



Hessisches Curriculum  
zur Vermeidung freiheitsentziehender  
Maßnahmen nach dem HGBP



## Inhaltsverzeichnis

Vorwort Staatsminister Stefan Grüttner .....	5
Hinweise zur Verwendung des Curriculums .....	7
<b>Modul 1: Grundhaltungen, Einstellungen, Werte, Ethik.....</b>	<b>10</b>
<b>Modul 2: Pflegepraxis, Visionen, „Hilfsmittel“, Fixierungen.....</b>	<b>19</b>
<b>Modul 3: Rechtliche Grundlagen .....</b>	<b>36</b>
<b>Modul 4: Medizinische Grundlagen.....</b>	<b>47</b>
<b>Modul 5: Kommunikation.....</b>	<b>55</b>
<b>Modul 6: Hessischer Konsulentendienst .....</b>	<b>66</b>
Netzwerkarbeit in Hessen / Weitere Unterstützungsmöglichkeiten.....	77
Anhang.....	79
Impressum .....	85

## Modul 6: Hessischer Konsulentendienst

### Lernziel:

*Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kennen den Hessischen Konsulentendienst zur Beratung bei herausforderndem Verhalten und prüfen die Möglichkeiten der Einbeziehung zur Konfliktlösung in ihren Berufsalltag.*

### Lerninhalte:

- Konzept und Arbeitsweise der Konsulenten in Hessen
- Konfliktlösung durch Perspektivwechsel und Interaktion der Beteiligten

### 1. Grundlagen der Konsulentenarbeit

Der Hessische Konsulentendienst berät Einrichtungen der Behindertenhilfe und Eltern bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung. Die Beratung geschieht immer durch zwei Beraterinnen bzw. Berater, die nach personenzentrierten Grundsätzen arbeiten, verbunden mit der inklusiven Perspektive auf den Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten

Die Konsulentenarbeit wurde im Jahr 2011 als **personenzentrierte Kurzzeitberatung mit inklusiver Perspektive** konzipiert, bei der zwei Beraterinnen das Betreuungsteam und die Leitung (oder die Eltern) aus der Perspektive des behinderten Klienten beraten. Anders als andere Ausprägungen der Konsulententätigkeit lernen die Konsulenten den Menschen mit Behinderung zwar kennen, arbeiten aber nicht mit ihm beraterisch oder heilpädagogisch.

#### Methodischer Hinweis:

**1.1 Sammlung zu herausforderndem Verhalten:** freies Zurufen, Sammeln auf Karten am Metaplan und Möglichkeit zum Clustern.

#### 1.2 Vorstellen der Themen aus der Konsultationspraxis:

- Gewalt gegen Menschen und Sachen
- Autoaggression
- dissoziales Verhalten wie Diebstähle, Durchwühlen fremder Zimmer
- öffentlich praktizierte Sexualität
- Rumschreien
- Beleidigungen
- aber auch die Begehung von Straftaten
- große Unruhe
- Bekoten
- Impulsdurchbrüche

Als **herausforderndes Verhalten** wird das Verhalten eines Menschen mit Behinderung bezeichnet, das auf ihn selbst, auf rechtliche Betreuerinnen und Betreuer und Mitmenschen (Bewohnerinnen und Bewohner, Familienangehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) mittelbar oder unmittelbar starken negativen Einfluss nimmt. Dabei ist der negative Einfluss dieses Verhaltens so stark, dass die Betroffenen in ihrer Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt sind und auf das Verhalten sich durch pädagogische Interventionen und direktive Anweisungen kein Einfluss nehmen lässt.

Im Falle des Hessischen Konsulentendienstes sind die Ratsuchenden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines den behinderten Menschen betreuenden Teams samt Leitung oder die Eltern. Das Ziel der Beratung ist ein umfassenderes Verstehen des Menschen mit Behinderung und das Erlangen neuer Handlungsmöglichkeiten auf Seiten der Mitarbeitenden und der Leitung. Der Konsulentendienst verbindet die personenzentrierte Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der inklusiven Perspektive auf den Menschen mit Behinderung – wie die beiden Brennpunkte einer Ellipse.

Die Beratung orientiert sich in ihren Grundlagen am personenzentrierten Ansatz (PZA) nach Carl Rogers. Dazu gehören:

- die drei „Kernbedingungen“ auf Seiten der Beratung (Empathie, unbedingte Wertschätzung, Kongruenz), um die Beratungsbeziehung zu gestalten,
- die weiteren von Carl Rogers formulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für Persönlichkeitsentwicklung mit Hilfe einer Beratungsbeziehung: Psychologischer Kontakt zwischen Klientin und Klient sowie Beraterin und Berater. Die Klientin bzw. der Klient ist in einem Zustand der Inkongruenz, die Kommunikation von Empathie und bedingungsloser Wertschätzung wird wenigstens in einem minimalen Ausmaß erreicht,
- das Axiom der Aktualisierungstendenz als einer jedem lebendigen Organismus innewohnenden Kraft für Wachstum und Erhaltung, einschließlich der Einsicht, dass für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen zwar die Beratenden hilfreiche Rahmenbedingungen anbieten, aber die Aktualisierungstendenz des Klientels die Veränderung bewirkt,
- das personenzentrierte Menschenbild, das einen Menschen als Person sieht, als Lebewesen, das gleichermaßen in sich selbst und für sich selbst steht wie es auf Beziehung angewiesen und davon abhängig ist,
- „the need for positive regard“ als anthropologische Grundeinsicht in die Bedürfnisstruktur des Menschen.

