichen Stresssymptomen (siehe Abb.2).

## Physiologische Symptome von Stress

### Stressachse: Hypothalamus-Hypophyse-Nebenniere

**Stress:**

- das Nebennierenmark: Adrenalin- und Noradrenalin-Sekretion (Erhöhung von Blutzucker, Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz, extrem **schnelle Wirkung: primäre Notfallreaktion**)
- die Nebennierenrinde: u.a. Cortisol (u.a. Erhöhung des Blutzuckers, **Wirkung verzögert, v.a. bei chronischem Stress**)
- Blutgefäße der Haut, des Gehirns, der Skelettmuskulatur ziehen sich zusammen (Schockreaktion)
- Blutgefäße des viszeralen Systems (Verdauungstrakt) ziehen sich zusammen, Peristaltik verringert
- Erweiterung der Pupillen, Entspannung der Ziliarmuskulatur (Sehen in die Ferne!)
- Erweiterung der Bronchien

- Schwitzen
- Bauchspeicheldrüse: Drosselung der Sekretion
- Blase entspannt sich (mehr Speichervolumen)
- Analer und urinaler Schließmuskel schließen sich
- Haut und Körperhaare: Gänsehaut
- Energiereserven werden mobilisiert

**Später:**

- Ein hoher Cortisolspiegel führt zur Drosselung der Hormone:
  - Corticotropin-Releasing Hormon (CRH)
  - Adrenocorticotropes Hormon (ACTH)
- Cortisol-Sekretion sinkt
- Stressreaktion wird „abgeschaltet“



Abb. 2 Physiologische Stressreaktionen

Es ist insofern von großer Bedeutung, dass in Krisensituationen konsequent auf eine Reduktion von Anforderungen und zusätzlichen Stressoren geachtet wird.

Betreuungspersonal verursacht in Krisensituationen 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 den Hintergrund treten.

Das DEKIM®-Konzept fokussiert darüber hinaus sehr stark auf den personenzentrierten Aspekt und versucht durch eine konsequent annehmende Haltung das Anliegen bzw. die Not des Gegenübers zu erkennen. Durch ein Umlenken der auf beiden Seiten in der Krisensituation vorliegenden aversiven Energie (sowohl auf der Seite der zu deeskalierenden, als auch auf der der deeskalierenden Person!) wird der Weg für eine Lösung des Problems freigemacht.

Das kann auch bedeuten, dass man bei Versagen aller nicht-konfrontativen und verbal deeskalierenden Techniken die betroffene Person durch die dann entstehende Krise hindurch begleitet und dabei trotzdem die Würde und den Ausdruck der inneren Not des Gegenübers respektiert.

## **Besonderheiten bei Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung**

Betrachtet man diese Eskalationskurve, so fällt einem bei der besonderen Personengruppe der Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung auf, dass auslösende Situationen häufiger durch unmittelbar körperlich geprägte Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Müdigkeit, Kontaktbedürfnis, aber auch durch außerordentliche Zustände wie z.B. sensorische Überforderung durch übermäßige akustische oder optische Reize oder auch Schmerzzustände und dem damit verbundenen Gefühl des „Unwohlseins“ geprägt sein können. Eskalationsabläufe können dann besonders schnell verlaufen (Steigung der Eskalationskurve steil) und stehen in einem sehr unmittelbaren Zusammenhang mit der Frustration und der das Unwohlsein verursachenden Situation.

Häufig kommt es vor allem zu Aggressionen in Situationen, die einen engen körperlichen Kontakt voraussetzen, wie z.B. der Körperpflege, dem An- und Auskleiden oder bei körperlichen Maßnahmen, wie z.B. im Rahmen der basalen Stimulation. In „Gefahr“ ist immer die versorgende Person. Aggressive Übergriffe auf Dritte bzw. gleichrangige Personen kommen äußerst selten vor und unterliegen eher dem Prinzip der Zufälligkeit (die andere Person ist zum falschen Zeitpunkt am falschen Ort).

