



dgsgb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Michael Seidel
(Hrsg.)**

**Verhaltensauffälligkeiten
Wege zu ihrem Verständnis und zur
Überwindung im Alltag der
Behindertenhilfe**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb
am 4. Dezember 2015 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 36**

Berlin 2016

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-37-0

® 2016 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@posteo.de

1. Aufl. 2016

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Verhaltensauffälligkeiten - Wege zu ihrem Verständnis und zur Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am 4. Dezember 2015 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Michael Seidel	4
Vorwort	
Michael Wunder	7
Seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung als eine zunehmende Herausforderung an die Hilfesysteme	
Michael Seidel	16
Verhaltensauffälligkeiten – Wege zu ihrem Verständnis und zu ihrer Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe - Einführung in das Thema	
Tanja Sappok	26
Emotionale Entwicklung als Schlüssel für Verhaltensauffälligkeiten	
Pia Bienstein	33
Funktionales Kommunikationstraining	
Thomas Feilbach	50
Prävention und Deeskalation im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen	
Brian Fergus Barrett	58
Fertigkeitentraining für Menschen mit geistiger Behinderung am Beispiel der DBToP-gB	
Heiner Bartelt	70
Haltung als Grundlage pädagogischer Interventionen bei Menschen mit herausforderndem Verhalten	
Autorinnen und Autoren	79

Vorwort

Michael Seidel

Im Dezember 1995 wurde in Kassel-Wilhelmshöhe, im Haus der Kulturinitiative Kassel-Wilhelmshöhe, die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) gegründet. Vorausgegangen waren einige Treffen von Fachleuten zu Fragen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Treffen waren seinerzeit maßgeblich von Dr. Christian GAEDT aus Neuerkerode initiiert und organisiert worden. Das war damals wirkliche Pionierarbeit für Deutschland, zumal das Gebiet der psychischen Störungen bei geistiger Behinderung bzw. die Schnittstelle zwischen Behindertenhilfe und Psychiatrie hierzulande seinerzeit von Konflikten, wechselseitigen Vorurteilen und Vorbehalten geprägt war. Es galt damals, einen deutlichen Rückstand zu einigen Nachbarländern, etwa den Niederlanden oder Großbritannien, aufzuholen. Das besondere Verdienst von Christian GAEDT ist es, damals das Fenster zum Austausch mit der internationalen Fachwelt zu öffnen.

Es bildete sich in dem damals noch recht kleinen Kreis der Interessenten rasch das Anliegen heraus, sich regelmäßig zu fachlichen, konzeptionellen oder organisatorischen Fragen der Arbeit auszutauschen. Schnell kam der Wunsch nach einer verbindlicheren Organisationsform auf. Die Idee, sich in Vereinsform zusammenzuschließen, war bald geboren. So kam es zu der erwähnten Gründung der DGSGB im Jahre 1995. Menschen mit verschiedenen professionellen Hintergründen fanden sich zusammen; sie bilden bis heute die multiprofessionelle Mitgliedschaft der DGSGB. Die Themen der Arbeitstagungen ziehen bis heute Angehörige verschiedener Berufsgruppen an. In den zwanzig Jahren ihrer Existenz hat die DGSGB nicht nur regelmäßig zweimal jährlich die thematischen Arbeitstagungen – immer in Kassel-Wilhelmshöhe – durchgeführt. Sie richtete im September 2001 in Berlin den Kongress der *European Association for Mental Health in Mental Retardation (EAMHMR)* (heute: *European Association for Mental Health in Intellectual Disability - EAMHMR*) aus. Trotz der unmittelbar vorausgegangenen Erschütterung der Weltöffentlichkeit durch die Terroranschläge am 11. September 2001 in New York kamen damals rund 400 Menschen aus aller Welt nach Berlin. Im Auftrag der EAMHMR an die DGSGB, den Kongress in Deutschland auszurichten, drückte sich das Vertrauen ihrer Mitglieder und ihres Executive Committee aus, der Kongress werde bei der DGSGB in guten Händen sein. Bis heute sind Vertreter des Vorstandes der DGSGB als gewähltes Mitglied im Executive Committee der EMMHID aktiv.

Doch nicht nur Arbeitstagungen und Kongresse hat die DGSGB durchgeführt. Wiederholt hat sie sich zu gesundheits- und sozialpolitischen Fragen öffentlich geäußert, Stellungnahmen formuliert usw. Sie suchte zu wichtigen Fragen und Themen den Schulterschluss mit anderen Organisationen, gestaltete gemeinsame Aktivitäten und förderte den fachlichen Austausch, so mit der *Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft e. V. (DHG)* oder der *Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DIFGB)*. Alle diese Aktivitäten waren und bleiben für die Zukunft dem übergreifenden Ziel gewidmet, die Aufmerksamkeit für das Thema der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern.

Einer derjenigen, die diesem Ziel besonders verpflichtet sind, die von Anfang an dabei waren, die Arbeit mitzutragen und verlässlich mitgestalteten, ist Prof. Dr. Klaus HENNICKE. Er hat unverwechselbare Beiträge geleistet und sich große Verdienste um die DGSGB erworben. Seit der Gründung wirkte er als Stellvertretender Vorsitzender. Er plante und organisierte manche Arbeitstagung; er wirkte als Referent usw. Vor allem betreut er seit Jahren, seit Anfang ihres Bestehens, die „Materialien der DGSGB“. Diese Schriftenreihe, die sowohl gedruckt erscheint als auch als downloadfähige PDF-Serie verfügbar ist, wird von einer breiten Fachöffentlichkeit wahrgenommen und genutzt. Die wachsende Zahl der Downloads zeigt das inhaltliche Interesse, auf das die „Materialien der DGSGB“ treffen. Klaus HENNICKE hat auf diese Weise in besonderer Weise das Gesicht der DGSGB geprägt. Diese vielfältigen Verdienste öffentlich anzuerkennen und ihm dafür herzlich zu danken, war der Grund der Laudationes, unter der Überschrift „Klaus HENNICKE - Arzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer im Dienst für Menschen mit Behinderung“ vorgetragen von Theo KLAUß und Michael SEIDEL auf der hier dokumentierten Fachtagung vor. Sie beleuchteten manche weitere wichtige fachliche Facette, so etwa die Tätigkeit als Hochschullehrer und die umfangreiche Publikationstätigkeit von Klaus HENNICKE.

Die Arbeitstagung zum zwanzigjährigen Jubiläum wandte sich in einer deutlichen Fokussierung auf den Alltag der Behindertenhilfe an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Behindertenhilfe, indem sie das Thema „Verhaltensauffälligkeiten“ einmal mehr aufgriff¹, diesmal unter dem

¹ In den Jahren 2006 und 2011 veranstaltete die DGSGB Arbeitstagungen zu diesem Thema, die in den „Materialien“ dokumentiert sind: Hennicke, K. (Hrsg.) (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung - Möglichkeiten der Prävention - Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 10.11.2006 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 15. Eigenverlag der DGSGB, Berlin
Hennicke, K. (Hrsg.) (2011): Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen - Herausforderungen für die Praxis. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 18.3.2011 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 25. Eigenverlag der DGSGB, Berlin.

Titel „Wege zu ihrem Verständnis und zu ihrer Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe“.

Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig im Alltag der Behindertenhilfe. Art und Ausmaß der auffälligen Verhaltensweisen sind verschieden, ebenso die Konsequenzen im Hinblick auf Wohnen, Arbeiten, Freizeitgestaltung usw. Manchmal treten gefährliche selbstverletzende und fremdgefährdende Verhaltensweisen auf. Manchmal sind auffällige Verhaltensweisen bloße Eigenarten der Person; sie können als solche hingenommen werden. Manchmal sind sie jedoch Ausdruck körperlicher oder psychischer Krankheiten. Daran ist immer zu denken, und die notwendige medizinische Abklärung ist anzubahnen.

Sehr oft spiegeln Verhaltensauffälligkeiten ein Missverhältnis zwischen den Bedürfnissen, Kompetenzen und Dispositionen der betroffenen Person einerseits, den Anforderungen und Bedingungen ihrer sozialen und der physischen Umwelt andererseits wider. Keine ärztliche oder psychologische Therapie kann diese Diskrepanz allein beseitigen. Vielmehr kommt es darauf an, die sozialen und die physischen Gegebenheiten der Umwelt gezielt an die Bedürfnisse, Kompetenzen und Dispositionen der Person anzupassen. Die Veranstaltung, fast auf den Tag genau 20 Jahre nach der Gründung der DGSGB als interdisziplinär und multiprofessionell ausgerichtete Fachgesellschaft, durchgeführt, soll aus verschiedenen Perspektiven die Zugänge zu dieser Betrachtungsweise veranschaulichen. Sie soll anregen, hierauf aufbauend in den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe einschlägige Handlungskompetenzen zu entwickeln.

Dass Dr. Michael WUNDER, langjährig erfahrener Praktiker in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung einerseits, Mitglied des Deutschen Ethikrates andererseits, der Einladung für einen einführenden Vortrag aus Anlass des Jubiläums der DGSGB Folge leistete, ist der DGSGB eine große Ehre.

Seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung als eine zunehmende Herausforderung an die Hilfesysteme

Michael Wunder

Wenn eine Gesellschaft wie die „Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung“ 20 Jahre alt wird und auf eine durchaus erfolgreiche Geschichte zurückblicken kann, ist es an der Zeit, nicht nur auf die Vergangenheit zu schauen, sondern auch Linien auszuziehen, was die Zukunft wohl für Anforderungen stellt.

Zunächst aber zum Namen der Gesellschaft, der auf die „seelische Gesundheit“ abhebt, womit ein anspruchsvolles Programm angerissen wird. Seelische Gesundheit nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und im Stande ist, etwas zur Gemeinschaft beizutragen.²

Ein großer Anspruch. Wer von uns kann diese Kriterien für sich positiv erfüllen? Wieviel schwieriger muss es sein, die unter den Bedingungen geistiger Behinderung zu erreichen? In der Literatur gibt es viele Ansätze zu den Voraussetzungen, die für das Erringen seelischer Gesundheit notwendig sind. Mir scheinen die folgenden die wichtigsten zu sein, die für alle Menschen, unabhängig ob mit oder ohne Behinderung, gelten:

- Balance als Gleichgewicht oder zumindest Ausgleich zwischen Anspannung und Entspannung, zwischen Anforderungen und Freiräumen, zwischen Arbeit und Freizeit, zwischen Ruhe und Tätigkeit,
- Persönliche Ressourcen, wie körperliche Gesundheit, Sicherung der physischen Existenz, ein validierendes Umfeld, ein persönliches Netzwerk und Sinnerfüllung im Beruf und Arbeit,
- Resilienz – die psychische Widerstandskraft, mit Konflikten und Belastungen ohne Krankheitsfolgen umzugehen und

² Übersetzung des Textes auf der Website der WHO: *“Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.”* (http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en)

- die Achtsamkeit gegenüber sich selbst und gegenüber anderen Menschen, wozu neben der Einfühlsamkeit auch die Fähigkeit gehört, im Hier und Jetzt wach zu sein, im Augenblick verweilen zu können und sich ganz einer Sache widmen zu können.

Weitergehende Formulierungen finden sich in dem Konzept der Salutogenese von ANTONOWSKY (1997), in dem es um die Kohärenz geht, also um das generelle Vertrauen auf die Verstehbarkeit, auf die Sinnhaftigkeit, aber auch auf die Gestaltbarkeit unseres Lebens und des Empowerments, also die Fähigkeitsförderung für ein selbstbestimmtes und selbständiges Handeln aufgrund von Ressourcen, Motivation und Teilhabemöglichkeiten.

Der Begriff der seelischen Gesundheit ist ein sehr hoch gestecktes Ziel, eine Vision an der wir selbst unser Leben kaum messen können, aber auch erleben können, wie wichtig diese Zielvision ist, wenn es um die Gestaltung der Lebensmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung geht. Die psychische Gesundheit steht übrigens auch nach den Erkenntnissen der Europäischen Kommission immer im Mittelpunkt, es kann keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit geben, auch hier also ein Hinweis darauf, dass die psychische Gesundheit wesentlicher Bestandteil unseres guten Lebens sein muss.

Ursachen für die mangelnde seelische Gesundheit von Menschen mit Behinderung

Was sind nun die Ursachen für die mangelnde seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung? Untersuchungen belegen, dass psychische Erkrankungen bei ihnen bis zu viermal häufiger bei Menschen mit geistiger Behinderung auftreten, wobei die Fragen warum dies so ist, unterschiedlich beantwortet werden. Ich zähle deshalb unterschiedliche Ansichten auf und bekenne mich an dieser Stelle offen zum Eklektizismus, weil ich glaube, dass wir in der Erklärung der mangelnden seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung immer mehrere Perspektiven achten müssen, die durchaus beim Einzelnen unterschiedlich gewichtet werden können. Zum einen geht es um Einschränkungen, um tatsächliche Defizite in den Bereichen der Kommunikation, der Introspektionsfähigkeit, der Antizipationsfähigkeit, der Kooperationsfähigkeit und der Reizverarbeitung. Auf der anderen Seite geht es um gesellschaftlich und soziale Faktoren, wie das von Kindheit an häufige Erleben des Andersseins ohne positive Anerkennung, des frühen Verlassenwerdens, der Diskriminierungen und Ungleichbehandlungen durch das Umfeld, der geringen Bedeutung, die für andere errungen werden kann und das Erleben von Exklusion und Sonderbehandlung in allen Lebensbereichen.

In der Praxis der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Behinderung sehen wir zudem einen systembedingt wachsenden Problemdruck. Die Folgen der Ambulantisierung sind, so wie wir es in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Alsterdorf erleben, deutlich angekommen. Wir haben mehr Dekompensationen und schwere Anpassungsstörungen als früher, wir haben häufiger Patienten mit Problemen aus dem Bereich Aggression und der Gewalt und wir hören schneller den Ruf nach psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie aus den Wohnbereichen nach dem Motto „Ihr müsst uns den abnehmen!“, „Wir können nicht mehr!“, „Der braucht Therapie!“.

Des Weiteren kommt, insbesondere in Hamburg, aber sicherlich auch in den Regionen, die jetzt nachziehen, hinzu, dass durch das trägerbezogene Budget bisherige negative Trends in der Behindertenhilfe verstärkt werden können (nicht müssen). Wir erleben zumindest, dass wir im Gegensatz zu früher auf noch mehr unausgebildetes Personal in den Wohnangeboten treffen, die noch weniger Supervision und Fallbesprechungen haben. Die Folgen sind die mangelnde Früherkennung psychischer Krisen, übrigens auch körperlicher Erkrankungen, sowie die mangelnde Kooperation während und nach der Behandlung – auch wegen ständig wechselnder Begleitpersonen). Wir erleben auch erhebliche Missverständnisse bei der Umsetzung von Konzepten wie Selbstbestimmung und Assistenz. Hier geht es darum, dass diese Konzepte teilweise missbraucht werden, um keine verantwortungsbewusste Sorgebeziehung einzugehen. Oder es wird einseitig die berufliche Distanz zum Klienten propagiert und damit Vernachlässigung produziert.

Die UN-Behindertenrechtskonvention – ein warmer Sommerregen

Innerhalb der 20 Jahre des Bestehens der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung sind natürlich viele Ereignisse eingetreten. Ich möchte nur das Ereignis hervorheben will, was gesamtgesellschaftlich Erschütterungen, aber auch die deutlichsten Aufgaben für die Zukunft hervorgebracht hat, die die UN-Konvention zu den Rechten der Menschen mit Behinderung (UN-BRK), die in Deutschland geltendes Recht ist (DEUTSCHER BUNDESTAG 2008).

Die allgemeinen Grundsätze der UN-BRK finden sich in Art. 3. Sie sind deshalb hervorzuheben, weil sie wichtige ethische und philosophische Grundpositionen auch für die psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung verdeutlichen. Es sind:

- der Respekt vor der Würde und der individuellen Autonomie einschließlich der Freiheit zu selbstbestimmten Entscheidungen

- die Nichtdiskriminierung
- die volle und effektive Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft
- die Achtung vor der Differenz und Akzeptanz von Menschen mit Behinderung als Teil der menschlichen Verschiedenheit
- des Weiteren: Chancengleichheit, Barrierefreiheit, Gleichheit zwischen Männern und Frauen und der Respekt vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderung und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Die Bedeutung für unser alltägliches Handeln im psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltag ist enorm. Wir können aus diesen Grundpositionen der UN-BRK ein neues Verständnis von Anderssein ableiten. Unser festgezurrtter Blick auf die Behinderung und die Einteilung der Welt in Behinderte und Nichtbehinderte stimmt so nicht, weil wir auf die differenten Merkmale aller Menschen schauen sollten, zu denen neben der Behinderung auch die unterschiedliche Religion, die unterschiedliche Ethnie, soziale Schicht, das Geschlecht und natürlich die sexuelle Orientierung gehören. Wir sind eine vielschichtige Gesellschaft mit vielschichtig differenten Merkmalen. Des Weiteren können wir in der tatsächlichen Respektierung der Selbstbestimmung auch manche Aspekte unseres therapeutischen Eingreifen und Therapieren in Frage stellen. Respektierung der Selbstbestimmung heißt nämlich, den Lösungsweg für ein Problem und das heißt letztendlich auch den Heilungsweg einer Erkrankung mit dem Patienten selber zu planen und dabei auch offen zu sein für neue Wege. „Sag mir, was ich dir tun soll“ (Lukas 18, 35-43) heißt es im Gleichnis vom Blinden von Jericho, eine wunderbare Aussage für das Verhältnis von Care-Geber und Care-Empfangenden.