Der Konsulentendienst macht den Inklusionsgedanken zum Ausgangspunkt seiner Beratungsarbeit. Der Begriff der sozialen Inklusion beschreibt die bewertungsfreie Wahrnehmung von Unterschiedlichkeit und Vielfalt von Menschen mit und ohne Behinderung. An die Stelle der bisher vorherrschenden Bewertung von „Normalität“, die faktisch alle „ab-normal“ scheinenden Menschen ausschließt, sollen verschiedene Lebensformen und Verhaltensweisen gleichberechtigt nebeneinander treten, ohne dass diese als etwas „Besonderes“ angesehen würden. Die inklusive Perspektive, d. h. die Perspektivübernahme gegenüber dem Menschen mit Behinderung verbunden mit der Bereitschaft, die konkreten Lebensverhältnisse zu seinen Gunsten zu verändern, ist neben dem personenzentrierten Ansatz der zweite Brennpunkt, wie in einer Ellipse, auf den die Beratung fokussiert. Die Erarbeitung von Verstehenshypothesen für das herausfordernde Verhalten gemeinsam mit Betreuungsteam und Leitung und die Ableitung von Handlungsempfehlungen bilden das Ziel der Beratungsarbeit. Team und Leitung haben die Aufgabe, die Handlungsempfehlungen umzusetzen.

## 1.1 Ablauf

### 1.1.1 Die Konsultationsanfrage

**Methodischer Hinweis:**

**Darstellung der Aktivierungsmöglichkeiten des Konsulentendienstes:** Flip-Chart

- Anmeldeformular
- Rückmeldung zu organisatorischen Fragen
- Teilnehmerinnen und Teilnehmer: entscheidungsberechtigte Leitung und möglichst alle die Klientin oder den Klienten betreuende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

### 1.1.2 Innere Justierung und Selbstaufmerksamkeit der Konsulenten vor der Konsultation

**Methodischer Hinweis:**

**Darstellung der Vorbereitung der Konsulenten auf der Fahrt zur Konsultation:** Szenische Darstellung

- Persönliche Gestimmtheit, persönliche Verfassung
- vertrautes persönliches Verhältnis unter den Konsulenten

Solch ein persönlicher Austausch ist die Voraussetzung dafür, um selbst in eine Gestimmtheit offener, warmer, verstehender Zuwendung zu kommen – die nötige Basis, um ein Team personenzentriert beraten zu können.

### 1.1.3 Wahrnehmung im Raum

Mit solch warmer, verstehender Zuwendung kann man die Haltung beschreiben, mit der die Konsulenten den Raum betreten, in dem die Konsultation stattfinden soll. Zu dieser Wahrnehmung gehört die Aufmerksamkeit dafür, ob der Raum vorbereitet d. h. ausreichend bestuhlt, gelüftet und geheizt wurde, ob Getränke vorhanden sind, ob alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konsultation pünktlich sind, wie sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer begrüßen etc. Dies gibt einen ersten Eindruck vom Umgang untereinander, der in der Einrichtung herrscht. Oft sagt dies auch etwas darüber aus, wie gut die Organisation in einer Einrichtung funktioniert, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren Grundbedürfnissen gesehen werden und ob sich Team und Leitung auf die Konsultation vorbereitet haben.

### 1.1.4 Eröffnung

**Methodischer Hinweis:**

**Begrüßung zu Beginn der Konsultation:** Szenische Darstellung

- Informationen zum Ablauf
- Vorstellung der Konsulenten
- Darstellung des Beratungskonzepts

Zu Beginn bietet es sich an, um eine Namensrunde zu bitten – oft bereits ergänzt durch eine Charakterisierung der Schwierigkeiten, die die Betreuung des Klienten bereitet. Dabei ist besonders interessant, wie kompetent die einzelnen Teammitglieder in der Beschreibung der Klientin oder des Klienten und wie offen sie für die Schilderung eigener schwieriger Gefühle wie z. B. Ohnmacht, Hilflosigkeit, Zorn oder Angst sind.