Die sogenannte Nach-Krisen-Depression kann bei schwer geistig und mehrfach behinderten Menschen auch komplett fehlen, da differenzierte emotionale Gefühle wie Schuldempfinden, Scham oder Reue nicht oder noch nicht entwickelt werden konnten und somit fehlen. Typisch ist hier, dass nach der Bedürfnisbefriedigung und dem Beheben des „Unwohlseins“ ein völlig vorbehaltloses Bedürfnis nach Kontakt (auch körperlich) vorhanden ist. Strafe oder Entzug von Kontakt und Zuwendung ist hier völlig unangebracht, da jedes Verständnis für das eigene Fehlverhalten und seine Folgen



fehlt (kein moralisches Ich vorhanden). Auch während der Krise kann das Aufnehmen von Körperkontakt durchaus einen beruhigenden Effekt haben. Allerdings ist es auch möglich, dass es bei noch zu hoher Anspannung des Gegenübers zu einer reaktiven Aggression kommt, die als unmittelbare Ableitung der Anspannung auf den Deeskalierenden zu verstehen ist (ähnlich eines emotionalen Blitzableiters; Selbstobjekt nach Kohut, 1973). Man sollte deshalb vorsichtig vorgehen und im ersten Schritt nur eine Geste der Handreichung vollführen und eine bestätigende Aktivität von Seiten des/der Betroffenen in Richtung dieses Kontaktangebots abwarten (nach dem Motto: Ja, jetzt bin ich soweit! Ich brauche deinen Halt!).

Bei der Aufarbeitung (Phase VI) sollten Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung immer eine Assistenz erhalten. Diese Person sollte den betroffenen Menschen in der Kommunikation und Interessenvertretung unterstützen (advokatorische Assistenz) bzw. eventuell auch komplett vertreten (wenn die betroffene Person die Situation einer gemeinsamen Aufarbeitung nicht aushalten kann, was vor allem bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen der Fall ist).

Die körperliche Begleitung einer Krisensituation ist in Trainingsprogrammen vor allem geprägt durch Selbstbefreiungstechniken, die in Situationen erforderlich sind, in denen sich die zu deeskalierende Person in die Haare, den Körper oder die Kleidung des Krisenbegleiters verkrallt hat. Darüber hinaus ist bei den körperlichen Deeskalationstechniken auf die besondere motorische Situation des schwer und mehrfach behinderten Menschen zu achten (Steh- und Gehbehinderung, Rollstuhl, Versorgung im Pflegebett etc.). Häufig geht es hierbei dann vor allem um schützende und Halt gebende Maßnahmen.

## **Kommunikative Deeskalation**

In der ersten Phase von Eskalationssituationen erfolgen deeskalierende Maßnahmen durch begleitende bzw. assistierende Personen vorwiegend mit verbalen und nicht-sprachlichen kommunikativen Mitteln. Da Menschen mit Intelligenzminderung im Bereich der Kommunikation jedoch häufig Beeinträchtigungen haben, ist es wichtig, die kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten des Gegenübers bei der verbalen Deeskalation zu berücksichtigen (Friedman u. Shedlack 2011, Murphy 2006). Eine solche kommunikative Deeskalation kann, wenn sie frühzeitig und korrekt eingesetzt

wird, zur Verhinderung einer krisenhaften Zuspitzung und somit auch zur Vermeidung einer eventuell drohenden körperlichen Auseinandersetzung beitragen. Die Voraussetzung hierfür stellt eine grundsätzlich annehmende Haltung bei Angehörigen bzw. Mitarbeitern der Behindertenhilfe dar. Wie M. Pörtner bereits für den Personenkreis geistig behinderter Menschen beschrieben hat, muss sich die Kommunikation genau an dem orientieren, was sich beim Gegenüber in einer eskalierenden Situation unmittelbar zeigt. Das heißt, nicht zu interpretieren, sondern durch sorgfältiges Zuhören, Hinsehen, Ernstnehmen und Einfühlen, die andere Person, ihre Welt und ihr Anliegen besser zu verstehen (Pörtner 2000). In der Untersuchung von Nonne u. Hastings (2010) wurde die Bedeutung eines solchen verstehenden Betreuungsansatzes für Mitarbeiter der Behindertenhilfe evaluiert. So ist diese Haltung nicht nur sinnvoll für den Deeskalationsprozess, sondern sie wirkt sich, wie in der Untersuchung gezeigt wurde, positiv auf die Arbeitszufriedenheit und Prävention von Überforderungssymptomen bei den Mitarbeitern der Behindertenhilfe aus.