Auch spricht die philosophische Grundlage der UN-Konvention eine deutliche Sprache zum Komplex der Wertschätzung und der Augenhöhe, auf der er sich eine menschliche Begegnung abspielt. Man könnte das Gebot der Diversity auch so deuten, dass wir den jeweils anderen brauchen und ohne ihn arm wären. Soll heißen, wir schätzen den anderen nicht aus karitativen Momenten heraus oder sprechen ihm die Wertschätzung aus, weil dies unser Arbeitsvertrag oder unsere Leitlinie von uns verlangt sondern weil wir erkennen, dass der jeweils andere nicht nur ein Mitmensch sondern ein interessanter Partner ist, ohne den wir unser Leben nicht wirklich reichhaltig weiter gestalten können. Und last not least sagen die Grundprinzipien der UN-Konvention auch, dass sich ein neues Handlungsfeld gerade für Mediziner und Therapeuten ergibt. Es geht immer um die Entwicklung von Gemeinschaften, von Strukturen und Systemen auf. Der Einzelne ist zwar Symptomträger aber ein gemachter Symptomträger durch das umgebende System und alle Anschlussdiskussionen, die wir gerne den Erziehern, den Sozialarbeitern oder auch den Stadtplanern überlassen (Stichworte sind community care,

Gemeinwesenarbeit, social networking und Arbeit im dritten Sozialraum) sind auch Handlungsfelder für Beschäftigte in psychosozialen Dienstleistungsangeboten.

Nach der ersten Phase des Erstaunens, des Freuens über dies Konvention, befinden wir uns jetzt seit längerem schon auf der Mühsal der Ebenen der Durchsetzung in den einzelnen Feldern. Ich möchte zwei Problemfelder herausgreifen:

Problemfeld 1 – Gesundheitsversorgung

Hier liegt der Art. 25 der Behindertenrechtskonvention zugrunde, in dem es heißt: „Die Vertragsstaaten stellen Menschen mit Behinderung eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung, wie anderen Menschen ... und ... bieten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderung speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden“. Es stellt sich sofort die Frage, ob es darum geht, Menschen mit Behinderung im allgemeinen Gesundheitssystem oder in spezialisierten Zentren zu behandeln und diese Frage bewegt uns in der Praxis tatsächlich auf vielen Ebenen.

Ein Blick auf die Aussagen der ZENTRALE KOMMISSION ZUR WAHRUNG ETHISCHER GRUNDSÄTZE IN DER MEDIZIN UND IHREN GRENZGEBIETEN BEI DER BUNDESÄRZTEKAMMER (2010) hilft hier weiter. Dort heißt es, dass der Anspruch auf gleiche Qualität und gleichen Standard nicht identische Behandlung bedeutet. Aus meiner Sicht möchte ich betonen, dass die Beachtung der Verschiedenheit der Menschen und auch dies ist ja eine wichtige philosophisch untermauerte Position der UN-Behindertenrechtskonvention zu einer Spezialisierung in der Behandlung führen muss. Spezialisierung steht für Qualitätssicherung, für die Zugänglichkeit von Therapiemöglichkeiten und die erreichbare Expertise der Behandler, auf die Menschen mit Behinderung einen Anspruch haben und die nicht gewährleistet ist, wenn die Behandlung lediglich dem Regelsystem zugeordnet ist. Vor diesem Hintergrund glaube ich, dass die Zukunftsperspektive der ambulanten Versorgung die ist, weiterhin psychiatrische Institutsambulanzen mit dem Schwerpunkt der Behandlung von Menschen mit Behinderung zu gründen. Unter Inklusionsbedingungen sollten diese Ambulanzen natürlich immer auch Menschen ohne Behinderung behandeln, aber nicht zu Lasten der ersten Gruppe.

Weitergehend ist die Gründung von sog. Medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit Behinderung, MZEB) oder wie es jetzt in der Gesetzesregelung von §119 c SGB V heißt, von Medizinischen Behandlungszentren für Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung. Wesentlich an dieser Entwicklung erscheint mir der Gedanke der Multiprofessionalität. Ärztliche und nichtärztliche Fachdisziplinen arbeiten

unter ärztlicher Leitung zusammen. Sie sind verpflichtet, mit dem umgebenden Regelsystem eine geregelte Zusammenarbeit zu praktizieren.

Vom MZEB in Alsterdorf kann ich berichten, dass der Anspruch der Multiprofessionalität ein schwieriges Unterfangen ist. Das Von-einander-Lernen, das Aufeinander-Hören, auch zwischen den verschiedenen ärztlichen Disziplinen, auch das Zuhören untereinander ist schon sehr schwierig. Bei Hinzuziehung anderer Professionen, wie beispielsweise den Physiotherapeuten, den Ergotherapeuten nimmt der Aufwand erheblich zu. Eine weitere Erfahrung ist die, mehr als die Hälfte aller Patienten, die bei uns bisher behandelt werden, weisen neben einer somatischen Erkrankung oder Diagnose, psychiatrische und psychologische Probleme auf. Die Disziplin der Psychiatrie/Psychologie ist also eine ganz wesentliche in einem solchen Zentrum, wobei psychotherapeutische Behandlungen außerhalb eines solchen Zentrum erfolgen müssen. Im Zentrum selbst geht es mehr um anamnestische Gespräche, um Problemsichtungen und diagnostische Einschätzungen.

Eine weitere wichtige Erfahrung ist, dass die auch im Gesetz vorgeschriebene geregelte Zusammenarbeit mit dem umgebenden Regelsystem äußerst schwierig ist. Dies gilt insbesondere für schwer mehrfachbehinderte Menschen, bei denen es oft misslingt, sie ohne Qualitätsverlust in das Regelsystem zurück zu überweisen. In diesem Bereich gibt es also noch ein großes Arbeitspensum, um den richtigen Anspruch von einer Ausgewogenheit zwischen Spezialisierung und Generalisierung der Behandlung zu erreichen.

Nicht minder düster ist die Zukunftsperspektive für die stationäre Versorgung. Das Krankenhaus, so muss man leider feststellen, ist auf den Patientenkreis der Menschen mit Behinderung nicht wirklich eingestellt. Die übliche Pflege im Krankenhaus und auch die Medizin gehen von dem mündigen Patienten aus, der sich selber äußert und mit kurzen Instruktionen zur Compliance bzw. Adhärenz fähig ist. Die Folge für Patienten, die kognitiv eingeschränkt sind, die mehr Zeit brauchen oder Angst haben, weil sie die Situation nicht verstehen, ist, dass sie teilweise durch die Pflege überversorgt und dadurch entmündigt oder unterversorgt werden, weil bestimmte Bedarfe überhaupt nicht gesehen werden. Auch in der Medizin fehlen oft spezielle Kenntnisse für bestimmte Bilder von schwer mehrfacher Behinderung, hinzukommen selbstverständlich auch räumliche und kommunikative Barrieren im Krankenhaus ganz allgemeiner Art.

Wir brauchen Initiativen, die diesen Missstand in den Blick nehmen. So hat die Ärztekammer Berlin das barrierefreie Krankenhaus gefordert. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern seit Jahren Vereinbarungen zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und Krankenhausverbänden einerseits, den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung andererseits zur Behebung von Mängeln, zur Einführung von

Standards und zur Etablierung von Fort- und Weiterbildung. Der Deutsche Ethikrat hat in Zusammenarbeit mit den Gleichstellungsbeauftragten der Bundesländer für die Öffnung des Assistenzpflegegesetzes für alle Menschen mit Behinderung plädiert. Ob die Versorgung von Menschen mit Behinderung besser durch sog. eingestreute Betten oder interdisziplinäre Stationen in einem Haus zu erfolgen hat, in die dann konsiliarisch die verschiedenen Fachdisziplinen kommen, kann nicht generell entschieden werden, da dies von den jeweiligen Voraussetzungen in einem Haus abhängt.

Problemfeld 2 – Zwangsbehandlung

Das zweite Problemfeld, das die UN-BRK anspricht und das immer noch nicht befriedigend für die Praxis gelöst ist, liegt im Bereich von Zwangsunterbringungen und Zwangsbehandlungen. Im Art. 12 Abs. 2 der UN-BRK heißt es, die Vertragsstaaten erkennen an, „dass Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.“ Wörtlich spricht die UN-BRK von „legal capacity“. Dazu ein Beispiel aus der Praxis:

Das Fachamt für Eingliederungshilfe stellt folgende Forderung an einen Klienten: „Wenn sie weiterhin Leistungen der Eingliederungshilfe zur Erreichung ihrer Teilhabe beziehen wollen, dann müssen sie sich einer ambulanten Psychotherapie unterziehen“. Der behandelnde Arzt widerspricht dem: „Die traumatische Erfahrung meiner Patientin macht es therapeutisch unabdingbar, nur solche Maßnahmen anzustreben und anzuwenden, welche von ihr selbst gewünscht, ertragen oder nur so in ihr derzeitiges Leben problemlos integriert werden können“. Es fragt sich: Wer liegt hier richtig? Sind solche „bedingten Hilfen“ mit der Anerkennung psychisch kranker Menschen als selbstbestimmungsfähige Personen überhaupt vereinbar? Darf ein Fachamt eine solche Forderung stellen? Kann Teilhabe ohne Beachtung des natürlichen Willens überhaupt erreicht werden? Ich antworte wie folgt: Das Fachamt überschreitet nicht nur seine Kompetenzen, sondern missachtet die UN-BRK Konvention und die damit verbürgten Selbstbestimmungsrechte des Klienten. Der Arzt hingegen liegt richtig, weil eine angeordnete Hilfe in diesem Falle mehr Schaden anrichtet als eine vielleicht verzögert angewendete Hilfe, die aber gewollt und von daher auch wirklich vom Patienten oder Klienten integrierbar ist.

Maßnahmen gegen den Willen dürfen nach der Konvention nur aufgrund spezifischer Gesetze mit strengen Ausführungsbestimmungen ergriffen werden und nur dann, wenn

- die Betroffenen ihren Willen nicht bilden oder kund tun können (z. B. bei Wachkomazuständen) oder

- bei Betroffenen die Unterlassung einer Zwangsmaßnahme eine Menschenrechtsverletzung bewirken würde, die an anderer Stelle der Konvention geschützt ist.

Damit ist eine Zwangsanwendung nur möglich, wenn der Schutz der Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person im Falle der Selbst- oder Fremdgefährdung gefährdet ist.

Dem steht die gängige medizinethische Begründung für Zwangsmaßnahmen in Deutschland entgegen. Danach können psychische Erkrankungen zum Verlust der Fähigkeit führen, freie und verantwortliche Entscheidungen zu treffen. Man spricht davon, dass die psychische Erkrankung den Patienten unfrei mache. Vor diesem Hintergrund ist dann die Freiheitsentziehung oder Durchführung einer Maßnahme gegen den Willen eine Maßnahme, die aus der Fürsorge aufgrund des so verstandenen Freiheitsverlustes geschieht. Nicht ein Freier wird dann seiner Freiheit beraubt, sondern ein Unfreier vor Schaden bewahrt. Ziel der Zwangsmaßnahme ist in dieser Sichtweise die Wiedergewinnung der abhanden gekommenen Freiheit.

Dagegen setzt die UN-Konvention die klare Begrenzung auf Selbst- oder Fremdgefährdung. Begründungen wie ausgeprägter Rückzug, Verfolgungswahn oder die Gefahr der Chronifizierung (bei Ersterkrankungen) für eine zwangsweise Unterbringung oder Behandlung sind mit der Konvention unvereinbar. Vielmehr gilt, dass psychisch kranke Menschen mit Behinderung auch in psychotischen Krisen rechts- und handlungsfähige Personen bleiben und auch bei Geschäftsunfähigkeit ihren beachtlichen natürlichen Willen nicht verlieren. Die Behandlung gegen den Willen, den natürlichen Willen eingeschlossen, ist Zwang, der sich nur dadurch legitimiert werden kann, dass seine Unterlassung eine beträchtliche Selbstschädigung oder Fremdschädigung hervorrufen würde. Vor diesem Hintergrund wäre es ein wichtiger Schritt, dass die Psychiatrie insbesondere auch die Psychiatrie, die Menschen mit geistiger Behinderung behandelt, ehrlicher und transparenter wird. Der Bezug auf Selbstbestimmung und Teilhabe, den wir alle doch täglich im Munde führen, ist nur glaubhaft, wenn gleichzeitig die Verletzungen der Selbstbestimmung in der eigenen Praxis stärker in den Blick genommen werden. Wir könnten dieses da tun, wo wir psychiatrisch motivierte Hilfen unter Umgehung des Patientenwillens benennen und diesen häufig ausgeübt, durchaus gut gemeint, oft „fürsorglichen Zwang“ offen legen. Wir könnten es auch dadurch machen, dass wir uns einfach mal unsere eigenen Begründungen für typische Zwangsmaßnahmen wie Unterbringung und Behandlung gegen den Willen anschauen. Und wir könnten den Blick darauf richten, was wir am Rande unserer Stationen oder Bereiche produzieren. Tatsache ist leider, dass eine wachsende Zahl von Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund der

Abnahme von Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie in der Forensik landen.

20 Jahre „Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung“ heißt vor diesem Hintergrund, 20 weitere Jahre harte und kontinuierliche Arbeit, um die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern.

Literatur

ANTONOVSKY, A. (1997): *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Herausgegeben von FRANKE, A.). Dgvt, Tübingen

DEUSCHER BUNDESTAG (2008) *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Entwurf eines Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.* Bundestagsdrucksache 16/10808, S. 7-69 (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/108/1610808.pdf>)

ZENTRALE KOMMISSION ZUR WAHRUNG ETHISCHER GRUNDSÄTZE IN DER MEDIZIN UND IHREN GRENZGEBIETEN BEI DER BUNDESÄRZTEKAMMER (2010) *Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen* (<http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.57>)

Verhaltensauffälligkeiten – Wege zu ihrem Verständnis und zu ihrer Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe

- Einführung in das Thema

Michael Seidel

Einleitung

Die heutige Veranstaltung widmet sich einerseits den vielgestaltigen Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung und ihrem Verständnis, andererseits aus verschiedenen Perspektiven den Möglichkeiten zu ihrer Überwindung im Alltag der Behindertenhilfe. Dabei ist besonders zu betonen, dass Verhaltensauffälligkeiten nicht nur sehr unterschiedliche Gestalt annehmen können, sondern dass selbst gleichförmige Verhaltensauffälligkeiten von Fall zu Fall sehr unterschiedliche Hintergründe, Bedingungen und Ursachen haben können. Damit verbietet sich von vornherein, schematische Lösungsansätze nach dem Muster „Wenn – dann“ zu wählen. Übrigens gibt es auch auffällige Verhaltensweisen – wer kennt sie nicht? –, die nichts anderes sind als einfache – wenngleich auffällige – Angewohnheiten und hinter denen nichts Besonderes steckt, die also auch weder „therapiebedürftig“ noch „therapiefähig“ sind.

Verhaltensauffälligkeiten

Der Begriff der *Verhaltensauffälligkeiten* bezeichnet sehr unterschiedliche Verhaltensweisen. Und die Verwirrung wird dadurch gesteigert, dass neben dem Begriff der Verhaltensauffälligkeiten für die Bezeichnung auffälliger oder störender Verhaltensweisen auch noch andere Begriffe verwendet werden: Verhaltensstörung, problematisches Verhalten, herausforderndes Verhalten usw. Einerseits sind diese Begriffe im Alltag weitestgehend austauschbar. Welcher Begriff verwendet wird, hängt dann eher von individuellen Gewohnheiten oder von den Gepflogenheiten innerhalb eines bestimmten Dienstes oder einer bestimmten Einrichtung der Behindertenhilfe ab. Andererseits sind alle diese Begriffe mit bestimmten Konnotationen verbunden, die nicht ohne Auswirkungen für die Betrachtungsweise des damit bezeichneten Verhaltens bleiben. So kann der Begriff der *Verhaltensstörung* leicht darüber hinwegtäuschen, dass die betreffenden Verhaltensweisen eine Funktion erfüllen, einem Zweck dienen können. So mögen beispielsweise Bewegungstereotypen der Entlastung oder Beruhigung dienen. In anderen Fällen setzen Menschen mit stereotypen oder ritualisierten Verhaltensweisen

einer von ihnen als chaotisch erlebten Umwelt eine gewisse Struktur entgegen – und entwickeln insofern mehr oder minder kreative Lösungsversuche ihrer alltäglichen Probleme.

Vor allem fördert die schematische Verwendung des Begriffs Verhaltensstörung im Alltag der Dienste und Einrichtungen die Tendenz, dass vor allem die störenden oder als gefährlich erlebten Verhaltensweisen besondere Aufmerksamkeit erfahren, während die stillen, zurückgezogenen Verhaltensweisen eher unbeachtet bleiben, obwohl ihre Hintergründe oder Ursachen vielleicht für den Betroffenen viel belastender sein können. Man denke an depressive Verstimmungen.

Der Begriff des *herausfordernden Verhaltens*, der zunächst übers Englische – *challenging behaviour* – in unsere Fachsprache eingewandert ist, wird im Deutschen oft mit der Bedeutung als absichtsvolles, provokatives Verhalten benutzt. Natürlich, provokatives Verhalten gibt es, aber diese Interpretation war von den Schöpfern des Begriffs nicht beabsichtigt (EMERSON et al. 1999). Überhaupt wollten sie keine spezielle Ursache mit dem Begriff verbinden. Vielmehr wollten sie mit diesem Begriff betonen, dass die so bezeichneten Verhaltensweisen eine fachliche Herausforderung für die Begleiter der betreffenden Personen, für ihre Unterstützungssysteme darstellen.

Insofern ist der Begriff der *Verhaltensauffälligkeiten* wahrscheinlich der beste Begriff, weil er eher eine beschreibende als eine interpretative Bedeutung besitzt. Zugleich muss man sich immer vergegenwärtigen, dass auch das, was einem – im wörtlichen Sinne – *auffällt*, von vielen Aspekten abhängt: Vom situativen Kontext, vom Alter der betreffenden Person, von den eigenen Erfahrungen des Beobachters und sogar von dessen aktuellen Befindlichkeiten, Erwartungen usw. Es gehen also auch dem Wahrnehmen und Beschreiben Interpretationen voraus. Es ist nützlich, sich dessen bewusst zu sein.