### **1.1.5 Arbeitsphase 1: Fokussierung auf Team und Leitung**

In der ersten Arbeitsphase geht es darum zu explorieren, in welcher emotionalen Verfassung sich die einzelnen Mitarbeiterinnen befinden. Oft differiert dies erheblich, was an der Persönlichkeitsstruktur, der Nähe oder Ferne zum Klienten, aber auch an verdeckten Gründen liegen kann. Unausgesprochene Leitfragen sind: Gibt es die nötige Kraft und Bereitschaft, mit dem Klienten weiter zu arbeiten? Gibt es Konflikte im Team oder zwischen Team und Leitung, die die Betreuung behindern? Wie schätzt das Team die Betreuungssituation ein? Welche Deutungsangebote für das Verhalten des Klienten werden gemacht?

Die Konsulenten versuchen in dieser Phase, die Teilnehmenden der Konsultation möglichst genau zu verstehen und das Verstandene zu kommunizieren. Es soll ein Resonanzraum entstehen, der alle Beteiligten spüren lässt, dass es um eine ernst gemeinte Unterstützung durch die Konsulenten in einer schwierigen Betreuungssituation handelt. Alle Teilnehmerinnen sollen erleben, dass sie mit ihrem Anliegen und ihrer Befindlichkeit Gehör finden. Auch unterschiedliche Einschätzungen und Erfahrungen mit dem Klienten sollen gewürdigt werden und gleichberechtigt nebeneinander stehen.

### **1.1.6 Arbeitsphase 2: Die Inklusiv Perspektive auf den Klienten**

Meist haben sich die Teilnehmenden der Konsultation schon selber viele Gedanken über den Menschen mit Behinderung gemacht. Die Betreuungssituation war Gegenstand von Team-sitzungen und Supervisionen, Arztgesprächen oder Gegenstand der Beratung durch den einrichtungsinternen Fachdienst. Alle diese Unterstützungsmaßnahmen haben aber nicht zu einer nachhaltigen Veränderung der Situation geführt – sonst wäre der Konsulentendienst nicht eingeladen worden. In dieser Arbeitsphase arbeiten die Konsulenten mit dem „4 Schritte – 4 Folien – Modell“. Sie fragen bedeutsame Informationen zur Biografie des Klienten ab, zur Gestalt der beteiligten Systeme, z. B. Wohnstätte, Werkstatt und Familie, und zur Struktur der Systeme, und versuchen die Lebenssituation des Menschen mit Behinderung daraufhin zu überprüfen, ob sie in der Lage ist, seine Grundbedürfnisse abzudecken. Beim Zuhören entstehen erste Verstehenshypothesen zum herausfordernden Verhalten des Klienten. Schließlich bieten die Konsulenten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an, ihre externe Sicht auf den Klienten zu schildern mit der Bitte, dies an den eigenen Verstehensansätzen zu überprüfen.

Der Blick auf die Geschichte des Klienten ist stark von den Einsichten der Entwicklungspsychologie geprägt, wie sie z. B. Barbara Senkel in ihren Büchern zur „Entwicklungsfreundlichen Beziehung“® (EfB) formuliert hat. Insbesondere der Differenz zwischen dem Lebensalter des Klienten und seiner emotionalen Entwicklung widmen wir viel Aufmerksamkeit. Für diesen Aspekt ist auch die "Schaal voor Emotionele Ontwikkeling" (SEO) des niederländischen Facharztes für Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, Anton Došen, ein hilfreiches Instrumentarium. Die Konsulenten versuchen, in Alltagssprache Verstehenshypothesen für das Verhalten des Klienten zu formulieren.

### **1.1.7 Lösungsphantasien entwickeln**

Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern entwickeln die Konsulenten Lösungsphantasien dafür, was der Klientin oder dem Klienten in ihrer bzw. seiner Situation helfen könnte. Die Lösungsphantasien sind eine Vorstufe der Handlungsempfehlungen. Sie sind noch nicht an den Veränderungsmöglichkeiten der Einrichtung orientiert, sondern an dem, was der Konsulentendienst und das Team als veränderungswirksam mit Blick auf die Klientin

oder den Klienten phantasieren. Hier gibt es keine Grenzen, die in der Realität durch Finanzen, Personal, Organisationskultur, Veränderungsbereitschaft der Angehörigen etc. gesetzt werden.

### **1.1.8 Handlungsempfehlungen formulieren**

Gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und den Mitarbeitern und der Leitung versuchen die Konsulenten aus den Lösungsphantasien konkrete Handlungsempfehlungen zu generieren, die auf ihre Tauglichkeit und Umsetzbarkeit überprüft werden. Es macht keinen Sinn, Empfehlungen zu verschriftlichen, die von vorneherein zum Scheitern verurteilt sind, weil sie keine Chance auf Umsetzung haben. Diese Handlungsempfehlungen werden von den Konsulenten später schriftlich ausformuliert und der Leitung zugesandt.