## **Leichte Sprache**

Jeder Mensch versteht Texte in leichter Sprache besser, besonders wenn er sich unter Anspannung oder in Krisensituationen befindet. Für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Autismus-Spektrum-Störungen gilt dies in besonderem Maße. Gerade unter Stress können dann erlernte Problemlösungsstrategien, die kognitiv und emotional weniger stabil im neuronalen Netzwerk verankert sind, nicht ohne weiteres abgerufen werden (Hulbert-Williams L, Hastings 2008, Gillott u. Standen 2007). Wenn diese Personengruppe dann in der Kommunikation durch zu komplexe Sprache des Gegenübers überfordert wird, so stellt dies für sie eine Wiederholung von bereits früher häufig erlebter Hilflosigkeit („Ich versteh das alles nicht! Es sind viel zu viele Worte! Es geht alles viel zu schnell!“) dar und führt meist zur Eskalation der Situation.

Die Verwendung von leichter Sprache ist in Krisenmomenten eine der Säulen der Deeskalation. Das Adjektiv „leicht“ darf aber nicht zu dem falschen Schluss verleiten, dass leichte Sprache nicht trainiert werden müsste. Als deeskalierende Person in einer Krisensituation muss man dem Bedürfnis durch viele Worte den eigenen Stress

abzubauen widerstehen und die eigene verbale Kommunikation ganz bewusst vereinfachen. Das Motto muss lauten: klar, wahr und rar.

Nur wenn dieses grundlegende Motto beherzigt wird, kann ein kommunikativer Kontakt hergestellt werden, der die Basis für eine kooperative Zusammenarbeit in der Krise ermöglicht. Ist dies gegeben, dann kann der Mensch in der Krise aus seiner inneren Anspannung herauskommen und sein Verhalten selbst wieder besser kontrollieren.

Weiterführende Informationen dazu sind auf der Website des Netzwerks Leichte Sprache ([www.leichtesprache.org](http://www.leichtesprache.org)) nachzulesen.

## **Körperliche Deeskalationstechniken**

Für den Fall, dass kommunikative Deeskalationsbemühungen nicht zu einer Entspannung einer Krisensituation führen und die Person mit geistiger Behinderung unmittelbar körperliche Gewalt glaubhaft androht oder ausübt, dürfen aus rechtlicher Sicht auf der Grundlage der §§ 32 und 34 StGB (Notwehr / Nothilfe und Notstand) unter Einhaltung der diesbezüglich rechtlichen Vorgaben physische Interventionstechniken zum Einsatz gelangen. Diese sind aber unter allen Umständen als „Ultima Ratio“ anzusehen und dienen lediglich der Situationskontrolle in einer gegenwärtigen Krise. Hinter der Anspannung und möglicher daraus resultierender körperlicher Übergriffe von Menschen steht meist eine aktuell nicht mehr zu bewältigende Not, die sich ihren Weg von tief innen nach außen sucht. Diese Menschen benötigen dann Hilfe und Unterstützung in Form eines begleitenden Führens und nicht eines moralisierenden Entwertens.

Um Menschen mit geistiger Behinderung und alle Beschäftigten in den Einrichtungen davor zu schützen, dass physische Interventionen ausschließlich für die Situationskontrolle in Krisensituationen und nicht für eine allgemeine Kontrolle der Klientel oder sogar der Stabilisierung der Machtverhältnisse zwischen Betreuern und Klienten dienen, ist es unabdingbar, dass diese Einrichtungen wirtschaftliche, personelle, räumliche, zeitliche und fachkundige Ressourcen zur Verfügung stellen, damit ein entsprechendes Deeskalationsprogramm mit adäquaten körperlichen Interventionstechniken in den Einrichtungen eingeführt und fortwährend geschult werden kann. Dieses Trainingsprogramm sollte allen Beschäftigten im Umgang mit Menschen mit Behinderung in den Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Hierbei sollten ausschließlich durch qualifizierte Fachkräfte geschulte, körperliche Interventionstechniken für die Krisenbegleitung eingesetzt werden, die aus den traditionellen Kampfkünsten technisch modifiziert und auf den speziellen Bedarf und die anatomisch – physiologischen Besonderheiten von Menschen mit Behinderung abgestimmt wurden.