Untauglichkeit des Spektrum-Modells

Gelegentlich begegnet man der irrigen Auffassung, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen seien gewissermaßen als Extrempunkte eines Spektrums anzusehen. Dieser Auffassung muss man entschieden widersprechen, denn hier werden zwei Ebenen unzulässig vermengt. In der Sprache der Philosophie wäre das ein Kategorienfehler. Verhaltensauffälligkeiten gehören der Ebene der Symptomatik oder der sekundären Reaktions-, Bewältigungs- bzw. Kompensationsmechanismen der Person an. Der Begriff der psychischen Störungen hingegen steht für die Ebene der unterschiedlichen Ursachen und Bedingungsgefüge. In Abbildung 1 wird versucht, die Zusammenhänge schematisch – und zugegebenermaßen hochgradig vereinfacht – zu illustrieren.

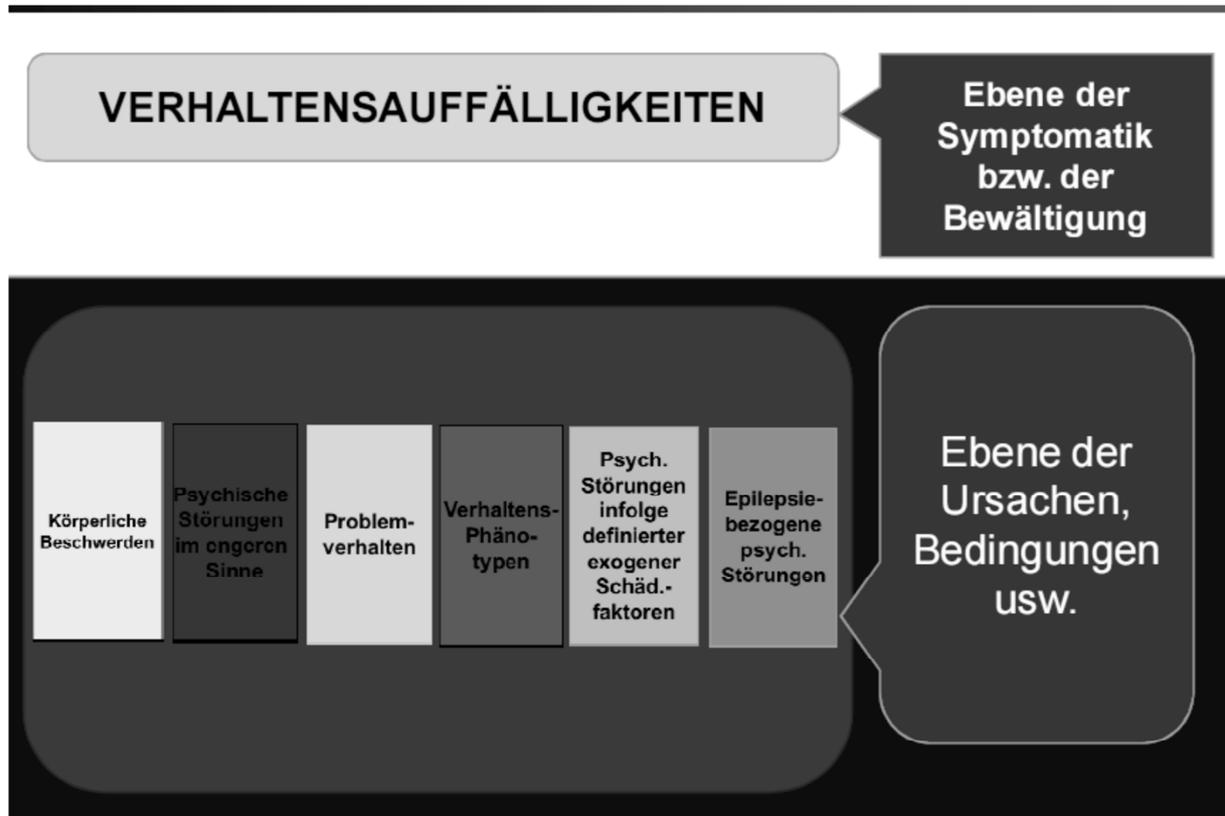


Abb. 1: Das Verhältnis von Verhaltensauffälligkeiten zu verschiedenen Ursachen- und Bedingungskomplexen

Ein einfaches Beispiel möge den Zusammenhang verdeutlichen: Jemand zieht sich in mehr oder minder auffälliger Weise aus den Alltagsaktivitäten oder aus der Alltagskommunikation zurück. Dies könnte verschiedene Ursachen haben. Eine denkbare Ursache ist eine depressive Störung, zu deren unmittelbarer Symptomatik eine Antriebsminderung gehört. Eine andere denkbare Ursache könnte eine schizophrene Erkrankung sein, in deren Rahmen Verfolgungsideen auftreten. Dann wäre der Rückzug vielleicht der Ausdruck des ängstlich gefärbten paranoiden Misstrauens, also eine verständliche sekundäre Reaktion.

Vielfältige Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten

Es bleibt festzuhalten, dass Verhaltensauffälligkeiten – sofern sie nicht bloß Verhaltenseigentümlichkeiten der betreffenden Person sind – auf verschiedene Ursachen- und Bedingungskomplexe zurückzuführen sind. In einer ersten Annäherung kann man körperliche Beschwerden und psychische Störungen im weitesten Sinne als Grundlagen, Ursachen, Bedingungsgefüge ausmachen (s. Abb. 2). Die psychischen Störungen im weitesten Sinne sind später noch weiter zu differenzieren.

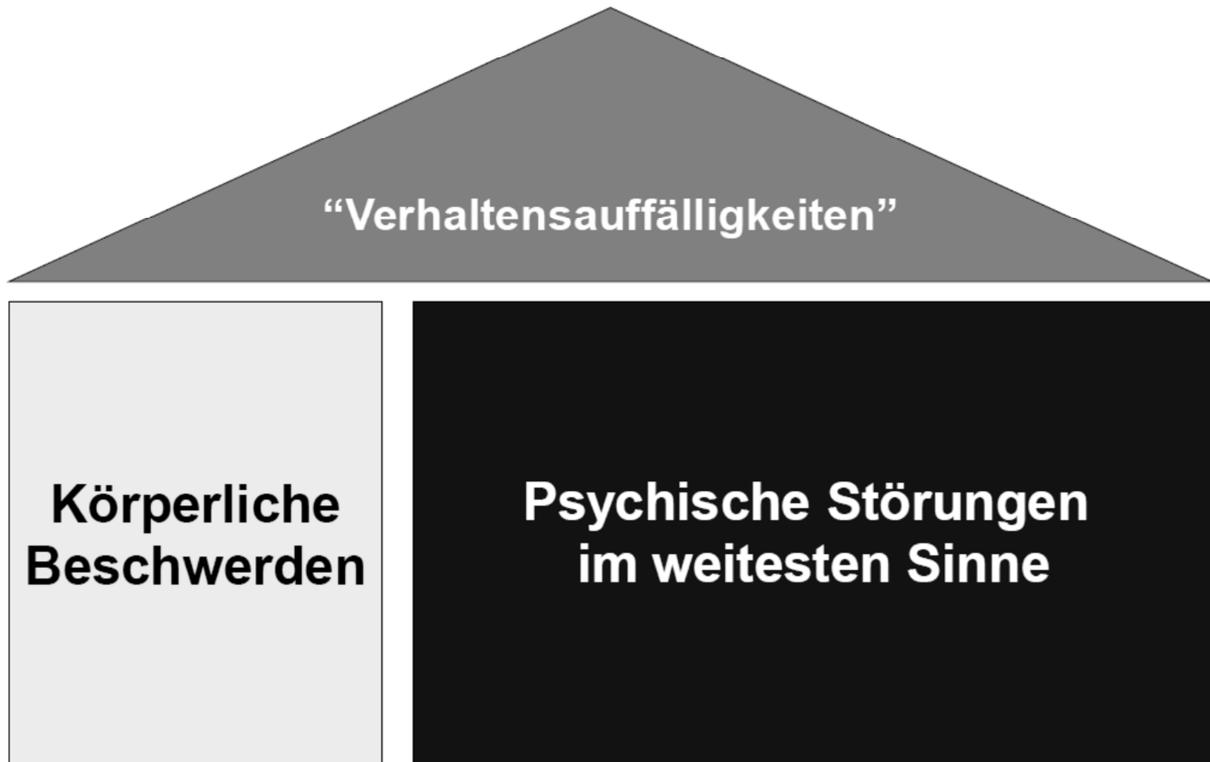


Abb. 2: Körperliche Beschwerden und psychische Störungen im weitesten Sinne als Grundlage von Verhaltensauffälligkeiten

Körperliche Ursachen

Unter den vielfältigen körperlichen Ursachen spielen vor allem Reaktionen auf Störungen des Befindens und auf Schmerzen unterschiedlichster Ursachen eine Rolle: Etwa Kopfschmerzen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Zahnfleischentzündungen, unerkannte Knochenfrakturen (!) oder allgemeine Schwächezustände (Unterernährung, Anämie, Schilddrüsenunterfunktion usw. Es ist nicht nachdrücklich genug zu betonen, dass körperliche Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten stets in Betracht gezogen werden müssen (vgl. MARTIN 2015). Dies bedarf der sorgfältigen ärztlichen Untersuchung, gestützt auf die Vermittlung zielführender Alltagsbeobachtungen.

Psychische Störungen im weitesten Sinne

Die psychischen Störungen im weitesten Sinn als Hintergrund oder Bedingungskomplex für Verhaltensauffälligkeiten sollen im Folgenden weiter differenziert werden (vgl. Abb. 3):

Psychische Störungen im engeren Sinne

Bei den psychischen Störungen im engeren Sinne – man könnte sie zur Verdeutlichung auch als “übliche“ psychische Störungen bezeichnen – handelt es sich um diejenigen diagnostischen Kategorien, die in der ICD-10 der WHO zu finden sind und jeder Psychiaterin, jedem Psychiater und hoffentlich auch jeder

Hausärztin, jedem Hausarzt bekannt sind. Aber die „üblichen“ psychiatrischen Diagnosen wie Demenz, Angststörung, Schizophrenie usw. sind bei Menschen mit geistiger Behinderung oft schwer zu stellen, vor allem bei schwerer kognitiver Beeinträchtigung und bei Kommunikationsbeeinträchtigungen. Verlässliche Auskünfte über subjektives Erleben und Befinden sind von der betroffenen Person gar nicht oder nur sehr schwer zu erheben oder sie müssen – aus der u. a. subjektiv eingefärbten Perspektive der Begleitpersonen dargeboten – mühsam exploriert werden. Es ist demzufolge eine hohe kommunikative und interpretative Kompetenz vonnöten – vom überdurchschnittlichen Zeitaufwand ganz zu schweigen.



Abb. 3: Körperliche Beschwerden und psychische Störungen (differenziert) als Grundlage von Verhaltensauffälligkeiten

Problemverhalten

Bei Problemverhalten handelt es sich um eine eigens konzeptualisierte Kategorie, die nicht nur mit einer bestimmten deskriptiven Definition (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS 2001), sondern vor allem mit einem spezifischen Erklärungsmodell zur Entstehung verbunden ist (vgl. DOŠEN 2010; DOŠEN et al. 2010). Wenigstens die Hälfte der Fälle psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung – etwa schwere Erregungszustände, Fremdverletzung oder Sachzerstörung – ist nicht im üblichen diagnostischen Klassifikationschema, in der ICD-10 der WHO, unterzubringen (vgl. COOPER et al. 2007). Das

macht Ärztinnen und Ärzte verständlicherweise ratlos und motiviert sie zur Ablehnung solcher Patientinnen und Patienten, deren Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten sie an die Grenzen der eigenen Kompetenzen führt. Schon gar nicht sind solche Störungsbilder mit Psychopharmaka wirklich positiv zu beeinflussen – erst recht nicht als alleinige Intervention. Dennoch erhalten solche Patienten zum Teil sehr hoch dosierte Benzodiazepine, Neuroleptika usw. über lange Zeit. Oft weiß niemand mehr, was der ursprüngliche Grund war.

Die hier gemeinten vielgestaltigen Störungsbilder sind weder Ausdruck einer somatischen Erkrankung oder Folge von Arzneimittelwirkungen noch Symptome einer psychischen Störung im engeren Sinne. Derartige Störungsbilder sind vielmehr nur aus der Wechselwirkung von begrenzten Verhaltensdispositionen, Besonderheiten der Wahrnehmungs- und Stressverarbeitung der betroffenen Person einerseits, den Anforderungen, Bedingungen und Gegebenheiten der physischen und sozialen Umwelten(en) andererseits adäquat zu erklären. Nicht selten erkennt man das schon daran, dass die Verhaltensauffälligkeiten in manchen Settings, etwa der Wohnstätte, nie oder selten, in anderen Settings, etwa in der Werkstatt, regelmäßig auftreten. Eine besondere Rolle – und dennoch fast immer vernachlässigt – spielt der Rückstand der emotionalen Entwicklung, der oft noch weiter hinter der Altersnorm zurückliegt als die körperliche und die intellektuelle Entwicklung. Wenn die mit einem zurückgebliebenen emotionalen Entwicklungsniveau verbundenen Bedürfnisse nicht erfüllt werden, kommt es zwangsläufig zu unter Umständen schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten und auch zu Blockaden der weiteren Entwicklung (vgl. DOŠEN 2010, SAPPOK & ZEPPELITZ 2016).

Wenn aber die Ursachen dieser Verhaltensweisen in einer *inadäquaten Passung* von Person und Umweltbedingungen begründet sind, sind sie auch *keine* individualpathologische Eigenschaft. Die Interventionen bei derartigen Verhaltensauffälligkeiten bestehen vor allem in der Anpassung der sozialen und physischen Gegebenheiten und Anforderungen der Umwelt(en). In der Anpassung der Umwelt(en) finden sich die eigentlichen „Stellschrauben“ der zielführenden Interventionen. Zielgerichtete Therapien (z. B. Sprachtherapie), auch Psychopharmaka, und Hilfsmittel (z. B. Talker) haben allerdings oft eine wichtige unterstützende Funktion. Es kommt also immer auf die umfassende Analyse des Einzelfalls an, um alle notwendigen und geeigneten Interventionen zu identifizieren und sinnvoll miteinander zu verbinden.

Verhaltensphänotypen

Manche psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung gehen auf – häufig im vorliegenden Fall noch nicht diagnostizierte – genetische Ursachen zurück. Das überdurchschnittlich häufige Auftreten von bestimmten

Verhaltensmerkmalen bei einem bestimmten genetisch bedingten Syndrom berechtigt dazu, für dieses Syndrom einen Verhaltensphänotyp (behavioural phenotype) zu beschreiben (vgl. DYKENS et al. 1995, SEIDEL 2012). Als Beispiele für Verhaltensphänotypen können die Verhaltensmerkmale beim Fragiles-X-Syndrom, beim Angelman-Syndrom, beim Prader-Willi-Syndrom dienen.

Bei Verhaltensphänotypen kommt es im Hinblick auf die ärztlichen Aufgaben auf eine qualifizierte Differentialdiagnostik an, später im Prozess der Begleitung vor allem auf die Vermittlung von Anregungen und Empfehlungen zu einem störungsbildspezifischen Umgang mit der betroffenen Person.

Psychische Störungen infolge definierter exogener Schädigungsfaktoren

Manche Störungsbilder sind die Folge definierter prä- oder perinataler exogener Schädigungsfaktoren (Noxen). An erster Stelle ist das vergleichsweise häufige Fetale Alkoholsyndrom (HENNICKE & HOFFMANN 2015, SPOHR 2016) als Beispiel zu nennen.

Es lässt sich übrigens mit Fug und Recht fragen, ob nicht solche Störungsbilder, die mit definierten Noxen verbunden sind, auch zweckmäßigerweise unter einen erweiterten Begriff von Verhaltensphänotypen gefasst werden können.

Epilepsiebezogene psychische Störungen

Schließlich sind noch die psychischen Auffälligkeiten zu nennen, die mit einer evtl. bestehenden Epilepsie oder deren antiepileptischer Behandlung in Zusammenhang stehen. Immerhin haben 30 - 40 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung eine Epilepsie. Darum sollte dieser Gesichtspunkt besonders hervorgehoben werden.

Differentialdiagnostik

Aus dem vorstehend Geschilderten geht hervor, dass grundsätzlich eine sorgfältige und umfassende differentialdiagnostische Abklärung der Hintergründe von Verhaltensauffälligkeiten erfolgen muss, weil im Einzelfall alles Mögliche dahinter stecken kann (vgl. Abb. 4).