### **1.1.9 Resümee**

Eine Feedbackrunde, bei der jede teilnehmende Person eine Rückmeldung zu ihrer Befindlichkeit am Ende des Beratungsprozesses (Kopf – Herz – Bauch) gibt, beschließt die Konsultation. Schließlich würdigen die Konsulenten das Erarbeitete und geben dem Team eine ehrliche, wertschätzende Rückmeldung zur gemeinsamen Arbeit. Außerdem werden weitere Verabredungen getroffen (z. B. für eine weitere Konsultation) oder Unterstützung angeboten.

### **1.1.10 Der Besuch bei der Klientin oder dem Klienten**

Nach Abschluss der ersten Konsultation mit dem Team treffen die Konsulenten die Klientin oder den Klienten zu einem Sechs-Augen-Kontakt. Wenn ein verbaler Austausch möglich ist, findet eine Vorstellungsrunde statt, die Konsulenten erklären, weshalb sie gekommen sind („Ihre Betreuer machen sich Sorgen um Sie“), und fragen die Klientin oder den Klienten nach ihrem oder seinen Befinden und den Veränderungswünschen. Oftmals ergibt sich schon nach kurzer Zeit ein intensiver Kontakt. Einige Klienten haben uns gebeten, sie beim nächsten Mal wieder zu besuchen (was wir gerne getan haben). Einige Male waren Klienten zum Zeitpunkt der Konsultation im psychiatrischen Krankenhaus. Wir haben die Klienten dann dort aufgesucht.

### **1.1.11 Nachgespräche bei der Autofahrt**

Bei der sich an die Konsultation anschließenden Autofahrt tauschen wir unsere Eindrücke aus. Vorbewusste Empfindungen werden über die Bewusstseinsschwelle gehoben, lautes Aussprechen latenter Wahrnehmungen hilft beim Abgleich der Eindrücke. Wir sind immer wieder erstaunt darüber, wie wichtig und hilfreich dieser unmittelbare Austausch ist. Hier werden auch Körperempfindungen, die vorher nicht über die Bewusstseinsschwelle getreten sind, wahrgenommen und ausgesprochen. Wir reflektieren den Beratungsprozess auf einer vorkognitiven, somatischen Ebene.

## **1.2 Die Inklusive Perspektive: Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell**

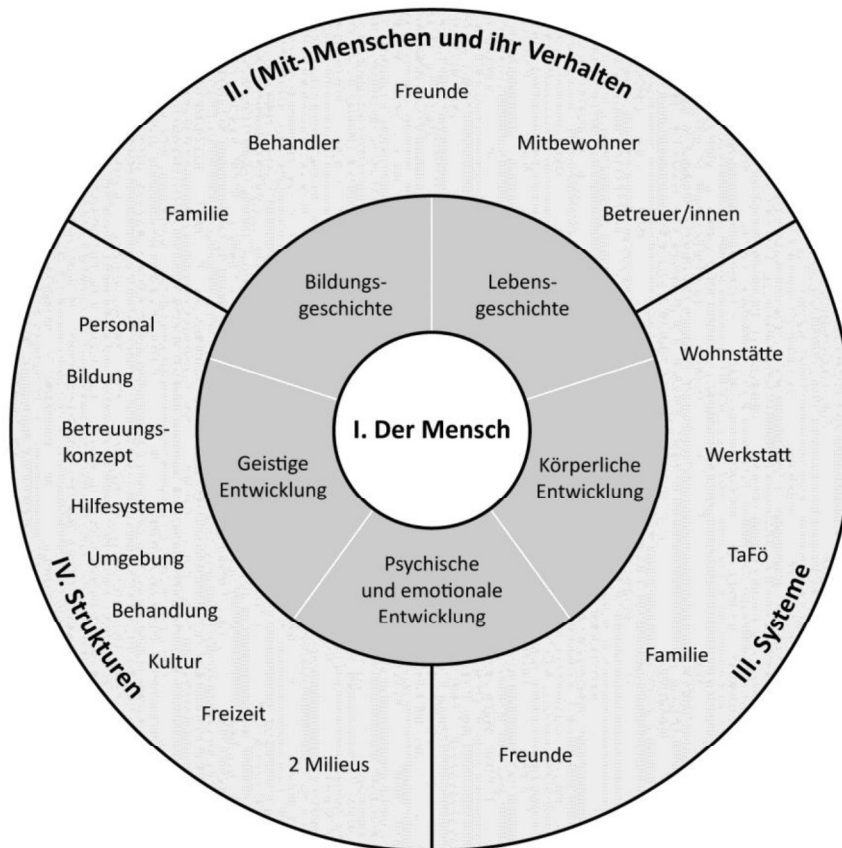
Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell ist ein analytisches Hilfsmittel, das erarbeitet wurde, um die Hintergründe des herausfordernden Verhaltens eines behinderten Menschen zu verstehen und die inklusive Perspektive methodisch handhabbar zu machen. Der Hessische Konsulentendienst nutzt dieses Modell in Arbeitsphase 2, um die inklusive Perspektive auf den Klienten zu entwickeln.