Jeglicher Einsatz von körperlichen Interventionstechniken birgt die Risiken von Retraumatisierungen oder der Aktivierung frühkindlicher Verhaltensmuster mit der Folge eines Regredierens und Vertrauensverlustes und damit eines Beziehungsabbaus zwischen der eskalierenden Person und dem Krisenbegleiter. Um diesen Risiken vorzubeugen und eine anstehende Krise zu einer Chance der Weiterentwicklung zu wandeln, benötigt es spezielle körperliche Interventionstechniken, die eine Begleitung in derartigen Krisensituationen ermöglichen. Darüber hinaus ist ein ständiges Reflektieren der eigenen Anteile an krisenhaften Verläufen und eigenen Emotionen den gesamten Deeskalationsprozess betreffend in Form von begleitenden Supervisionen ratsam.

Das Trainingsprogramm DEKIM® vermittelt in seinen Schulungen eine, sowohl die verbale Deeskalation als auch die körperorientierten Interventionstechniken umfassende Haltung der annehmenden Begleitung über den gesamten Krisenverlauf hinweg. Die in der Stresskurve von Breakwell beschriebenen Phasen einer Krise und die davon begleiteten körperlichen Stressmerkmale (z.B. Schwitzen, Zittern, klosartiges Gefühl im Hals, weiche Knie und vieles mehr) finden sowohl auf Seiten der zu deeskalierenden Person, als auch des Krisenbegleiters statt. Um diesem Umstand gerecht zu werden und daraus resultierenden, von Seiten des Krisenbegleiters stressbedingten und übertragungsgeschuldeten gewaltaffinen Aktionen gegenüber der eskalierenden Person vorzubeugen, werden körperliche Interventionstechniken nur dort angewandt, wo auch tatsächlich eine Gefahr für den Krisenbegleiter, die eskalierende Person selbst, oder eine dritte Person besteht. Die körperlichen Interventionstechniken beruhen auf der Philosophie und den Prinzipien der Kampfkünste Aikido, Kyusho und Jiu-Jitsu (Ki-Ba-Do). Die speziell für den Einsatz der Krisenbegleitung in sozialen Einrichtungen entwickelten körperlichen Selbst- und Fremdschutztechniken nutzen u.a. Technikanteile der Kampfkünste Jiu-Jitsu, Kyusho und Heilungspunkte der Akupressur. Um das Verletzungsrisiko auf beiden Seiten zu

minimieren, werden alle Techniken nur in die natürliche Bewegungsrichtung der Gelenke ausgeführt. Es wird nicht gegen die Angriffsenergie, sondern vielmehr mit dieser gearbeitet. Das Prinzip „Kraft“ wird somit durch ein Annehmen und Umlenken der Energie aufgehoben, was die zu deeskalierende Person als ein „Begleiten“ anstelle eines „Dominierens“ im Deeskalationsprozess verspüren kann.

Die körperlichen Interventionstechniken können in einem fließenden Übergang entweder zu einem Auflösen (im Falle der Spannungsreduktion bei der zu deeskalierenden Person) der Situation, einer Transporttechnik (zum Aufsuchen einer reizärmeren Räumlichkeit) oder bei weiterer, hoher Anspannung und Gefahrenmoment, in eine spezielle haltgebenden Techniken auf dem Boden ohne mechanische Hilfsmittel übergeführt werden. Die Haltetechnik beruht ebenfalls auf dem Prinzip der Begleitung und zeichnet sich durch eine verbale, wie auch rein körperliche Kommunikation auf Grundlage der muskulären Spannungssignale und des Atmungsverhaltens zwischen der deeskalierenden Person und den für diese Techniken notwendigen drei Krisenbegleitern aus (Energiewippe).