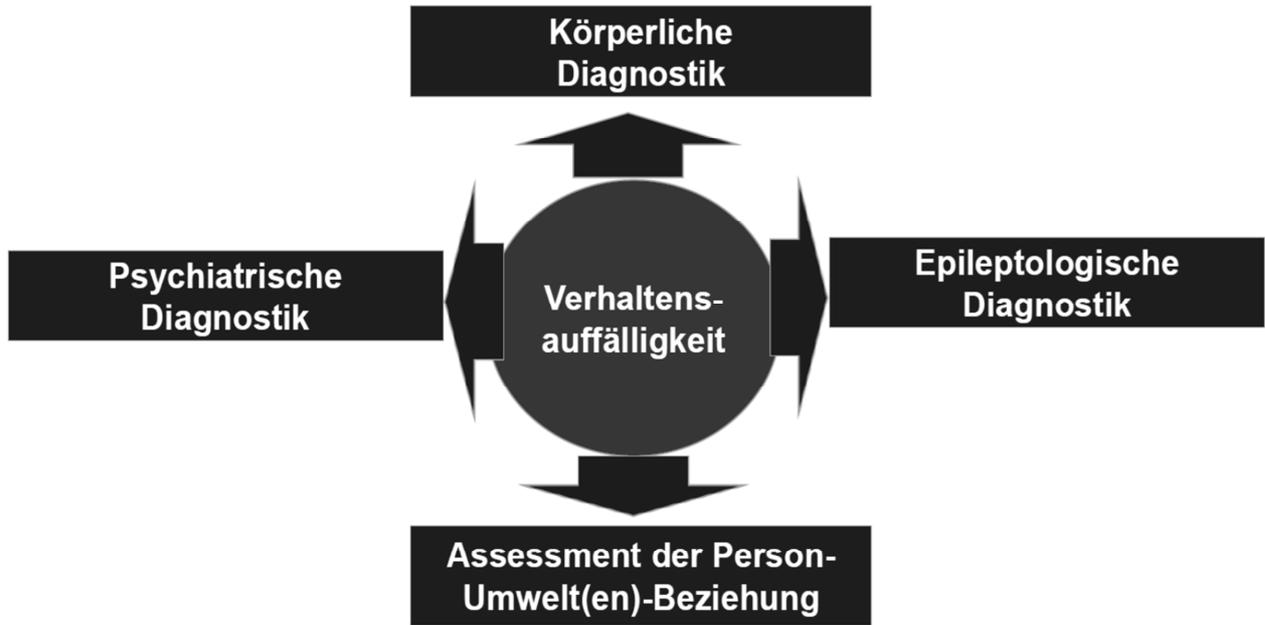


Abb. 4: Schema der Differentialdiagnostik bei Verhaltensauffälligkeiten

Wenn sich im Prozess der sorgfältigen und kompetenten Abklärung weder Belege für eine psychische Störung im engeren Sinne noch für einen Verhaltensphänotyp, für eine psychische Störung infolge definierter exogener Schädigungsfaktoren oder für eine epilepsiebezogene psychische Störung finden lassen, wird eine vertieftes Assessment der Person-Umwelt-Beziehung notwendig, weil es sich vermutlich um ein Problemverhalten im oben darlegten Sinne handelt. Die Aspekte des Assessments und der Formulierung der Diagnose sind im Modell von DOŠEN et al. (2010) systematisch dargelegt (Abb. 5).

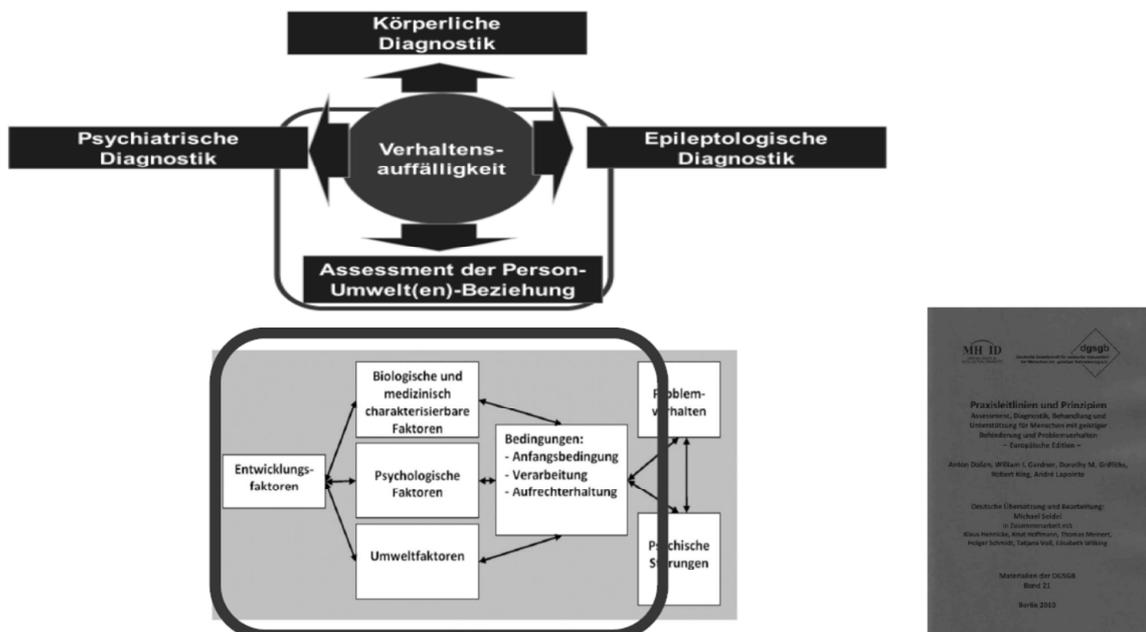


Abb. 5: Differenziertes Assessment und Diagnostik bei Problemverhalten

Interventionen

Die therapeutischen Interventionen richten sich natürlich nach den ermittelten Hintergründen, Ursachen usw. Bei Problemverhalten liegen, wie schon ausgeführt und begründet, die „Stellschrauben“ in erster Linie in der Anpassung der Anforderungen, der physischen und sozialen Umweltbedingungen usw. Dies beginnt im Hinblick auf Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe natürlich mit einer entsprechend veränderungsoffenen Haltung der Mitarbeitenden. Sie dürfen die Last der Veränderung nicht vorrangig der betroffenen Person mit einer geistigen Behinderung aufbürden – indem man etwa von ihr verlangt, sie solle sich anpassen usw. Vielmehr müssen sie sich die Mitarbeiterin, der Mitarbeiter ausdrücklich als Teil der Umwelt verstehen. Nicht selten ist es ihr eigenes Verhalten, das die Person „verrückt“ macht.

Nicht selten begegnet im Alltag die Empfehlung, bestimmte überfordernde Anforderungen zu unterlassen oder bestimmte Spielräume (beispielsweise die Gewährung häufiger kurzer Pausen bei der Werkstattarbeit für Beschäftigte mit ADHS-Symptomatik) einzuräumen, kategorischer Ablehnung. Dies würden die Rahmenbedingungen der Organisation nicht zulassen; „Extrawürste“ seien nicht möglich. Dem muss man in aller Deutlichkeit entgegen: Wenn man das Postulat der *Personzentrierung* ernst nimmt, kommt es genau auf diese „Extrawürste“ an. Man könnte plakativ den Slogan formulieren: „Es lebe die Extrawurst!“ Anders wird man Personzentrierung nicht erreichen.

Natürlich setzen die politisch gewollten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen *für* die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe deutliche Grenzen der Gestaltbarkeit der Rahmenbedingungen *innerhalb* der Dienste und Einrichtungen. Dass diese politisch und administrativ verantworteten Grenzen die Gestaltung entwicklungsfördernder und wirklich personenzentrierter Rahmenbedingungen vor Ort oft erschweren oder gar verhindern, gehört zu den Erkenntnissen, die immer wieder laut formuliert werden müssen. Sich hierzu auch weiterhin in die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion einzumischen, wird sich die DGSGB nicht nehmen lassen.

Literatur

- COOPER, S.-A., SMILEY, E., MORRISON, L. et al. (2007) *Mental-ill health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors*. British Journal of Psychiatry 190, 27-35
- DOŠEN, A., GARDNER, W. I., GRIFFITH, D. M., KING, R., LAPOINTE, A. (2010) *Praxisleitlinien und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten*. Europäische Edition. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: SEIDEL, M., in Zusammenarbeit mit HENNICKE, K., HOFFMANN, K., MEINERT, T., SCHMIDT, H., VOß, T., WILKING, E. Materialien der DGSGB. Band 21. Eigenverlag

- Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, Berlin
- DOŠEN, A. (2010) *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe: K. HENNICKE und M. SEIDEL. Hogrefe, Göttingen
- DYKENS et al. (1995) *Measuring behavioural phenotypes*. Am J. Mental Retardation 99, 522-532
- EMERSON, E., MOSS, S., KIERNAN, C. (1999) *The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities*. In: BOURAS, N. (ed.) *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. University Press, Cambridge, pp. 38-48.
- HENNICKE, K., HOFFMANN, K. (Hrsg.) (2015) *Menschen mit Intelligenzminderung und Fetalem Alkoholsyndrom (FAS)*. Eine Herausforderung für die Behindertenhilfe. Materialien der DGSGB. Band 34. Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, Berlin.
- MARTIN, P. (2015) *Verhaltensauffälligkeiten als Ausdruck körperlicher Erkrankungen*. In: SEIDEL, M. (Hrsg.) *Grundsätzliche und spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung*. Materialien der DGSGB. Band 35. Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, Berlin. S. 91-97
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2001) *DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation*. Occasional Paper OP 48, Gaskell, London.
- SAPPOK, T., ZEPERITZ, S. (2016) *Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung*. Hogrefe, Bern.
- SEIDEL, M. (2002): *Das Konzept der Verhaltensphänotypen*. In: SEIDEL, M. (Hrsg.) *Das Konzept der Verhaltensphänotypen*. Materialien der DGSGB. Band 3. Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, Berlin. S. 3-8
- SEIDEL, M. (2013): *Geistige Behinderung – eine Einführung*. In: BIENSTEIN, P., ROJAHN, J. (Hrsg) *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Grundlagen, Diagnostik und Intervention. Hogrefe, Göttingen. S. 11-28
- SEIDEL, M. (2014) *Problemverhalten, Verhaltensauffälligkeiten und herausforderndes Verhalten*. In: BIENSTEIN P., WEBER, P. (Hrsg) *Menschen mit psychischen Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege*. Bonn, 133-150
- SPOHR, H.-L. (2016) *Das fetale Alkoholsyndrom im Kindes- und Erwachsenenalter*. De Gruyter, Berlin

Emotionale Entwicklung als Schlüssel für Verhaltensauffälligkeiten

Tanja Sappok

Die Abklärung von Verhaltensauffälligkeiten erfolgt bei Menschen mit Intelligenzminderung anhand des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells. Um das gezeigte Verhalten und die zugrundeliegenden Handlungsmotive zu verstehen, sollte dieses Modell um eine weitere Dimension erweitert werden (GARDNER et al. 2006), die Dimension der emotionalen Entwicklung (Abb. 1).

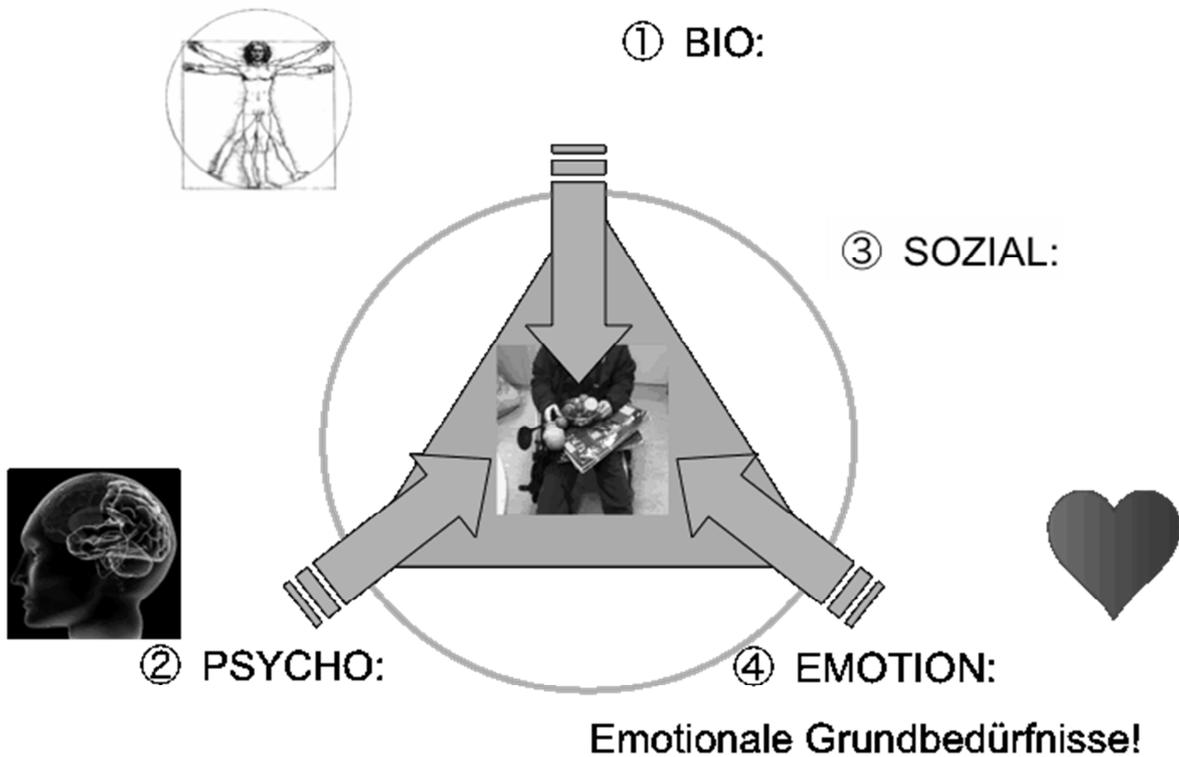


Abbildung 1: Erweiterung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells um die emotionale Entwicklungskomponente.

Die unterschiedlichen Aspekte emotionaler Entwicklung können anhand der Meilensteine der emotionalen Entwicklung entlang dem regulären Reifungsprozesses von Kindern aufgezeigt werden (Abb. 2).

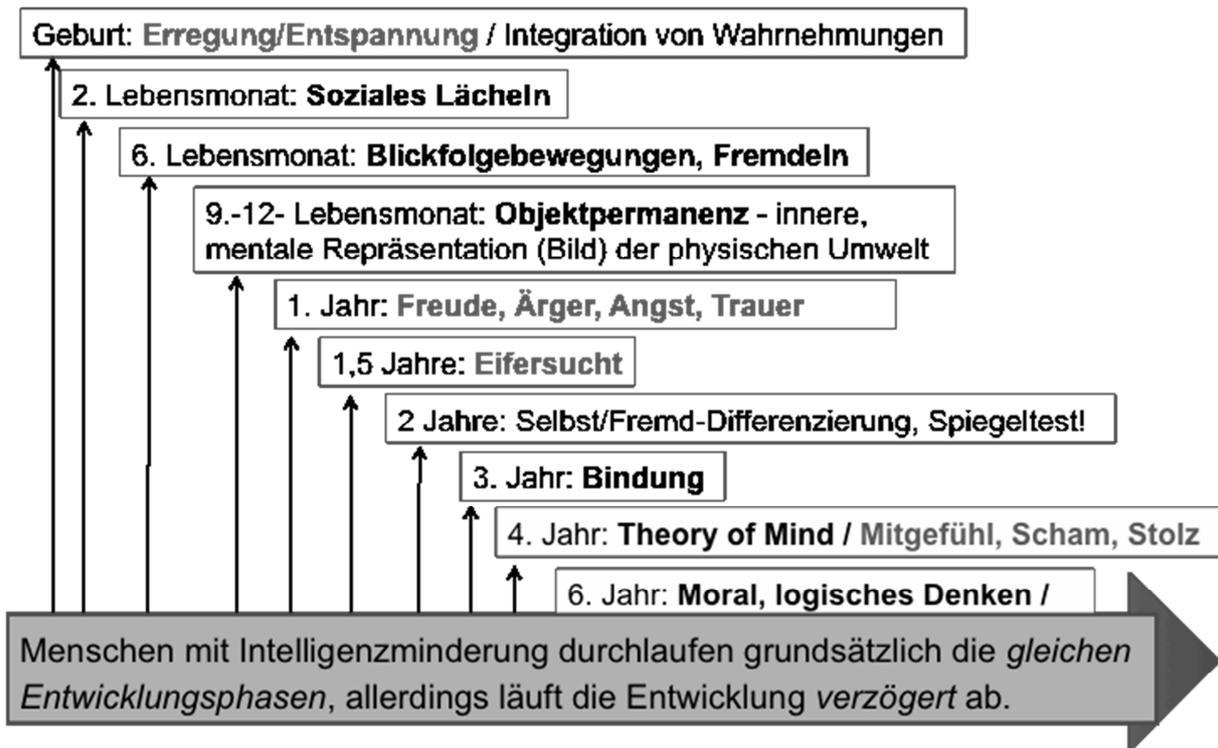


Abbildung 2: Meilensteine der emotionalen Entwicklung.

Menschen mit Intelligenzminderung durchlaufen grundsätzlich die *gleichen Entwicklungsphasen* wie Menschen ohne Behinderung, allerdings läuft ihre Entwicklung *verzögert* oder *unvollständig* ab. Anton DOŠEN entwarf auf der Basis dieser Meilensteine der emotionalen Entwicklung ein Phasenmodell der emotionalen Entwicklung (Abb.3).