**Die vier Schritte**

1. Im ersten Schritt der Analyse steht die Perspektive des behinderten Menschen vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte im Zentrum, und es wird versucht, aus dieser Sicht heraus sein Verhalten zu verstehen (Bilden von Verstehenshypothesen mit Hilfe von Folie 1).
2. Im zweiten Schritt wird die Verhaltensweisen der Menschen betrachtet, die mit dem Menschen mit Behinderung umgehen, sowie die Funktionsweise der betroffenen Systeme und Strukturen (Erarbeitung des Istzustandes mit Hilfe der Folien 2 -4).
3. Im dritten Schritt werden die den behinderten Menschen umgebenden Mitmenschen, Systeme und Strukturen daraufhin beleuchtet, inwiefern sie die Grundbedürfnisse des behinderten Menschen befriedigen können (Abgleich von Ist-Zustand und Bedürfnissen des behinderten Menschen).
4. Im vierten Schritt werden Veränderungsmöglichkeiten im Verhalten der Mitmenschen und in der Organisation der Systeme und Strukturen erarbeitet (Handlungsempfehlungen).

**Die vier Folien**

Die vier Folien, die wir benutzen, sollen die Situation des Menschen mit Behinderung erhehlen. Im Zentrum steht er selbst mit seiner Lebensgeschichte, seinem Gewordensein. Darum gruppieren sich die Menschen, die ihn betreuen bzw. mit ihm leben, das Funktionieren der Systeme, an denen er Anteil hat, und die Struktur dieser Systeme.



*Der behinderte Mensch im Mittelpunkt. Seine Geschichte und sein (Selbst-)Erleben in der Gegenwart.*

Wir informieren uns über die Lebensgeschichte der Klientin oder des Klienten, die körperliche, psychische, emotionale und geistige Entwicklung und die Bildungsgeschichte.

### **Folie II: (Mit-) Menschen und ihr Verhalten**

Dazu gehören Eltern, Geschwister, Familienangehörige, Betreuerinnen in der Wohnstätte, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), Tagesförderstätte (TaFö); rechtliche Betreuerinnen und Betreuer; Mitbewohnerinnen und Mitbewohner; Beschäftigte in der WfbM; Freundinnen und Freunde; Ärztinnen und Ärzte sowie andere behandelnde Personen. Der Hessische Konsulentendienst versucht zu eruieren, wo sich konflikthafte oder hilfreiche Beziehungen zeigen und ob das Verhalten des Betreuungspersonals personenangemessen ist.

### **Folie III: Systeme**

Der Hessische Konsulentendienst überprüft die Wohnstätte auf ihre Einrichtungsgegenstände, lässt sich die Architektur erläutern und bewertet Größe, Helligkeit und Geräusche. Es wird außerdem nach dem Betreuungsschlüssel für den Klienten gefragt, der Arbeitsplatz in der Werkstatt wird besichtigt, die Gestaltung der Räume wird unter die Lupe genommen, die Gruppengröße wird begutachtet und Freizeitangebote eruiert.

### **Folie IV: Strukturen**

Hierher gehören Fragen nach den Dienstplänen, Wochenend- und Nachtdiensten, Krankheits- und Urlaubsvertretung, Stellenbesetzungen, Bildung der Mitarbeiterinnen, Supervisionsangebote etc. Der Konsulentendienst fragt nach dem Betreuungskonzept, nach der Zusammenarbeit der Hilfesysteme, klärt die medizinische und psychotherapeutische Behandlung und widmet sich Fragen der Organisationskultur in der Wohnstätte / WfbM / TaFö (was darf angesprochen werden, was nicht?).

### **Grundbedürfnisse behinderter Menschen**

Der Hessische Konsulentendienst geht davon aus, dass herausforderndes Verhalten oftmals mit nicht befriedigten Grundbedürfnissen der Menschen mit Behinderung zusammenhängt. Ein Zustand, auf den diese Menschen mit heftigen Verhaltensweisen als Notbehelf reagieren, weil ihnen andere Verhaltensmöglichkeiten versperrt sind. Mit der Humanistischen Psychologie (Abraham Maslows Bedürfnispyramide) wird von Grundbedürfnissen ausgegangen, die sich vielfach ausdrücken: In den Bedürfnissen nach körperlicher und psychischer Integrität, nach Selbststeuerung (z. B. eigene Strukturen und Regeln), Selbstbestimmung (z. B. Freiräume ohne Kontrolle), Selbstentfaltung (z. B. Räume für Kreativität), Selbstwirksamkeit (z. B. eine Aufgabe, die befriedigt), in dem Wunsch nach verbindlichen Absprachen (Zuverlässigkeit), körperlicher Bewegung und gesundem und ausreichendem Essen. Menschen brauchen aus unserer Sicht u. a. verbindliche Beziehungen (wichtige Andere), bedingungslose Wertschätzung (Liebe), ehrliche Kontakte, Strukturen und Regeln für ein gemeinsames Miteinander und verlässliche Absprachen. Schließlich suchen Menschen lustvoll fließende Energie im Körper, die sich in Sexualität, Sinnlichkeit, Erotik und dem Wunsch nach Berührung und körperlicher Nähe ausdrückt und aus Sicht des Konsulentendienstes ein wichtiger Teil menschlichen Erlebens ist.