## **Behinderungsform, emotionale Reife und Deeskalation**

In einem deeskalierenden Management müssen nicht nur die kognitiven (Grad der Intelligenzminderung), sensorischen (zusätzliche Sinnesbehinderungen) und motorischen Fähigkeiten (z.B. Körperbehinderung) des Gegenübers berücksichtigt werden, sondern auch sein emotionales Entwicklungsniveau ist von besonderer Bedeutung. Die anzuwendenden verbalen und non-verbalen Techniken orientieren sich am Grad der emotionalen Reife. Die verschiedenen Stufen lassen sich mit der von Sappok, Zepperitz, Barrett und Došen 2018 entwickelten und als SEED (Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik) in Deutschland veröffentlichten Skala gut erheben. Die jeweiligen Entwicklungsstufen sind mit sehr spezifischen Bedürfnissen verbunden, denen in Eskalations- und Krisensituationen entsprochen werden muss. Während z.B. emotional reifere Menschen mit Intelligenzminderung in solchen Momente unbedingt ihre Autonomie und Selbstbestimmung bewahrt und respektiert sehen wollen, suchen diejenigen mit einer unreiferen emotionalen Entwicklungsstufe eher nach Halt und Orientierung. Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen zeigen dagegen initial bei Krisen häufig ein Hyper-Arousal mit starkem Anstieg

physiologischer Stresssymptome, die durch externe Reize und/oder unbeabsichtigten Stressimpulsen durch Angehörige, Schul- oder Einrichtungsmitarbeiter (z.B. Anforderungen, Überforderung, starre Durchsetzung von Betreuungskonzepten, unzureichender Schutz in der Eskalationssituation) verstärkt werden. In Krisensituationen verschließen sie sich jedoch häufig in sich selbst. Ihr Verhalten ist dann von ausgeprägten motorischen Stereotypen gekennzeichnet, zu denen auch selbstverletzendes Verhalten gehören kann. Aggressives Verhalten ist in solchen Momenten ungerichtet und die betroffenen Personen müssen im Krisenverlauf vor externen Reizen geschützt werden, die zu einem Re-Arousal führen können und eine Entspannung verzögern.

Die fünfstufige Einteilung des emotionalen Entwicklungsniveaus von Došen gibt insofern nicht nur Aufschluss darüber was ein Mensch in einer Eskalations- und Krisensituation braucht, sondern es lässt sich an Hand der Entwicklungskriterien an der Art des Krisenverhaltens des Betroffenen eine potentielle Gefährdungen für Dritte und für den Krisenbegleiter ablesen. Die deeskalierende Assistenz kann präventiv danach ausgerichtet und Fremdverletzungen vermieden werden. Diese behinderungsspezifischen Aspekte werden gerade in Deeskalationsverfahren, die speziell für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt wurden (s.o.) berücksichtigt.

## **Krisenmanagement**

Ein adäquates Krisenmanagement lässt sich nicht allein auf die Momente der Krise begrenzen. In solchen Ausnahmesituation kumulieren ja stets eine Summe von meist negativen Erfahrungen, Ängsten und Nöten, die die betroffene Person in ihrem Leben in der Interaktion mit dem sozialen Umfeld (Familie, Schule, Peer Group, Wohn- und Arbeitsbereich) gemacht hat bzw. auch machen musste (Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch).

Ein Krisenmanagement muss also einem verstehenden Ansatz verpflichtet sein und die gesamte Verhaltenslandschaft, zu der auch der biografische Kontext gehört, berücksichtigen. Verstehen heißt also genau die systemischen Bezüge des aggressiven Verhaltens zu erkennen.

Im Rahmen der erforderlichen differenzierten funktionalen Diagnostik werden Hypothesen über die psychosozialen Entstehungsbedingungen und die spezifischen Auslöser des unerwünschten Verhaltens gebildet. Dabei ist es auch sinnvoll die situativen Rahmenbedingungen zu analysieren, in denen das Verhalten nicht auftritt und insofern eventuell die Strukturen einer Lösung der Problematik enthalten sind.

Die nächsten Schritte des Vorgehens nach der Diagnostik sind:

- Hypothesenbildung,
- Spezifizierung der Dokumentation (Fokussierung auf die wesentlichen Verhaltenssymptome),
- Krisenmanagement (Besprechung des weiteren pädagogischen Umgangs mit den Verhaltensauffälligkeiten, Erstellung eines Krisenplans),
- eventuell spezielle nichtpharmakologische Therapieverfahren,
- eventuell unterstützende pharmakologische Behandlung.

Aus einer solchen Analyse kann ein individuelles, multidimensional ansetzendes Therapie- und Betreuungskonzept entwickelt werden. Voraussetzung dafür ist ein multiprofessionell besetztes Therapeutenteam. Grundlage für den Erfolg eines solchen Behandlerteams ist eine dialogische Zusammenarbeit ohne berufshierarchische Abgrenzungskämpfe (Schanze 2005).