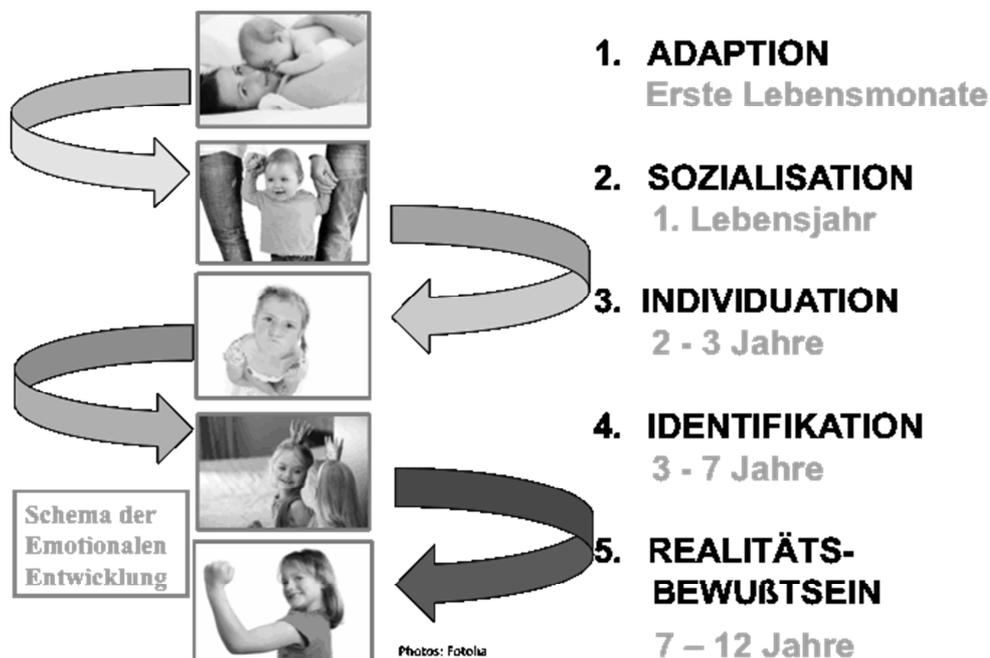


Abb. 3: Phasenmodell der emotionalen Entwicklung

Mit Hilfe des SEO (Schema van emotionele ontwikkeling; DOŠEN 1997; DOŠEN 2010; LA MALFA et al. 2009) kann der emotionale Entwicklungsstand von Erwachsenen mit Intelligenzminderung festgestellt werden. Mit einer bestimmten emotionalen Entwicklungsstufe sind bestimmte emotionale Grundbedürfnisse verbunden. Abbildung 4 stellt die Entwicklungsstufen im Phasenmodell von Anton DOŠEN der Bedürfnispyramide nach MASLOW gegenüber.

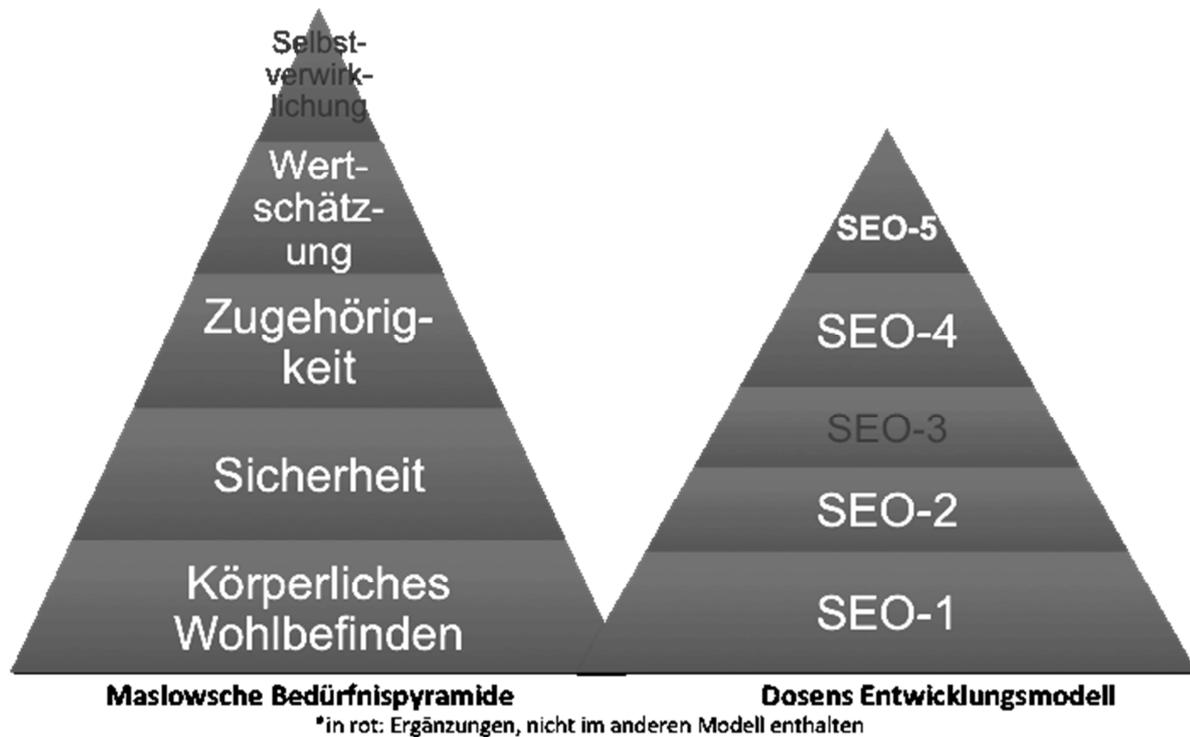


Abbildung 4: In einer emotionalen Entwicklungsphase dominieren bestimmte emotionale Grundbedürfnisse. Gegenüberstellung der Bedürfnispyramide von MASLOW und des Entwicklungsmodells von DOŠEN.

Die Begegnung mit Menschen mit Intelligenzminderung richtet sich im Alltag jedoch in erster Linie nach dem biologischen Entwicklungsalter. Daneben wird

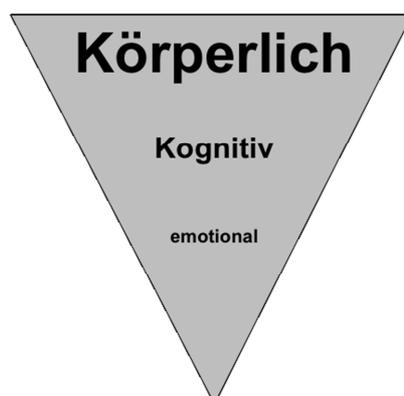


Abbildung 5: Ungleiche Beachtung der Dimensionen der Entwicklung

häufig auch noch das intellektuelle Entwicklungsalter berücksichtigt. Die wichtige Dimension der emotionalen Entwicklungsebene wird häufig nicht gekannt und daher auch nicht beachtet (Abbildung 5).

Wissenschaftliche Untersuchungen haben demgegenüber gezeigt, dass nicht das kognitive, sondern vielmehr das emotionale Referenzalter für Form und Schwere von Verhaltensstörungen verantwortlich ist (SAPPOK et al. 2014).

Der emotionale Entwicklungsstand ist wohl ein "Bindeglied" bzw. sog. "missing link" zum Verständnis des gezeigten adaptiven Verhaltens zu (vgl. Abb. 6).

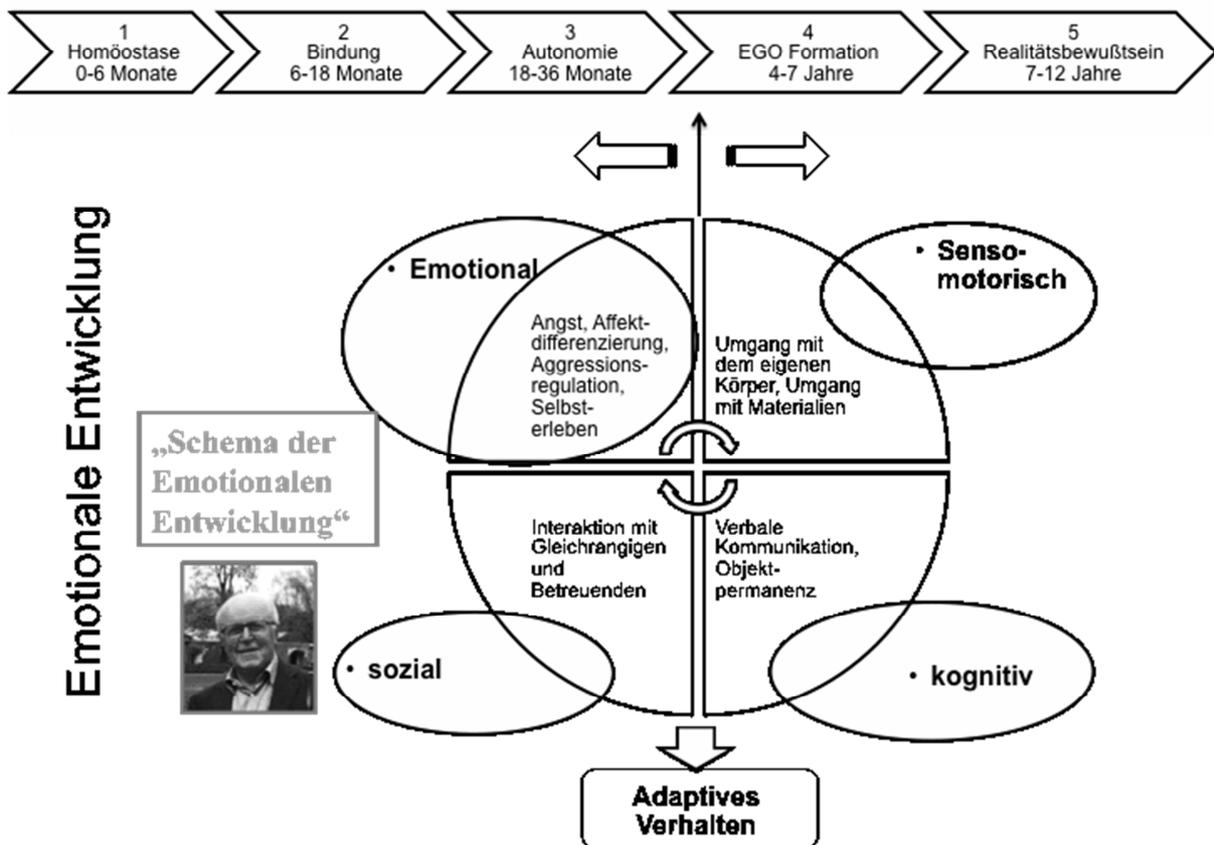
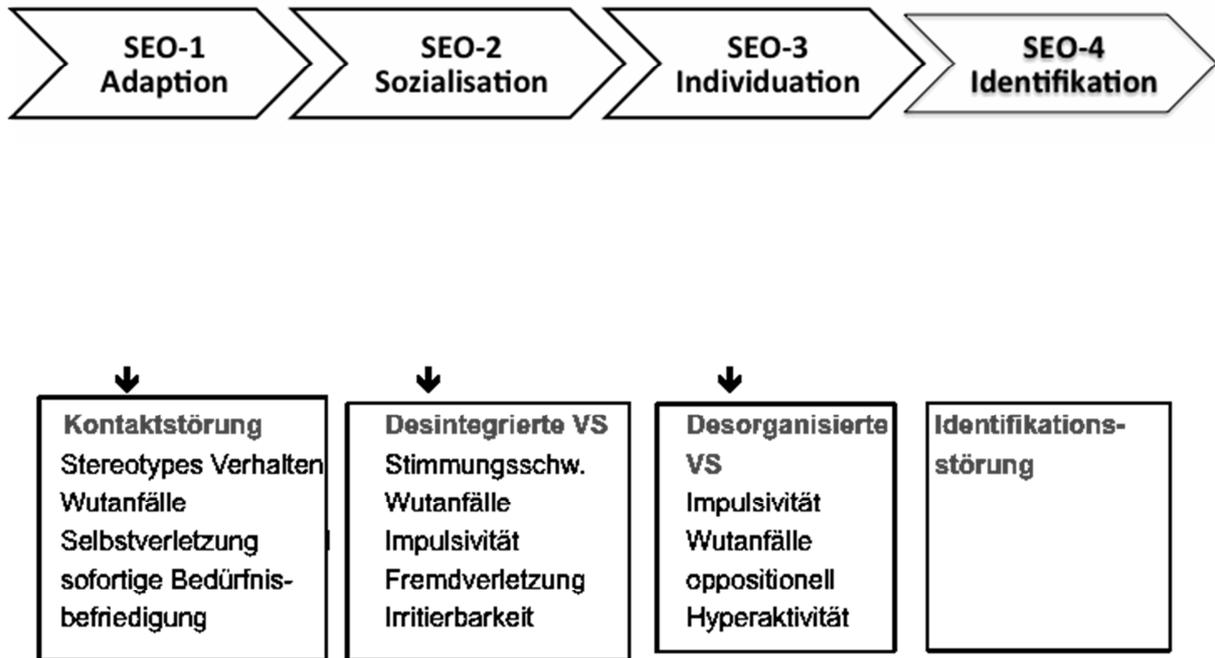


Abbildung 6: Aneignung emotionaler, sensomotorischer, kognitiver und sozialer Kompetenzen nach DOŠEN

Das gezeigte Problemverhalten ist also abhängig von der emotionalen Entwicklungsstufe. Je nach erreichter emotionaler Entwicklungsstufe steht dem Individuum ein bestimmtes Verhaltensrepertoire zur Verfügung, welches sich durch die jeweils beobachtbare Symptomatik zeigt. Abbildung 7 konzeptualisiert sog. "emotionale Entwicklungsstörungen" in Abhängigkeit vom emotionalen Entwicklungsstand (SAPPOK et al. 2012; SAPPOK et al. 2011).



Sappok et al., Psychiatrische Praxis 2012; Sappok et al., Fortschr Neurol Psychiat 2011

Abbildung 7: Konzeptualisierung emotionaler Entwicklungsstörungen und deren jeweilige Symptomatik.

Die Behandlung emotionaler Entwicklungsstörungen

Neben der *Aufklärung der wichtigsten Bezugspersonen* über den emotionalen Entwicklungsstand und der damit veränderten Erwartungshaltung ist die Berücksichtigung der mit der jeweiligen Entwicklungsstufe verbundenen *emotionalen Grundbedürfnisse* die wichtigste pädagogisch-therapeutische Maßnahme. Dadurch kann Problemverhalten abgebaut und gegebenenfalls eine weitere Reifung der Persönlichkeit angestoßen werden.

Bei einer emotionalen Entwicklungsstufe in der Phase der ersten Adaption (SEO-1) (Emotionales Referenzalter: Neugeborenes) sind folgende Maßnahmen sinnvoll:

- körperorientierter, basaler Ansatz
- Befriedigung von körperlichen Grundbedürfnissen (Verdauung, kein Schmerz, kein Hunger, angenehme Wärme)
- Fürsorgliche Grundhaltung (Kein Warten → unmittelbare Bedürfnisbefriedigung, kein Hunger)
- Konstanz in der Umgebung
- Dosieren von Stimulationsfrequenz und -intensität

Bei einem Entwicklungsstand in der Phase der ersten Sozialisation (SEO-2) (emotionales Referenzalter ca. 1 Jahr) könnten hilfreich sein:

- Entwicklung tragfähiger Bindungen zu ein bis zwei Bezugspersonen; Gegebenenfalls Ablöseprozess (z. B. von der Mutter) unterstützen
- Bedürfnis nach Körperkontakt stillen z. B. Mithilfe großer Handpuppen, Berührung an Händen etc.
- Weiterentwicklung von Objektpermanenz (z. B. Kuckuck-/Versteck-Spiele)
- Arbeiten mit Übergangobjekten bei Situationswechsel
- Ruhige, reizarme Umgebung
- Reduktion der Grundanspannung durch körperliche Aktivitäten

Bei einer desorganisierten Verhaltensstörung (SEO-3) (emotionales Referenzalter: 1,5 – 3 Jahre) könnten folgende therapeutische Maßnahmen sinnvoll sein:

- Autonomieentwicklung
- Balance zwischen Grenzsetzung und Nachsichtigkeit
- Aufmerksamkeit geben (unabhängig vom Verhalten)
- Deutliche Struktur geben: Vorhersehbarkeit z. B. bei Tagesablauf, Umgangsregeln, Ergotherapie
- Positive Bestätigung der eigenen Person: Verantwortung für bestimmte Bereiche übertragen (Tierpflege, Hausarbeiten, etc.)
- Soziale Verhaltensregeln einführen (nicht schlagen, etc.)
- Sofortige positive Verstärkung erwünschten Verhaltens
- Regelmäßige körperliche Aktivitäten

Die Berücksichtigung der jeweiligen emotionalen Entwicklungsstufe kann helfen, das innere Erleben eines Menschen mit Behinderung besser zu verstehen und die Erwartungen an ihn darauf abzustimmen. Dadurch kann mehr Lebensqualität erreicht werden, Verhaltensauffälligkeiten können abgebaut oder auch als weniger störend empfunden werden.

Fazit

- Verhaltensauffälligkeiten können durch Verzögerungen der emotionalen Entwicklung entstehen.
- Die gezeigten Verhaltensweisen entsprechen dem typischerweise in einer bestimmten Entwicklungsphase gezeigten Verhaltensrepertoire
- Mit einer bestimmten emotionalen Entwicklungsstufe sind bestimmte emotionale Grundbedürfnisse verbunden. Diese sollten gekannt und befriedigt werden, um den Menschen da abzuholen und ihm da zu begegnen, wo er steht.

- In Abhängigkeit von der jeweiligen Entwicklungsphase entstehen charakteristische Störungsbilder: Die Kontaktstörung, die desintegrierte und die desorganisierte Verhaltensstörung

Literatur

- DOŠEN, A. (1997) *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Fischer, Stuttgart
- DOŠEN, A. (2010) *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Hogrefe, Göttingen
- GARDNER, W.-I., DOSEN, A., GRIFFITHS, D.-M (2006) *Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems*. NADD Press, New York
- LA MALFA, G., LASSI, S., BERTELLI, M. et al (2009) *Emotional development and adaptive abilities in adults with intellectual disability. A correlation study between the Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS)*. Research Developmental Disability 30, 1406-1412
- SAPPOK, T., SCHADE, C., KAISER, H. et al. (2011) *Die Bedeutung des emotionalen Entwicklungsniveaus bei der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung*. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 79, 1-8
- SAPPOK, T., DIEFENBACHER, A., BERGMANN, T. et al. (2012) *Emotionale Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung: Eine Fallkontrollstudie*. Psychiatrische Praxis 39, 1-11
- SAPPOK, T., BUDCZIES, J., DZIOBEK, I., et al. (2014) *The missing link: Delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability*. Journal of Autism and Developmental Disorders 44, 786-800

Weiterführende Literatur

- SENCKEL, B. (2011) *Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung*. 4. Aufl. Beck, München
- STERKENBURG, P. (2013) *Bindungsbeziehungen entwickeln*. Bartimeus, Doorn
- SAPPOK, T., ZEPPERITZ, S. (2016) *Das Alter der Gefühle: Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung*. Hogrefe, Göttingen

Funktionales Kommunikationstraining

Pia Bienstein

Einleitung

Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung weisen ein erhebliches Risiko für die Ausbildung von Problemverhalten³ wie aggressives und selbstverletzendes Verhalten auf (vgl. ARRON et al. 2011; HÄSSLER et al. 2016; HOLDEN & GITLESEN 2006).