## **1.3 Handlungsempfehlungen**

Die Handlungsempfehlungen stellen eine stark verdichtete Form der gemeinsam mit dem Team erarbeiteten Konsultationsergebnisse dar:

1. **Situationsanalyse:** In der Situationsanalyse werden die wichtigsten Fakten, wie sie das Team vorgetragen hat, zusammengefasst.
2. **Deutungshypothesen:** Die Deutungshypothesen sind keine psychologische oder psychiatrische Diagnostik, sondern mögliche Verstehenszugänge für das herausfordernde Verhalten der Klientin oder des Klienten respektive für ihr bzw. sein inneres

Erleben, das dieses Verhalten bewirkt. Die Konsulenten bedienen sich hierfür in gleicher Weise bei psychoanalytischen, humanistischen oder transpersonalen Theorien. Es geht um Analogien zu den Theorien, Ähnlichkeiten und Vergleichbarkeiten zu Störungsverhalten von Menschen ohne Behinderung.

3. **Handlungsempfehlungen im engeren Sinn:** Hier geht es um konkrete Empfehlungen, die das Mitarbeiterverhalten, die Gestaltung des Systems oder der Struktur betreffen.

## 1.4 Evaluation

Ein halbes Jahr nach Beendigung der Konsultation wird die Beratung mit einem anonymen Fragebogen evaluiert. Natürlich ist die Nachhaltigkeit der Konsultation an die Bereitschaft und die Fähigkeiten der in der Betreuung handelnden Personen gekoppelt. Die hohe Erfolgsrate von 72 % nachhaltiger positiver Veränderung im Verhalten des Menschen mit Behinderung spricht für die Selbststeuerungsfähigkeiten und den Veränderungswillen der Mitarbeiterinnen und der Leitung. Es zeigt sich darin aber auch, dass personenzentrierte Beratung mit inklusiver Perspektive auf den Klienten in der Lage ist, stark belastete Teams und Leitungen wieder handlungsfähig zu machen. Dies gibt wiederum vielen Menschen mit Behinderung den Raum, konstruktive, soziale Verhaltensweisen anstelle von herausforderndem Verhalten zu „wählen“.

## 1.5 Typische Anfragen

### Fremdaggressives Verhalten durch Klienten

Herr AA (34) wird seit 2 Jahren im Rahmen von Betreutem Wohnen begleitet. Er lebt in einem 1-Zimmer-Appartement. Beschäftigt ist er in der WfbM. Bei Aufnahme ins Betreute Wohnen wurde bei der Hilfeplanung besonders darauf geachtet, die Anforderungen und Stressfaktoren so gering wie möglich zu halten, um (aus abgebenden Betreuungseinrichtungen bekannte) gewalttätige Reaktionen auf subjektiv erlebte Anspannungszustände zu vermeiden. Um sich für die besonderen Ansprüche an Herrn AAs Betreuung noch besser zu professionalisieren, hat sich der Bezugsbetreuer in einer gezielten Fortbildung für den optimalen Umgang mit Gefahrensituationen durch aggressive Verhaltensweisen von Klienten weitergebildet. Er befindet sich in einer Ausbildung als Deeskalationstrainer, um seine erworbenen Kenntnisse einrichtungsintern zu multiplizieren. Die Mitarbeiterinnen sind geschult in gewaltfreier Kommunikation und wenden diese im Umgang mit Herrn AA konsequent an. Beim letzten Hausbesuch wurde der Bezugsbetreuer Ziel eines tätlichen Angriffs, als er vor Urlaubsantritt von Herrn AA zusammengeschlagen wurde. Die Leitung sorgt sich nach diesem Vorfall um die Sicherheit des Personals. Obwohl es bereits häufiger zu tätlichen Übergriffen gekommen ist, wurde bei dem letzten Angriff eine neue Qualität beobachtet, die als Warnsignal für eine zunehmende Gewaltbereitschaft als Bewältigungsmechanismus zur Energieabfuhr bzw. zum Stressabbau gedeutet wird. Die Betreuerinnen und Betreuer beschreiben Herrn AA als hoch sensiblen Menschen, der über keine angemessene Stresstoleranz verfügt. Bereits eine Veränderung im S-Bahn-Fahrplan oder eine fehlende (von ihm erwartete) Ansage am Bahnhof kann zu einem Impulsdurchbruch mit Gewaltattacken gegen Andere führen. Als besonders belastend erlebt er Trennungssituationen (z. B. wegen Urlaub oder Erkrankung von Mitarbeiterinnen). Die Mitarbeiterinnen stellen dann ihr Auto nicht im Sichtfeld von Herrn AA ab, um es vor Beschädigungen zu schützen, die er in der Vergangenheit in ähnlichen Situationen vorgenommen hat.