Eine der am häufigsten von Eltern oder Betreuungspersonal gestellten Fragen ist: „Was sollen wir tun, wenn das aggressive Verhalten wieder auftritt?“ Dahinter verbirgt sich die Frage nach der sofort erfolgreich anwendbaren, unmittelbaren Reaktionsweise auf bestimmtes Verhalten. Dieser zentrale Aspekt eines sinnvollen, zukünftigen Krisenmanagements enthält zwei wesentliche Elemente:

- Welche Reaktion ist unter individuellen Gesichtspunkten sinnvoll?
- Wie kann man pädagogisch nichtsinnvolles oder gar schädliches oder ein versehentlich provozierendes Betreuerverhalten (Stressimpuls), das zu einer situativen Eskalation führt, verhindern?

## **Individuelle Krisenpläne**

Durch die in einer gründlichen Diagnostik gewonnenen Informationen ist es möglich diese Frage zu beantworten und konkrete Handlungsweisen gemeinsam mit Patient, Eltern und/oder Mitarbeitern der zwei Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit) zu entwickeln. Am besten formuliert man hierzu einen individuellen Krisenplan. In ihm werden schrittweise folgende Aspekte kurz schriftlich festgehalten:

- Wann tritt das Verhalten besonders häufig auf?
- Was kann getan werden, um bereits in dieser Phase I (Breakwell 1997) eine Arousal-Reaktion zu verhindern?
- Welche objektiv beobachtbaren Symptome kann ich bei der betroffenen Person in einer Eskalationssituationen (Phase II) erkennen (körperlich-motorische Symptome, verbale Äußerungen etc.)?
- Wünscht der Betroffene in diesem Moment tröstlichen oder Orientierung schaffenden Körperkontakt? (Immer Patient selbst befragen! Wird fast immer mit einem klaren „Nein!“ beantwortet! Im Falle einer Bejahung Vorsicht: Positive Verknüpfung der Verhaltensauffälligkeit mit diesem Verstärker!);
- Verbale Intervention der Eltern/Betreuer (exakt formulieren, alle sagen das Gleiche! Sehr kurze Formulierung wählen! Leichte Sprache verwenden!)
- Alternatives Verhalten, das zu einer Beruhigung führt, implementieren (s. u. Bewältigungsstrategien aus dem Wut-Management-Training).
- Eventuell die Gabe einer Bedarfsmedikation bei weiterer situativer Eskalation in den Krisenplan integrieren. Exakt beschreiben, bei welcher Symptomatik und zu welchem Zeitpunkt innerhalb des krisenhaften Verlaufs diese verabreicht werden soll!
- Genaue Dokumentation des Ablaufs der Krisensituation;
- Gemeinsame Reflexion des Krisenplans bzw. Aufarbeitung (Phase VI)

Der Krisenplan wird soweit wie möglich gemeinsam mit dem Betroffenen (mit advokatorische Assistenz) erarbeitet. Dieser muss das Gefühl haben, an dem Prozess beteiligt gewesen zu sein. Der Plan muss in ruhigen und entspannten Momenten immer wieder mit ihm besprochen und memoriert werden („Was passiert dann weiter? Was tun wir Betreuer dann?“; beim Punkt „alternatives Verhalten“: „Was machen Sie/machst du dann?“). Das Bearbeiten soll gewährleisten, dass für den Betroffenen in der krisenhaft eskalierenden Situation (s.o. Phase II), in der meist die Kognition und



die Impulskontrolle verloren gehen, Strukturen des Handelns der Eltern/Betreuer wieder erkennbar werden. Dies vermittelt Orientierung, gibt Halt, reduziert Angst und führt so zur Beruhigung und zur Deeskalation.

## **Wie können wir also auf Krisen vorbereitet sein?**

Wahrscheinlich wollen Sie jetzt am Ende auch wissen, wie die Geschichte des Fallbeispiels am Anfang ausgegangen ist.