Aggressive und selbstverletzende Verhaltensweisen treten in der Regel erstmals im Kleinkindalter auf, nehmen bis zum mittleren Erwachsenenalter zu und nehmen später mit zunehmendem Lebensalter ab (DAVIES & OLIVER 2012). Ohne geeignete Behandlung und Förderung sind das Fortbestehen bzw. die Chronifizierung von selbstverletzenden und aggressiven Verhaltensweisen über die Kindheit hinaus sehr wahrscheinlich. Das führt zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität (EMERSON et al. 2001; BIENSTEIN & SARIMSKI 2011; BIENSTEIN 2016a).

Selbstverletzendem und aggressivem Verhalten liegen multifaktorielle Ursachen zu Grunde. Neben biologischen Faktoren, die insbesondere bei der Genese selbstverletzenden Verhaltens eine Rolle spielen, sind ungünstige Umwelt- und Lernbedingungen ausschlaggebend für die Entwicklung des Verhaltens (BIENSTEIN & WARNKE 2013). Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass lerntheoretische Aspekte in Form der negativen und positiven Verstärkung für die Aufrechterhaltung beider Verhaltensweisen von zentraler Bedeutung sind (HOLDEN & GITLESEN 2006; IWATA et al. 2002; KAHNG et al. 2002a, b POWIS & OLIVER 2014). Die externe positive oder negative Verstärkung bewirkt die Verfestigung des Verhaltens, indem das Umfeld auf das aggressive oder selbstverletzende Verhalten beispielsweise mit Zuwendung oder der Rücknahme einer Anforderung reagiert (s. Tabelle 1). Die oftmals ungewollte und wiederholte Verstärkung des Verhaltens durch das Umfeld führt fatalerweise dazu, dass es noch häufiger auftritt, da das Kind die Erfahrung sammelt und schnell lernt, dass sein Verhalten zum Erfolg führt und sein zugrunde liegendes Bedürfnis (endlich) befriedigt wird. Das Verhalten dient somit einem unmittelbaren Zweck, dem das Bedürfnis beispielsweise nach Aufmerksamkeit vorausgeht.

³ Eine ausführliche Erklärung des Begriffs Problemverhalten findet sich u.a. in SEIDEL (2014).

Beispiele für zentrale Funktionen	Aufrechterhaltende Bedingungen (Verstärkung)	Unmittelbare Konsequenz Beispiele aus Sicht des Kindes. Das Verhalten hat zur Folge, dass
Erlangung von Aufmerksamkeit	Externe positive Verstärkung	erwünschte soziale Zuwendung (etwa Lächeln, Umarmen, Trösten, verbale Ansprache) erfolgt.
Erhalt eines beliebten Objektes		Zugriff auf erwünschte materielle Verstärker (z. B. Essen oder bevorzugte Aktivitäten) ermöglicht wird.
Vermeidung oder Beendigung von unangenehmen, sozialen Situationen (wie sozialer Aufmerksamkeit)	Externe negative Verstärkung	unerwünschter sozialer Kontakt aufgehoben wird (z.B. durch die Abwendung vom Kind).
Vermeidung oder Beendigung von unangenehmen, sozialen Situationen (wie z.B. schulischen Anforderungen)		unerwünschte Anforderungen (z. B. einer Aufgaben nachkommen zu müssen) zurückgenommen werden.
Stimulation (durch Studien für selbstverletzendes Verhalten belegt)	Interne positive Verstärkung	angenehme Zustände des Organismus wie die Ausschüttung von Endorphinen oder sensorischer Stimulation eintritt.
Schmerzreduktion-/überlagerung (durch Studien für selbstverletzendes Verhalten belegt)	Interne negative Verstärkung	unerwünschte Zustände des Organismus (z. B. Schmerzen oder Juckreiz) vermindert werden.

Tabelle 1.: Beispiele für zentrale Funktionen und aufrechterhaltende Bedingungen

Aber auch solche Bedingungen wie eine hohe Personalfuktuation, ein hoher Lärmpegel, ein zu schneller Wechsel zwischen Aufgaben und Aktivitäten, zu wenig Rückzugsmöglichkeiten, traumatische Erlebnisse (z. B. Gewalt- und Missbrauchserfahrungen) etc. können das Auftreten beider Verhaltensweisen begünstigen. Umfangreichere, systematische Untersuchungen fehlen hierzu bislang jedoch weitgehend.

Dem Kind oder Jugendlichen fehlen oftmals *alternative und effektive Handlungsstrategien*, um mit spezifischen Anforderungen ihres täglichen Lebens umzugehen und eine schnelle Bedürfnisbefriedigung zu erfahren. Auf Seiten des betreuenden Umfeldes kann das aggressive oder selbstverletzendes

Verhalten zu Hilflosigkeit, Betroffenheit und Belastung führen und negative Emotionen wie Wut und Zorn auslösen. Nicht selten wird dem Verhalten manchmal auch eine böswillige Absicht – etwa die Absicht der Provokation, des Auslotens von Grenzen usw. – unterstellt. Solche Fehldeutungen erschweren einen professionellen Umgang mit dem Verhalten. Sie können sogar eine Spirale negativer Reaktionen zur Folge haben, das Verhalten verfestigen oder sogar weitere Verhaltensauffälligkeiten bewirken.

Eine angemessene, sachgerechte Betrachtung der Situation müsste ein Verständnis dafür entwickeln, dass die gegebenen Umwelt- und Lebensbedingungen dem Kind so ausweglos erscheinen, dass es auf aggressives und/oder selbstverletzendes Verhalten zurückgreift. Es steckt sozusagen in einer Sackgasse, aus der es ohne professionelle Hilfe und Unterstützung nicht heraus kommen kann, da ihm *alternative Handlungsstrategien und Kompetenzen zur wirksamen und unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung und selbstständigen Veränderung der Situation fehlen*. Diese Lücke an fehlender Handlungskompetenz zu schließen, ist das Ziel des Funktionalen Kommunikationstrainings.

Funktionales Kommunikationstraining:

Beim Funktionalen Kommunikationstraining (engl. *Functional Communication Training*, FCT) handelt es sich um ein komplexes und hoch individualisiertes Training. Es wurde von Edward CARR und Mark DURAND entwickelt (CARR & DURAND 1985). Es zählt mittlerweile zu den am umfangreichsten evaluierten und wirksamsten Interventionen bei aggressivem und selbstverletzendem Verhalten von Kindern oder Jugendlichen mit geistiger Behinderung und eingeschränkten bzw. fehlenden lautsprachlichen Fähigkeiten (BIENSTEIN & NUSSBECK 2009a; DURAND 1999; FISHER et al. 1998; HORNER & DAY 1991; KELLEY et al. 2002; KURTZ et al. 2011; NUSSBECK 2013; WACKER et al. 1990, 1998, 2005). Methodisch basiert das FCT auf den lerntheoretischen Prinzipien der Verhaltenstherapie; es zählt zur differenziellen Verstärkung alternativen Verhaltens (engl. *differential reinforcement of alternative behavior*, DRA).

Das FCT eignet sich insbesondere zum Einsatz bei Verhaltensweisen, die durch die externe positive oder externe negative Verstärkung ausgelöst und aufrechterhalten werden (TIGER et al. 2008; siehe Tabelle 1). Das primäre Ziel des Kommunikationstrainings ist die Reduktion problematischen Verhaltens, indem alternative Fertigkeiten (skills) der Kommunikation, aufgebaut und weiterentwickelt werden.

Im Kontrast zur weitaus umfassenderen *Unterstützten Kommunikation* (UK), die nicht primär auf die Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten abzielt, werden den Kindern oder Jugendlichen mit dem Funktionalen Kommunikationstraining spezifische Kommunikationsinhalte angeboten und gezielt trainiert. Die Kinder

lernen schrittweise, beispielsweise durch die Verwendung von Symbolkarten, Gesten, Gebärden, elektronischen Kommunikationshilfen oder einfachen Sätzen, Aufmerksamkeit oder Unterstützung bei einer Anforderung einzufordern.

Die Implementierung des FCT muss durch eine mit den verhaltenstherapeutischen Prinzipien sehr gut vertraute und ausgebildete Person geplant, durchgeführt und längerfristig begleitet werden. Das hervorzuheben ist wichtig, weil eine fachlich inadäquate Durchführung des Trainings zu erheblichen negativen Konsequenzen führen und zu einer erneuten Frustration auf beiden Seiten beitragen kann. Der FCT-Prozess beinhaltet vier zentrale Phasen:

1. Die Identifizierung der dem Verhalten zugrundeliegenden Funktion(en) mittels der funktionalen Diagnostik (begünstigende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen).
2. Die Auswahl einer sozial akzeptierten und passenden (u. a. den kognitiven, motorischen und visuellen Kompetenzen des Kindes oder des Jugendlichen entsprechenden) Kommunikationshilfe oder -form.
3. Die Einführung und das gezielte Training des kommunikativen Verhaltens in Situationen, die bislang das Problemverhalten ausgelöst und aufrechterhalten haben.
4. Die Ausweitung des Trainings auf unterschiedliche Situationen, Kontexte und Bezugspersonen.

Für jede Phase gibt es prozedurale und methodische Variationen, die Einfluss auf den Verlauf und die Wirksamkeit des Funktionalen Kommunikationstrainings nehmen. Eine ausführliche Übersicht findet sich bei DURAND (1990). Im Folgenden werden die einzelnen Phasen beispielhaft beschrieben.

Funktionale Diagnostik

Der diagnostische Prozess erfordert zur Einschätzung und Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten ein multidimensionales und interdisziplinäres Vorgehen, welches sich in die Basis- und in die spezifische Diagnostik unterteilen lässt.

Zur *Basisdiagnostik* zählt beispielsweise die Überprüfung des Leistungs- und Entwicklungsstandes des Kindes, um u. a. Situationen der Über- oder Unterforderung zu identifizieren. Neben der Abklärung medizinischer Ursachen für das Verhalten werden kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie motorische, visuelle, akustische und sozial-emotionale Kompetenzen des Kindes überprüft. Innerhalb der Basisdiagnostik erfolgt zudem die Erfassung der Vorlieben oder Präferenzen des Kindes (engl. *preference assessment*) sowie die Analyse der Person-Umfeld-Bedingungen (BIENSTEIN & SARIMSKI 2013; SARIMSKI & STEINHAUSEN 2008).

Die *spezifische Diagnostik* konzentriert sich auf das eigentliche Problemverhalten, wobei neben der Häufigkeit und den Formen des Verhaltens, insbesondere die Funktion(en) des Verhaltens erfasst werden. Im Mittelpunkt stehen die Fragen: Welches Ziel wird mit dem Verhalten verfolgt? Welches Bedürfnis wird befriedigt?

Die Identifizierung der Funktionen wird auch als Funktionale Diagnostik (engl. *functional assessment*) bezeichnet. Sie zielt darauf ab, Faktoren zu identifizieren, die das Problemverhalten begünstigen (*motivationale Operationen*), auslösen und kurz- sowie langfristig aufrechterhalten. Der funktionalen Diagnostik kommt im Kontext von aggressivem und selbstverletzendem Verhalten eine entscheidende Bedeutung zu. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse stellen *die* Grundlage für die Auswahl des weiteren Vorgehens im Kontext des Kommunikationstrainings sowie anderer Interventionen dar.

Exkurs

Interventionen, die auf der funktionalen Diagnostik beruhen, führen nachweislich zu einer erheblichen Reduktion selbstverletzenden und aggressiven Verhaltens im Vergleich zu Interventionen, denen keine funktionale Diagnostik vorausgeht. Zudem kommt es seltener zur vorschnellen Vergabe von Psychopharmaka und freiheitsentziehender Maßnahmen (KAHNG et al. 2002a).

In den vergangenen Jahren spielte die funktionale Diagnostik in der deutschsprachigen Praxis noch eine eher untergeordnete Rolle (BIENSTEIN & NUSSBECK 2010). Mittlerweile wurde die funktionale Diagnostik in einschlägigen, internationalen und nationalen Praxisleitlinien als diagnostischer Standard im Kontext von Problemverhalten (insbesondere aggressivem und selbstverletzendem Verhalten) von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung formuliert (ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2015; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE 2015). Angesichts der umfangreichen internationalen Forschungserkenntnisse der letzten Jahrzehnte und der nachweislichen Wirkung der funktionalen Diagnostik sind Interventionen, die die Erkenntnisse der funktionalen Diagnostik negieren, unverantwortlich.

Zur Beurteilung der Häufigkeit, Formen und Funktionen der Verhaltensweisen bieten sich unterschiedliche Methoden und Verfahren an. Hierzu zählen u.a. symptomatische und motivationale Fremdbeurteilungsbögen, die Verhaltensanalyse sowie die experimentelle Analyse.

Fremdbeurteilungsbögen

Ein international sehr gut untersuchtes Instrument zur Erfassung der Symptomatik unterschiedlicher Formen des Problemverhaltens ist das *Behavior Problem Inventory (BPI)* (ROJAHN et al. 2001), das auch deutscher Fassung vorliegt: *Inventar für Problemverhalten (IVP)* (SARIMSKI & STEINHAUSEN 2008). Es ermöglicht neben der Erfassung von insgesamt 49 Formen aggressiven, selbstverletzenden und stereotypen Verhaltens auch die Einschätzung der jeweiligen Häufigkeit und Intensität.

Zur *motivationalen* (funktionalen) Erfassung selbstverletzenden und aggressiven Verhaltens eignen sich beispielsweise das *Inventar zur funktionellen Erfassung selbstverletzenden Verhaltens (IfES)* (BIENSTEIN & NUSSBECK 2010) und die *Questions about behavioral function Skala (QABF)* (MATTSON & VOLLMER 1995). Beide Verfahren weisen ebenso wie das IVP eine gute psychometrische Qualität auf und sind dazu geeignet, einzelne Funktionen des Problemverhaltens abzuklären (BIENSTEIN & NUSSBECK, 2009b).

Verhaltensanalyse

Mit dem ABC-Modell zur Verhaltensanalyse kann beschrieben werden, was der Auslöser (A) (engl. **A**ntecedence) (z. B. eine bestimmte Anforderung an das Kind stellen), was das resultierende Verhalten (B) (engl. **B**ehavior) (z. B. jemanden Drittes schlagen) und was die Konsequenz (C) (engl. **C**onsequence) des Verhaltens ist, welches auf das Verhalten folgt (z. B. Zurücknahme der Anforderung; räumlicher Ausschluss des Kindes; Aufmerksamkeit durch Dritte). Durch systematische ABC-Analysen können sowohl auslösende sowie das Verhalten aufrechterhaltende Bedingungen (Verstärkungsarten) identifiziert werden. Grundlage des ABC-Modells ist eine differenzierte, systematische Verhaltensbeobachtung (BIENSTEIN & SARIMSKI 2013).

Experimentelle Analyse

Die sog. (brief) *Experimentelle Funktionale Analyse (EFA)*, IWATA et al. 1994) besteht in der Regel aus unterschiedlichen fünf minütigen Sitzungen, die standardisiert und wiederholt durchgeführt werden, um die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des Problemverhaltens zu ermitteln. In den einzelnen Sitzungen wird u.a. überprüft, ob und wie stark z.B. der Erhalt von Aufmerksamkeit, das Aussetzen von Anforderungen, die Übergabe eines beliebigen Gegenstandes und interne, biologische Aspekte das Problemverhalten beeinflussen. Das Problemverhalten wird bewusst verstärkt, um die primären und sekundären Funktionen zu identifizieren. Die Experimentelle Funktionale Analyse findet insbesondere im klinischen Kontext und bei schweren und/oder komplexen Formen von aggressivem und/oder

selbstverletzendem Verhalten Anwendung. Sie wurde in den letzten dreißig Jahren insbesondere in den USA intensiv untersucht. Die brief EFA stellt eine gekürzte und modifizierte Fassung der EFA dar und wird vornehmlich zur Durchführung im natürlichen oder ambulanten Kontext des Kindes verwendet (MARTENS et al. 1999).

Auswahl des Kommunikationsinhaltes und der Kommunikationsform

Kommunikationsinhalte

Auf Grundlage der spezifischen und funktionalen Diagnostik werden die zentralen Inhalte des sich anschließenden Kommunikationstrainings bestimmt. Für die Reduzierung des Verhaltens ist es u. a. von essentieller Bedeutung, dass

- die vermittelten Inhalte des Kommunikationstrainings den Funktionen des aggressiven und/oder selbstverletzenden Verhaltens *äquivalent* sind,
- das neue Kommunikationsverhalten *denselben Verstärker* und dieselben Konsequenzen produziert wie das bisherige Problemverhalten und
- der gewählte Verstärker *hoch attraktiv* für das Kind ist.

Die funktionale *Äquivalenz bzw. Deckungsgleichheit* ist ein zentrales Kriterium für die Reduzierung des bisherigen Problemverhaltens (KAHNG 2000).