### Selbstschädigendes Verhalten

Herr WW (40) lebt im Haushalt seiner Angehörigen und arbeitet stundenweise in einer WfbM. Er hat das Down-Syndrom. Herr WW schädigt sich selbst, indem er seine Haut mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln einreibt, die er in Toiletten oder Küchen findet. Seine Haut ist inzwischen so stark geschädigt, dass sie an mehreren Stellen offen ist und nässt. Es

ist nicht möglich, in seinem Umfeld alle schädigenden Stoffe so zu verschließen, dass Herr WW keinen Zugang dazu bekommt.

Frau ZZ (36) zeigt insbesondere bei Störungen des gewohnten Tagesablaufs Anspannung und aggressive Verhaltensweisen, die sich in lautem anhaltendem Schreien, Trampeln, an den Türen Reißen oder in Autoaggression (sie schlägt sich so lange auf das Ohr, bis sie blutet) äußern. Sie reagiert mit Schreien und Aggression auf Belastungssituationen und Anforderung. Sie ist auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fixiert und muss ständig beaufsichtigt werden, weil Mitbewohner sich einerseits durch sie bedroht oder belästigt fühlen und sie andererseits massiv angreifen und beschimpfen. Frau ZZ singt und tanzt gerne, es gelingt jedoch nicht immer, mit dieser Ablenkung ihren Stimmungswandel einzuleiten.

### **Dissoziales Verhalten**

Herr MM (24) lebt promiskuitiv, auch im Wohnheim. Das Fachpersonal hält ihn zum Gebrauch von Kondomen an. Seit vier Wochen teilt er aus Gründen der Raumnot das Zimmer mit einer jungen Frau und hat auch mit ihr eine sexuelle Beziehung begonnen, ohne mit ihr befreundet zu sein. Herr MM hat eine Freundin, die im Rahmen von Betreutem Wohnen begleitet wird und in der Nachbarschaft wohnt. Herr MM hat Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, Beschäftigten und Kollegen in der WfbM Geld gestohlen, um ihnen Geschenke zu kaufen. Seit einem Besuch auf der Polizeiwache vor einigen Wochen und der Androhung einer Strafanzeige ist es zu keinem Diebstahl mehr gekommen.

Herr MM „flippt“ manchmal unvermittelt aus. Er verweigert dann die Übernahme von Verpflichtungen wie dem Küchendienst, ist nicht ansprechbar und rennt weg. Herr MM sammelt Lebensmittel in seinem Zimmer, die er auch dann noch isst, wenn sie verschimmelt und ungenießbar sind. Bisher ist es nicht gelungen, dieses Verhalten z. B. mit Hilfe von Absprachen zu ändern.

### **Suizidalität**

Herr TT ist ca. 35 Jahre alt und vor einem Jahr aus dem Betreuten Wohnen zurück ins Stationäre Wohnen gezogen. Seit diesem Rückzug gibt es heftige, sich steigernde Konflikte mit den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern seiner WG sowie wiederholte Suizidandrohungen und entsprechende Handlungen. Zweimal wurde Herr TT deshalb in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen.

Mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist Herr TT seit rund 17 Jahren bekannt. In dieser frühen Zeit war Herr TT ein fröhlicher, sehr kreativer junger Mann, der als bildender Künstler Wegbereiter für die Malgruppen in der Einrichtung war. Er hat mit seinen Bildern mehrere Ausstellungen bestritten und Preise gewonnen. Er war der erste, der wollte, dass seine Bilder an den Wänden seines Zimmers hängen.

In den letzten Jahren passierten mehrere gravierende Erlebnisse. Herr TT heiratete in der Türkei, die Ehe scheiterte und wurde wieder geschieden. Der Umzug ins Betreute Wohnen war nicht seine Wahl, verlief unglücklich und scheiterte. Vor einem Jahr starb der Schwager von Herrn TT, mit dem er eine enge Beziehung hatte. Herr TT erlebte zahlreiche Kränkungen. Von seinem Vater erfährt er Ablehnung, weil er nicht dem Bild des „türkischen Mannes“ entspricht.