Nun ja, wir sind schließlich doch noch auf Idee gekommen, dass Ruhe zu schaffen (Low-Arousal-Ansatz) für alle Beteiligten gut wäre. Als ich dann ganz allein mit dem Patienten in seinem Zimmer saß und weder Musik noch Kommentare von Schaulustigen störten, kniete G. immer noch auf dem Boden, wippte heftig vor und zurück. Ab und zu berührte er vorsichtig mit seiner blutigen Stirn den Boden, aber das ganze geschah ohne Wummern und anschließendes Schreien. Die Bewegungen wurden langsamer und gingen allmählich in ein sanftes Wiegen des Oberkörpers über. Schließlich schaute er mich an und stieß mit hoher Stimme einen kleinen kurzen Laut aus, der sich wie ein „Aua!“ anhörte. Nun konnte ich ihm das Pflaster, das ich die ganze Zeit über in der Hand gehalten hatte, auf die Stirn kleben und G. legte sich in sein Bett und zog die Bettdecke wie ein Zelt ganz über sich. - Ruhe!

Auch nach diesem Ereignis wurde mir - wie so oft - deutlich, dass Krisen bei dem, der sie durchlebt immer Ausdruck einer inneren Not darstellen. Erkennt man als Krisenbegleiter dies nicht, so wird man keinen Zugang zu der betroffenen Person finden und eine Deeskalation wird nicht möglich sein. Dem Gegenüber nun einfach die eigenen Vorstellungen oder durch die Erwartungen des sozialen Umfelds, der Arbeitskollegen oder des Arbeitgebers geprägte externe Vorstellungen (Ich soll nun etwas tun!) überzustülpen führt nie zu einer Beruhigung der eskalierenden Situation, sondern zu einer „Fight or Flight“-Situation (Kampf oder Flucht). Egal ob nun die Flucht nach außen oder innen (resignative Kapitulation, autistischer Rückzug, Todstellreflex) oder eine tätliche Auseinandersetzung erfolgt, es gibt danach eigentlich nur Verlierer und vor allem die Beziehung zwischen den Personen wird in Mitleidenschaft gezogen. Aber allein eine stabile Beziehung kann die Basis für jede weitere pädagogische Begleitung bzw. Assistenz sein. Habe ich diese Ebene jedoch verletzt oder gar zerstört, wird es kein Vertrauen zwischen mir und dem Gegenüber

mehr geben. Und deshalb wird es für die Zukunft schwierig sein Strategien zu entwickeln, wie man z.B. Krisen besser gemeinsam bewältigen kann. Vielleicht hätte man sogar dazu beitragen können, dass die betroffene Person ihre Bedürfnisse besser mitteilen oder ihre inneren Anspannungszustände sogar selbst abbauen kann. Das wäre echtes Empowerment (Befähigung) und damit die beste Prävention für aggressive Durchbrüche bei zukünftigen Eskalationssituationen.

Ausgangspunkt ist also meine innere Haltung, mit der ich selbst als Begleiter in eine Krise gehe. Ich muss bereit dazu sein einen Perspektivwechsel in dieser Situation zu vollziehen. In welcher Not befindet sich mein Gegenüber? Was braucht er? Dies setzt neben Akzeptanz und Empathie (Carl Rogers) ein gewisses Maß an Wissen voraus, welche basalen Bedürfnisse bei Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Autismus-Spektrum-Störungen für eine Rolle spielen. Es erfordert aber insbesondere die Bereitschaft dem Management der Situation Vorrang gegenüber jeglicher, falsch verstandener pädagogischer Konsequenz zu geben. Die Pädagogik umrahmt insofern eine Krise! In der Krise selbst hat sie nur wenig verloren (außer im Rahmen eines gemeinsam entwickelten Krisenplans). In der Krise geht es vor allem darum die Not des Gegenübers zu erkennen und deeskalierend zu wirken! Wie heißt es so schön:

„Kein Öl ins Feuer kippen“ und ...

„Die Kuh vom Eis bringen!“

Zwei umgangssprachliche Redewendungen mit viel Wahrheitsgehalt für Krisensituationen! Nun ja, das Gute und Richtige liegt oft sehr nah! Das gilt auch für die Deeskalation und Krisenbegleitung bei Menschen mit schwerer oder mehrfacher Behinderung! Und am Ende noch ein KISSS-Hinweis für Krisensituationen aus der angloamerikanischen Behindertenhilfe: Keep It Safe, Slow and Simple (sicher, langsam und einfach)!