Wurde das Problemverhalten bislang etwa primär zur Erlangung von Aufmerksamkeit eingesetzt und durch die externe positive Verstärkung aufrechterhalten, so könnten Kommunikationsinhalte beispielsweise sein: „Beschäftige dich mit mir!“ oder „Habe ich das gut gemacht?“. Hingegen würde die Funktion zur Vermeidung von Anforderungen, Kommunikationsinhalte wie z. B. „Ich brauche Hilfe“; „Ich verstehe das nicht“ oder „Ich brauche eine Pause“ umfassen. Irrelevante Kommunikationsinhalte, die also keine Übereinstimmung mit der Funktion bzw. den primären Funktionen aufweisen (siehe Tabelle 1), reduzieren das Verhalten nicht oder nur gering (BROWN et al 2000; DURAND & CARR 1985). Durch die Äquivalenz des Kommunikationsinhaltes erfährt das Kind, dass sein neues Kommunikationsverhalten zum *selben Verstärker* und somit zur *selben Konsequenzen* führt (z. B. Aufmerksamkeit erlangen) wie das bisherige Problemverhalten. Das Kind erlebt sich als selbstwirksam.

Wurde im diagnostischen Prozess etwa ermittelt, dass das Verhalten primär zur Erlangung von Aufmerksamkeit eingesetzt wird, so ist davon auszugehen, dass der auf das neue Kommunikationsverhalten folgende Verstärker (z. B. Aufmerksamkeit schenken) auch *hoch attraktiv* für das Kind ist. Untersuchungen zeigen jedoch, dass spezifische Einflussfaktoren wie Phasen intensiver Zuwendung (im Sinne von sog. aufhebenden Verstärkern) zu einer „Sättigung“ des Verstärkers führen können, die den Erfolg des FCT in Frage stellen können (BIENSTEIN & ROJAHN 2013).

Bei der funktionalen Diagnostik muss demnach ein besonderes Augenmerk auf der Identifizierung von *wirksamen* Verstärkern liegen. Einzelne Untersuchungen zeigen, dass es sich in Ausnahmefällen auch um andere für das Kind hoch attraktive Verstärker handeln kann (FISHER et al. 1998), die inhaltlich nicht direkt mit der Funktion des Verhaltens übereinstimmen, dennoch für das Kind hoch attraktiv sind und mit dem Problemverhalten konkurrieren.

Werden das Problemverhalten bzw. einzelne Formen des Verhaltens zur Befriedigung unterschiedlicher Bedürfnisse (Funktionen) eingesetzt, so sind diese separat (in der Regel innerhalb eines multiplen Versuchsplanes) anzusprechen (FALCOMATA et al. 2012; KAHNG et al. 2000).

Kommunikationsformen

Es wurden zahlreiche Kommunikationsformen wie verbale, bildbasierte, gebärdensprachliche, gestische sowie einfache und komplexe elektronische Kommunikationshilfen (von der Aktivierung einer einzelnen Taste bis hin zum Talker mit dynamischen Display) auf ihre Verwendungsmöglichkeit im FCT untersucht (DURAND 1999; ROOKER et al. 2013). Bei der Auswahl einer sozial akzeptierten und geeigneten Kommunikationsform sind diverse Aspekte zu berücksichtigen. Hierzu zählt insbesondere der *Verhaltensaufwand* (engl. *response effort*).

Die Berücksichtigung des *Verhaltensaufwandes* stellt bei der Auswahl der neu zu erlernenden Kommunikationsform (z. B. einzelne Worte, ganze Sätze; Gebärden) einen zentralen Aspekt dar. Jedes Verhalten erfordert einen gewissen „Aufwand.“ Es ist daher von großer Bedeutung, eine Kommunikationsform zu wählen, die im Vergleich zum Problemverhalten einen geringeren „Arbeitsaufwand“ für das Kind oder den Jugendlichen darstellt und im Idealfall *sogar schneller* zur Bedürfnisbefriedigung bzw. Verstärkung führt als das bisherige aggressive oder selbstverletzende Verhalten. Untersuchungen zeigen, dass Kommunikationsformen (z. B. ganze Sätze; Gebärdensprache), die zumindest zu Beginn des Trainings anstrengender in der Anwendung waren als das bisherige Problemverhalten, keinen bzw. nur geringen Einfluss auf die Häufigkeit des Problemverhaltens hatten (BAILEY et al. 2002; BUCKLEY & NEWCHOK 2005; HORNER & DAY 1991; RICHMAN et al. 2001). Das bedeutet, dass insbesondere solche Kommunikationsformen ausgewählt werden sollten, die einen möglichst geringen Verhaltensaufwand für das Kind mit sich bringen, um dem Kind unmittelbare Erfolgserlebnisse zu ermöglichen und Frustration zu vermeiden.

Die am umfangreichsten untersuchte Kommunikationsform des FCT ist die Symbolkarte, wie sie auch im *Picture Exchange Communication System* (PECS) (FROST & BONDY 2002; KÜHN & SCHNEIDER 2009) Anwendung findet.

Die Methode besteht aus insgesamt sechs Phasen. Insbesondere die ersten zwei Phasen sind für den Erfolg des FCT wichtig. Im Mittelpunkt steht der physische Austausch bzw. die Übergabe einer Bildkarte an eine andere Person (Phase 1) und im nächsten Schritt die Ausweitung der Übergabe auf andere Personen sowie über größere Distanzen (Phase 2). Die Bildkarte enthält das entsprechende Verstärkersymbol (z. B. ein Pausenzeichen – Funktion Vermeidung von Anforderungen; externe, negative Verstärkung). Der erfolgreichen Übergabe der Karte folgt zu Beginn des Trainings die direkte Verstärkung des (neuen) Kommunikationsverhaltens. Sollen weitere Karten eingeführt werden (z. B. bei anderen, relevanten Verstärkern), so wird innerhalb der Phase 3 die bildliche Diskriminationsfähigkeit überprüft. Diese Phase ist somit von zentraler Bedeutung, um sicherzustellen, dass die Verwendung von Bildkarten ein geeignetes Kommunikationsmittel für das Kind ist. Die nachfolgenden und wesentlich komplexeren Phasen beinhalten das Erlernen von Satzstrukturen, um auf Fragen wie „Was möchtest du?“ zu antworten sowie bestimmte Ereignisse kommentieren zu können. Komplexere Kommunikationsformen oder die Verfeinerung und Ausweitung können im weiteren Verlauf eingeführt werden, wenn das FCT bereits zu einer deutlichen und stabilen Reduktion des Problemverhaltens in unterschiedlichen Situationen und Lebenskontexten geführt hat. Vor dem eigentlichen Beginn des FCT sollte ein Vortraining zu PECS erfolgen (BIENSTEIN & NUSSBECK 2009). Das FCT kann auch das bisherige Kommunikationsrepertoire des Kindes stärken. Zudem sollten bei der Auswahl der Kommunikationsform weitere Aspekte – z. B. ihre Eindeutigkeit und Ausbaufähigkeit sowie ihre Praktikabilität im Alltag – für die Generalisierung und Verfeinerung des Kommunikationstrainings berücksichtigt werden. Allgemeine Vor- und Nachteile zu einzelnen Kommunikationsformen aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation wurden von WILKEN (2006) beschrieben.

Aufbau und Training des funktional-kommunikativen Verhaltens

Zum Aufbau und zur Stärkung des neuen Kommunikationsverhaltens und zeitgleichen Reduzierung des Problemverhaltens ist von essentieller Bedeutung, dass

- *viele Gelegenheiten* bzw. Trainingseinheiten geschaffen werden, um das neue Kommunikationsverhalten zu erlernen und anzuwenden,
- das neue Kommunikationsverhalten (zumindest bis zur deutlichen und stabilen Reduzierung des Problemverhaltens) *unmittelbar* und *kontingent* verstärkt wird, und
- das Problemverhalten nicht weiter verstärkt wird (Prinzip der *Löschung*).

Viele Übungsgelegenheiten

Die Stärkung des neuen kommunikativen Verhaltens wird durch ein möglichst hochfrequentes Training sichergestellt, um dem Kind viele Gelegenheiten zu bieten, das neue Kommunikationsverhalten zu üben und als wirksam (im Sinne der Bedürfnisbefriedigung) zu erleben. Zu Beginn erfolgt das Training daher oftmals unter „isolierteren“ Bedingungen, die eine konzentrierte Übung zur Verwendung der neuen Kommunikationsform sowie die Sicherstellung eines einheitlichen Trainingsvorgehens ermöglichen. Die Sicherung der Trainingsbedingungen beinhaltet u. a. die gezielte Herstellung der das Problemverhalten auslösenden Situation, einen geschulten Umgang mit Hilfestellungen und der Verstärkung des neuen Kommunikationsverhaltens sowie einen adäquaten Umgang mit Problemverhalten.

Unmittelbare und kontingente Verstärkung

Das FCT benötigt insbesondere zu Beginn – bis eine deutliche Reduzierung des Problemverhaltens und eine sichere Verwendung der neuen Kommunikationsform in kritischen Situationen erzielt werden konnte – eine *unmittelbare und kontingente* Verstärkung des neuen Kommunikationsverhaltens. Zur Einführung und Durchführung des FCT können unterschiedliche Verstärkerpläne genutzt werden. Die kontinuierliche Verstärkung (engl. *continuous reinforcement*, CRF) des neuen Kommunikationsverhaltens wird am häufigsten mittels eines sog. *fixierten Verstärkerplanes* durchgeführt. So wird in diesem Zusammenhang jede Verwendung der neuen Kommunikationsform (z. B. Überreichen der Symbolkarte für „Pause“) verstärkt. Dieses erfolgt zu Beginn in der Regel auch unmittelbar (direkte Verstärkung des Kommunikationsverhaltens, z. B. eine Pause wird ermöglicht). Die unmittelbare und kontingente Verstärkung stellt eine wichtige Grundlage für ein erfolgreiches Training dar, damit das Kind das neue Kommunikationsverhaltens als effektiv erlebt. Insbesondere zu Beginn des Trainings sollte die unmittelbare Verstärkung gewählt werden, da Untersuchungen zeigen, dass das FCT weniger effektiv ist und sogar zu Problemverhalten führen kann, wenn ein Verstärkerplan mit zu geringer Frequenz gewählt wird, nach dem das neue Verhalten beispielsweise erst nach einer zeitlichen Verzögerung erfolgt (vgl. HAGIOPAN et al. 1994, 1998).

Nach sicherer Beherrschung der neuen Kommunikationsform (geringes Problemverhalten; häufiges Kommunikationsverhalten) kann dann auf *variable Verstärkerpläne* gewechselt werden. Es wird dann nur noch jede x-te Verwendung verstärkt oder erst nach einer Latenz von mehreren Sekunden. Die zeitliche Ausdünnung bzw. das Ausschleichen zwischen Verwendung der neuen Kommunikationsform und der Verstärkung des Verhaltens wurde wiederholt untersucht (vgl. FISHER et al. 2000).

Die Ausdehnung der Zeiten bis zur Verstärkung sollte in kleinen Schritten erfolgen.

Da eine kontingente Verstärkung des Verhaltens im Alltag (Generalisierung) jedoch selten durchgängig möglich ist, wurde in Untersuchungen häufig auf die sogenannte nicht-kontingente Verstärkung (engl. *noncontingent reinforcement*, NCR) zurückgegriffen, die vollkommen unabhängig vom gezeigten Verhalten eine Verstärkung (z. B. anhand eines fixierten oder variablen Verstärkerplanes) vorsieht.

Untersuchungen, die die NCR mit dem FCT verglichen zeigten, beide Interventionen bewirkten eine Reduzierung des Problemverhaltens. Ein Vorteil des Kommunikationstrainings besteht jedoch darin, dass im Vergleich zur NCR eine stetige Zunahme der Kommunikation erfolgt (GOH et al. 2000; KAHNG et al. 1997; MARKUS & VOLLMER 1996).

Um die Praktikabilität im Alltag zu erhöhen, kann nach erfolgreicher Trainingseinführung und erreichter Stabilität des Verhaltens in ausgewählten Situationen etwa eine „rote Karte“ eingeführt werden. Die rote Karte signalisiert dem Kind, dass der Verstärker (z. B. Aufmerksamkeit erhalten; eine Pause einlegen; Unterstützung oder etwas Süßes erhalten) momentan nicht eingefordert werden kann (sog. Stimuluskontrolle über die Kommunikationsform).

Bei der Auswahl von Verstärkern und ihrer Verwendung zeigte sich, sowohl die Dauer bis zur eigentlichen Verstärkung, die Dauer und Häufigkeit der Verstärkung selbst (KELLEY et al. 2002; PECK et al. 1996; PETERSON et al. 2005; WORSDELL et al. 2000a, 2000b) als auch die Qualität oder Attraktivität des Verstärkers für die Person (vgl. HORNER & DAY 1991) beeinflussen die Effektivität des FCT.

Löschung

Das FCT wird gewöhnlich in Kombination mit der Löschung durchgeführt. Löschung bedeutet den Wegfall des bisherigen Verstärkers, der auf das Problemverhalten folgte, z. B. dem Kind wird nunmehr bei Auftreten des Problemverhaltens keine Aufmerksamkeit mehr geschenkt oder die gestellte Anforderung wird nicht zurückgezogen. Untersuchungen zeigen, dass das FCT deutlich erfolgreicher ist, wenn es nicht weiterhin zur Verstärkung des Problemverhaltens kommt. Eine Reduzierung des Problemverhaltens und zunehmende Verwendung der neuen Kommunikationsform konnten erst festgestellt werden, als das Problemverhalten der Löschung unterlag (CARR et al. 2009; KURTZ et al. 2011; SHIRLEY et al. 1997; WORSDELL et al. 2000 a, b). Die Löschung führt zu Beginn des Trainings häufiger zu einem Anstieg des Problemverhaltens, bis das Kind hinreichend erfahren hat, dass die neue

Kommunikationsform im Hinblick auf die Erlangung des Ziels mindestens ebenso effektiv wie das frühere problematische Verhalten ist.

Ausweitung des Trainings auf unterschiedliche Situationen, Kontexte und Bezugspersonen

Während zu Beginn des Trainings nur einzelne Personen in die Arbeit mit dem Kind einbezogen werden (z.B. Trainer und Bezugsbetreuerin), die das neue Kommunikationsverhalten in spezifischen Situationen (die bislang das Verhalten auslösten) mit dem Kind trainieren, wird das FCT nach der erfolgreichen Anwendung der Kommunikationsform und deutlichen Reduzierung des Problemverhaltens auf weitere Personen und Situationen (Generalisierung) ausgeweitet.

Die Ausweitung bedarf einer gründlichen Schulung Dritter, so dass auch nicht unmittelbar in das Training einbezogene Personen (z.B. weitere Wohngruppenbetreuer des Kindes oder Lehrer) mit den Inhalten des FCT vertraut sind. Innerhalb der Schulung sollten, neben den zentralen theoretischen Grundlagen, insbesondere praktische Übungen (u.a. Lernen am Modell, Rollenspiele) im Mittelpunkt stehen. Im Anschluss hieran, erfolgt die Anwendung des FCT im direkten Kontakt mit dem Kind. Um die Bezugspersonen bei der sicheren Durchführung zu unterstützen, bietet es sich insbesondere zu Beginn an, die Methode des Videofeedbacks zu nutzen.

Langfristige Veränderung des Verhaltens und die Generalisierung der Therapieeffekte wurden untersucht: FCT hatte auch noch nach mehreren Monaten bis zu einem Jahr anhaltende Effekte auf das Verhalten. Das Training konnte erfolgreich im Schulkontext oder der häuslichen Umgebung der Kinder implementiert werden (DERBY et al. 1997; DURAND & CARR 1991; HARDING et al. 2009; TAIT et al. 2004; WACKER et al. 2005). Studien, in denen die Wirksamkeit des FCT über einen mehrjährigen Zeitraum untersucht wurde, fehlen bislang.

Das Funktionale Kommunikationstraining wird mittlerweile an einigen Autismus-Therapie-Zentren in Deutschland angeboten. Auch Fortbildungsangebote zur „Positiven Verhaltensunterstützung (PVU)“ greifen Elemente des Trainings auf.

Zusammenfassung

Beim Funktionale Kommunikationstraining (FCT) handelt es sich um einen komplexen und hoch individualisierten Interventionsansatz, mit dem insbesondere extern positiv und negativ verstärkte aggressive und selbstverletzende Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung wirksam und langanhaltend reduziert werden können.

Die Effektivität des Kommunikationstrainings konnte mittlerweile in zahlreichen Untersuchungen belegt werden.

Von entscheidender Bedeutung für die Wirksamkeit ist es,

- dass die vermittelten Inhalte mit den Funktionen des selbstverletzenden oder aggressiven Verhaltens deckungsgleich sind,
- dass das neue Kommunikationsverhalten mit denselben Verstärker produziert wie das bisherige Problemverhalten,
- dass die gewählten Verstärker hoch attraktiv für das Kind sind,
- dass die alternative Kommunikationsform einen geringeren Verhaltensaufwand als das problematische Verhalten mit sich bringt und
- dass das neue Kommunikationsverhalten zumindest zu Beginn unmittelbar und kontingent verstärkt wird bei gleichzeitiger Löschung des Problemverhaltens.

Die betroffene Person sollte viele Gelegenheiten haben, das neue Kommunikationsverhalten zu erlernen und anzuwenden, bevor es auf andere Kontexte ausgeweitet wird. Die Behandlung des Problemverhaltens ist insbesondere angesichts des hohen Risikos der Chronifizierung sowie gravierender Folgen für die betroffene Person und ihr soziales Umfeld dringend angezeigt und sollte so früh wie möglich beginnen.

Das FCT stellt einen Interventionsansatz dar, der Bestandteil eines multimodalen und interdisziplinären Behandlungsplanes sein muss. Allen Maßnahmen und Interventionen im Kontext von Problemverhalten geht die Herstellung von entwicklungsförderlichen Umweltbedingungen voraus (BIENSTEIN & ROJAHN 2013; DOSEN 2010). In Abhängigkeit von Ursachen und Funktionen des Verhaltens unterscheiden sich die individualisierten und auf die Funktionen des Verhaltens abgestimmten Maßnahmen und Interventionsansätze.