In der Wohngruppe ist Herr TT bisher nicht richtig angekommen. Auf Grund seiner Aggressivität, seines hohen Redebedarfs und der wiederkehrenden Suizidankündigungen stehen ihm die Mitbewohner reserviert gegenüber, zum Teil gibt es handfeste Konflikte mit körperlichen Auseinandersetzungen. Er zeigt sich den Konsulenten als Mensch in einer Krise. Hinter den Suizidankündigungen verbirgt sich spürbar ein erheblicher Leidensdruck und seelisches Unglücklichsein. Offensichtlich leidet Herr TT an der Differenz zwischen seiner realen Lebenssituation und den inneren Bildern, die er vom „guten, richtigen Leben“ hat (wie ein türkischer Mann zu sein hat), aber auch unter den realen Defiziten (z. B. mangelnder Familienkontakt), die er erfährt. Fremd- und Selbstaggression können als Ausagieren des inneren Schmerzes und Leidens verstanden werden, das Herr TT (auf Grund seiner Behinderung?) nicht in sich halten kann. Durch die Behinderung werden auch seine Kompensationsmöglichkeiten für

unzulängliche Lebensumstände begrenzt sein. Die Fähigkeit zur Selbststeuerung ist bei ihm eingeschränkt.

### **Menschen mit Autismus-Spektrums-Störung**

Herr JJ (22) besucht seit 2 Monaten den Berufsbildungsbereich der Werkstatt, nachdem er die Schule nach 11 Jahren beendet hat. Er spricht in Zwei-Wort-Sätzen und zeigt bei einfacher Sprache und kurzen Sätzen Verständnis für das gesprochene Wort. Seine Belastungsgrenze scheint gegen Mittag erreicht. Herrn JJs Verhalten ist geprägt von Stimmungsschwankungen und Affekthandlungen, die sich in ungezieltem Werfen oder Umherschleudern von Gegenständen, Schlagen von Personen in seiner Umgebung oder in Autoaggression entladen. Herr JJ hat eine Affinität zur Beschäftigung am Computer. Für das Erlernen von Teilschritten zur Entwicklung einer Arbeitshaltung ist er bisher nur in sehr geringem Maß zu gewinnen.

### **Junge behinderte Menschen mit traumatisierender Vorgeschichte**

Frau EE (20) wohnt in einer Wohneinrichtung. Zur Vorgeschichte gehören Alkoholismus und Gewalttaten in der Familie und der Verdacht auf massive Kindesvernachlässigung. Mit 15 Jahren wurde sie mit Hilfe der Polizei gewaltsam aus ihrer Familie geholt, wohnte in einer Pflegefamilie, wo die Situation nach wenigen Wochen eskalierte. Frau EE wurde dann intensiv in einer sozialpädagogischen Einrichtung für Kinder betreut. Es folgten zwei Aufenthalte in der Psychiatrie. Seit 3 Monaten befindet sich Frau EE stationär in einer Fachklinik. Frau EE hatte zuvor in der Wohneinrichtung die Flüssigkeit und Nahrung verweigert und wollte nicht mehr in die WfbM gehen. Außerdem hatten die aggressiven Übergriffe gegenüber schwächeren Mitbewohnerinnen zugenommen. In der Nachbarschaft und in mehreren Geschäften fiel sie durch Diebstähle auf. Nun soll sie aus der Klinik entlassen werden und die Einrichtungsleitung möchte Unterstützung durch den Konsulentendienst bei der Entwicklung eines geeigneten Betreuungskonzeptes und der Schaffung guter Rahmenbedingungen, so dass Frau EE in der Wohneinrichtung weiterhin leben und gut betreut werden kann.

## **2. Weiterführende Informationen und Literatur**

Biermann-Ratjen E, Eckert J, Schwartz H: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart 9. Auflage 2003

Bradl C: Herausforderndes Verhalten und Teilhabe. Marburg: Lebenshilfe 2005

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.: Wenn Verhalten auffällt. Eine Arbeitshilfe zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Lebenshilfe-Verlag: Marburg 2003

Häußler A: Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis. Borgmann Media: Dortmund 3. Auflage 2012

Hünwinkell M, Cranen W, Tietjen: Konsulentenarbeit wirksamer gestalten. Fallbeispiele Methoden. Jülich 2011

Jochheim M: Konsulentendienst. Personenzentrierte Beratung mit inklusiver Perspektive bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung. Theorie und Praxis des Hessischen Konsulentendienstes. Mitarbeit: Marianne Martin. Hundsangen 2014

Jochheim M: „Als ob man der Andere sei.“ Personenzentrierte Beratung mit Inklusiver Perspektive bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 45 (2014) 231-240

Kühn A, Metzler H, Rauscher C: Hilfebedarf von Menschen mit geistiger Behinderung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. 2002

Pörtner M: Erstnehmen – Zutrauen – Verstehen: Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. 4. Auflage 2006

Rogers C: Klientenzentrierte Therapie. In: Rogers C, Schmid P: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz 1991, 185-235

Wüllenweber E, Theunissen G (Hrsg.): Handbuch der Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. Stuttgart: Kohlhammer 2001