Literatur

- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (2015) S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-42l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12.pdf
- ARRON, K., OLIVER, C., MOSS, J. et al. (2011) The prevalence and phenomenology of self-injurious and aggressive behaviour in genetic syndromes. *Journal of Intellectual Disability Research* (2), 109–120
- BAILEY J., MCCOMAS, J. J., BENAVIDAS, C., & LOVASCZ, C. (2002) Functional assessment in a residential setting: Identifying an effective communicative replacement response for aggressive behavior. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 14, 353–369
- BUCKLEY, S. D., NEWCHOK, D. K. (2005) Differential impact of response effort within a response chain on use of mands in a student with autism. *Research in Developmental Disabilities* 5, 203–216
- BIENSTEIN, P. (in Vorbereitung) Funktionales Kommunikationstraining. In: REIMERS, H. & SCHUPPENER, S. (Hrsg.). *Brennpunkt Schule: Möglichkeiten professionellen Handelns bei herausforderndem Verhalten von Schülerinnen und Schülern mit Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung*. Klinkhardt, Bad Heilbrunn

- BIENSTEIN, P. (2016a) Problemverhalten. In: HEDDERICH, I., BIEWER, G., HOLLENWEGER, J., MARKOWETZ, R. (Hrsg). *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik*. Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 359-364)
- BIENSTEIN, P. (2016b) Evidenzbasierte Diagnostik und Förderung bei problematischem Verhalten. In: KUHL, J. & EUKER, N. (Hrsg). *Evidenzbasierte Förderung von Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung – Chancen und Grenzen des Konzepts*. Hogrefe, Göttingen, S. 249-276
- BIENSTEIN, P., SARIMSKI, K. (2013) Multimodale Diagnostik und therapiebegleitende Evaluation. In: BIENSTEIN, P., ROJAHN, J. (Hrsg): *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Hogrefe, Göttingen. S. 93-129
- BIENSTEIN, P. & WARNKE, A. (2013) Ätiologie. In: BIENSTEIN, P. & ROJAHN, J. (Hrsg): *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Hogrefe, Göttingen. S. 56–92
- BIENSTEIN, P. & ROJAHN, J. (2013) Verhaltenstherapeutische Interventionen. In: BIENSTEIN, P. & ROJAHN, J. (Hrsg): *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Hogrefe, Göttingen. S. 130-173
- BIENSTEIN, P. & SARIMSKI, K. (2011) Unterstützung von psychischer Gesundheit als psychologischer Beitrag zur Förderung von Lebensqualität. In: A. FRÖHLICH, N. HEINEN, T. KLAUß & W. LAMERS (Hrsg). *Handbuch schwere und mehrfache Behinderung*. Athena, Oberhausen
- BIENSTEIN, P. & NUSSBECK, S. (2010) Diagnostik bei selbstverletzendem Verhalten und geistiger Behinderung - Eine Bestandsaufnahme in deutschen Psychiatrien und Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. *Heilpädagogische Forschung* 26, 27-37
- BIENSTEIN, P., NUSSBECK, S. (2009a) Reduzierung selbstverletzenden Verhaltens durch Funktionelles Kommunikationstraining - Eine Einzelfallstudie. In: *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 37, 559–568
- BIENSTEIN, P., NUSSBECK, S. (2009b) Reliability and validity of the questions about Behavioral Function Scale. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 2, 249–260.
- BIENSTEIN, P., NUSSBECK, S. (2010) *Inventar zur funktionellen Erfassung selbstverletzenden Verhaltens (IfES) [Manual]*. Hogrefe, Göttingen
- BROWN, K.A., WACKER, D.P., DERBY, K.M. et al. (2000) Evaluating the effects of functional communication training in the presence and absence of establishing operations. *Journal of Applied Behavior Analysis* 33, 53–71
- CARR, E. G, DURAND, V. (1985) Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis* 18, 111–126
- CARR, J. E., SEVERTSON, J. M., & LEPPER, T. L. (2009) Noncontingent reinforcement is an empirically supported treatment for problem behavior exhibited by individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 30, 44–57
- DAVIES, L., & OLIVER, C. (2012) The age related prevalence of aggression and self-injury in persons with an intellectual disability: a review. *Research in Developmental Disabilities* 34, 764–75
- DERBY, K., FISHER, W. W, PIAZZA C. C et al. (1998) The effects of noncontingent and contingent attention for self-injury, manding, and collateral responses. *Behavior Modification* 22, 474–484
- DERBY, K.M., WACKER, D.P., BERG, W. et al. (1997) The long-term effects of functional communication training in home settings. *Journal of Applied Behavior Analysis* 30, 507–531
- DOSEN, A. (2010) Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene (Hrsg. von HENNICKE, K. SEIDEL, M.) Hogrefe, Göttingen
- DURAND, V. M. (1990) *Severe behavior problems: A functional communication training approach*. Guilford Press, New York
- DURAND, V. (1999) Functional communication training using assistive devices: Recruiting natural communities of reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis* 32, 247–267
- DURAND, V. & CARR, E.G. (1985) Self-Injurious Behavior: Motivating Conditions and Guidelines for Treatment. *School Psychology Review* 14, 171–176

- DURAND, V., CARR, E. G. (1991) Functional communication training to reduce challenging behavior: Maintenance and application in new settings. *Journal of Applied Behavior Analysis* 24, 251–264
- EMERSON, E., KIERNEN, C., ALBORZ, A. et al. (2001) The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities* 22, 77–93
- FALCOMATE, T.S., WHITE, P., MUETHING, C.S., FRAGALE, C. (2012) A functional communication training and chained schedule procedure to treat challenging behavior with multiple functions. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 24, 529–538
- FISHER, W.W., KUHN, D.E., THOMPSON, R.H. (1998) Establishing discriminative control of responding using functional and alternative reinforcers during functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis* 31, 543–560
- FISHER, W. W., THOMPSON, R. H., HAGOPIAN, L. P. et al. (2000) Facilitating tolerance of delayed reinforcement during functional communication training. *Behavior Modification*, 24, 3-29
- FROST, L.A., BONDY, A. (2002) *The Picture Exchange Communication System - Training Manual* (2. ed.). PECS Inc., Cherry Hill
- GOH, H.-L., IWATA, B.A. & DeLEON, I.G. (2000) Competition between noncontingent and contingent reinforcement schedules during response acquisition. *Journal of Applied Behavior Analysis* 33, 195–205
- HAGOPIAN, L.P., FISHER, W.W., LEGACY, S.M. (1994) Schedule effects of noncontingent reinforcement on attention-maintained destructive behavior in identical quadruplets. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 317-325
- HAGOPIAN, L.P., FISHER, W.W., SULLIVAN, M. T. et al. (1998) Effectiveness of functional communication training with and without extinction and punishment: a summary of 21 inpatient cases. *Journal of Applied Behavior Analysis* 31, 211–235
- HAGOPIAN, L. P., TOOLE, L. M., LONG, E. S. et al. (2004) A comparison of dense-to-lean and fixed lean schedules of alternative reinforcement and extinction. *Journal of Applied Behavior Analysis* 37, 323–337
- HARDING, J.W., WACKER, D.P., BERG, W.K. et al. (2009) Conducting Functional Communication Training in Home Settings: A Case Study and Recommendations for Practitioners. *Behavior Analysis in Practice* 2, 21–33
- HÄSSLER, F. unter Mitarbeit von BIENSTEIN, P., BUSCHER, M. , CABY, F. et al. (2016) *Intelligenzminderung. S2k-Leitlinie*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- HOLDEN, B., GITLESEN, J.P. (2006): A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: prevalence, and risk markers. *Research in Developmental Disabilities* 27, 456–465
- HORNER, R.H., DAY, H.M. (1991) The effects of response efficiency on functionally equivalent competing behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis* 24, 719–732
- IWATA, B.A., DORSEY, M.F., SLIFER, K.J. et al. (1994) Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis* 27, 197–209
- IWATA, B.A., ROSCOE, E.M., ZARCONE, J.R., RICHMAN, D.M. (2002) Environmental determinants of self-injurious behavior. In: SCHROEDER, S.R., OSTER-GRANITE, M.L. THOMPSON, T. (eds.) *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships*, American Psychological Association, Washington DC. pp. 3-103
- KAHNG, S.W., HENDRICKSON, D.J., VU, C.P. (2000) Comparison of single and multiple functional communication training responses for the treatment of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis* 33 321–324
- KAHNG, S.W., IWATA, B.A., DeLEON, I.G., WORSDELL, A.S. (1997) Evaluation of the „control over reinforcement“ component in functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis* 30, 267–277
- KAHNG, S.W., IWATA, B.A., & LEWIN, A.B. (2002a) Behavioral treatment of self-injury, 1964 to 2000. *American Journal on Mental Retardation* 17, 212–221
- KAHNG, S.W., IWATA, B.A., & LEWIN, A.B. (2002b) The Impact of functional assessment on the treatment of self-injurious behavior. In: SCHROEDER, S. R., OSTER-GRANITE, M. L.,

- THOMPSON, T. (eds) *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships*. American Psychological Association, Washington DC. pp. 119-131
- KELLEY, M.E., LERMAN, D.C. & VAN CAMP, C.M. (2002) The effects of competing reinforcement schedules on the acquisition of functional communication. *Journal of Applied Behavior Analysis* 35, 59–63
- KÜHN, G. & SCHNEIDER, J. (2009) *Zwei Wege zur Kommunikation: Praxisleitfaden zu TEACCH und PECS*: Verlag hörgeschädigte Kinder, Hamburg
- KURTZ, P.F., BOELTER, E.W., JARMOLOWICZ, D. P. et al. (2011) An analysis of functional communication training as an empirically supported treatment for problem behavior displayed by individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32, 2935–2942
- HORNER, R.H. & DAY, H.M. (1991) The effects of response efficiency on functionally equivalent competing behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis* 24, 719–732
- LOWE, K., ALLEN, D., JONES, E. et al. (2007) Challenging behaviours: prevalence and topographies. *Journal of Intellectual Disability Research* 51, 625–636
- MARKUS, B.A., VOLLMER, T.R. (1996) Combining noncontingent reinforcement and differential reinforcement schedules as treatment for aberrant behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis* 29, 43-51
- MARTENS, B. K., ECKERT, T. L., BRADLEY, T. A., ARDOIN, S. P. (1999) Identifying effective treatments from a brief experimental analysis: Using single-case design elements to aid decision making. *School Psychology Quarterly* 14, 163–181
- MATSON, J.L. & VOLLMER, T.R. (1995) *User's Guide: Questions About Behavioral Function (QABF)*. Scientific Publishers, Baton Rouge
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - NICE (2015) *Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. NICE guideline 11 Methods, evidence and recommendations*. [Url:file:///C:/Users/Pia/Downloads/Challenging%20behaviour%20and%20learning%20disabilities%20full%20guideline20150529%20FINAL%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Pia/Downloads/Challenging%20behaviour%20and%20learning%20disabilities%20full%20guideline20150529%20FINAL%20(2).pdf)
- NUSSBECK, S. (2013) Zur Bedeutung evidenzbasierter Praxis. In: BIENSTEIN, P., ROJAHN, J. (Hrsg.) *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Hogrefe, Göttingen. S. 251-264
- PECK, S. M., WACKER, D.P., BERG, W.K. et al. (1996) Choice-making treatment of young children's severe behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis* 29, 263–290
- PETERSON, S.M., CANIGLI, C., ROYSTER, A.J., et al. (2005) Blending Functional Communication Training and Choice Making to Improve Task Engagement and Decrease Problem Behaviour. *Educational Psychology* 25, 257-274
- POWIS, L., OLIVER, C. (2014) The prevalence of aggression in genetic syndromes: A review. *Research in Developmental Disabilities* 35, 1051–1071
- RICHMAN, D.M., WACKER, D.P., WINBORN, L. (2001) Response efficiency during functional communication training: Effects of effort on response allocation. *Journal of Applied Behavior Analysis* 34, 73–76
- ROJAHN, J. & BIENSTEIN, P. (2013): Selbstverletzendes Verhalten: Beschreibung, Definition und Epidemiologie. In: BIENSTEIN, P., ROJAHN, J. (Hrsg) *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Hogrefe, Göttingen. S. 29-55
- ROJAHN, J., MATSON, J. L., LOTT, D. et al. (2001) The Behavior Problems Inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 31, 577-588
- ROOKER, G. W., JESSEL, J., KURTZ, P. F., & HAGOPIAN, L. P. (2013) Functional communication training with and without alternative reinforcement and punishment: An analysis of 58 applications. *Journal of Applied Behavior Analysis* 46, 708–722.
- SARIMSKI, K. & STEINHAUSEN, H.-C. (2008) *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung*. Hogrefe, Göttingen

- SCHROEDER, S.R., OSTER-GRANITE, M.L., THOMPSON, T. (2002): *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships*. American Psychological Association, Washington, DC
- SEIDEL, M. (2014) Problemverhalten, Verhaltensauffälligkeiten und herausforderndes Verhalten. In: BIENSTEIN P., WEBER, P. (Hrsg): *Menschen mit psychischen Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege*. Bonn, 133-150
- SHIRLEY, M. J., IWATA, B. A., KAHNG, S. W. et al. (1997) Does Functional Communication Training compete with ongoing contingencies of reinforcement? An analysis during response acquisition and maintenance. *Journal of Applied Behavior Analysis* 30, 93–104
- TAIT, K., SIGAFOOS, J., WOODYATT, G. et al. (2004): Evaluating parent use of functional communication training to replace and enhance prelinguistic behaviours in six children with developmental and physical disabilities. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal* 26, 1241–1254
- TIGER, J.H., HANLEY, G.P., BRUZEK, J. (2008) Functional communication training: a review and practical guide. *Behavior analysis in practice* 1, 16–23
- WACKER, D.P., BERG, W.K., HARDING, J.W. et al. (1998) Evaluation and long-term treatment of aberrant behavior displayed by young children with disabilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 19, 260–266
- WACKER, D.P., BERG, W.K., HARDING, J.W. et al. (2005) Treatment Effectiveness, Stimulus Generalization, and Acceptability to Parents of Functional Communication Training. *Educational Psychology* 25, 233–256
- WACKER, D.P., STEEGE, M.W., NORTHUP, J. et al. (1990) A component analysis of functional communication training across three topographies of severe behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis* 23, 417–429
- WILKEN, E. (2006) *Unterstützte Kommunikation: eine Einführung in Theorie und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart
- WORSDELL, A. S., IWATA, B., HANLEY, G. P. et al. (2000a) Effects of continuous and intermittent reinforcement for problem behavior during functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis* 33, 167-179
- WORSDELL, S., IWATA, B., CONNERS, J. et al. (2000b) Relative influences of establishing operations and reinforcement contingencies on self-injurious behavior during functional analyses. *Journal of Applied Behavior Analysis* 33, 451–61

Prävention und Deeskalation im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Thomas Feilbach

Herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind vielfältig. Sie umfassen fremd- und selbstverletzende Verhaltensweisen, Sachbeschädigungen, Schmierereien mit Exkrementen, Beschimpfungen oder auch distanzloses Verhalten usw. Die Faktoren, die diese Verhaltensweisen verursachen, sind komplex und in der Regel nicht nur auf eine Ursache zurückzuführen. Deshalb ist es von großer Bedeutung, tragfähige Hypothesen bezüglich der Ursachen zu bilden, um passgenaue, wirksame Interventionen zu entwickeln.

Die gezeigten Verhaltensweisen treten bei einem Individuum häufig schon in der frühen Kindheit auf, bestehen über lange Zeiträume und sind fester Bestandteil ihres Verhaltensrepertoires. Begleitpersonen haben häufig den Anspruch an sich, das Verhalten der Person so zu verändern, dass es nicht mehr oder nur noch sehr begrenzt gezeigt wird. Dazu werden häufig Maßnahmen zur *Prävention* entwickelt, die sicherstellen sollen, dass ein befürchtetes negatives Verhalten grundsätzlich nicht eintritt. Die pädagogische Praxis macht jedoch deutlich, dass solche Maßnahmen nur manchmal ausreichen, da nicht selten unvorhergesehene Dinge passieren. Deshalb ist neben der *Prävention* die *Deeskalation* ein weiterer Bestandteil möglicher Maßnahmen, insbesondere bei potentiell schädlichen oder gefährlichen Verhaltensweisen. Hierbei handelt es sich um Interventionen, die dazu beitragen, dass ein bereits eingetretenes negatives Verhalten sich nicht weiter intensiviert bzw. versucht wird, die negativen Auswirkungen des Verhaltens zu minimieren.

Erklärungsansätze, die die Komplexität herausfordernder Verhaltensweisen aufgreifen, beruhen auf dem bio-psycho-soziale Modell. Neben medizinisch-biologischen Faktoren wie z. B. Schmerzen, Schwierigkeiten in der Wahrnehmung, neurologischen Beeinträchtigungen etc., die das Befinden einer Person und somit ihr Verhalten beeinflussen, spielen Kontextfaktoren wie das soziale Umfeld, räumliche Bedingungen und aktuelle Aktivitäten eine weitere wesentliche Rolle. Verschiedene Studien (BIENSTEIN & ROJAHN 2010) weisen darauf hin, dass gesundheitliche Probleme häufig zu wenig Beachtung finden und besonders bei Personen, die Schwierigkeiten haben diese Probleme zu kommunizieren, ein hoher Anteil herausfordernden Verhaltens darauf zurückzuführen ist. Dabei spielen insbesondere nicht erkannte und daher nicht

ausreichend behandelte Schmerzen eine Rolle. Aber auch die eingeschränkte Möglichkeit, auf die eigene Gesundheit zu achten und auch körperliches Wohlbefinden selbst steuern zu können, z. B. durch Bewegung und körperliche Entspannung, führt nicht selten zu herausfordernden Verhaltensweisen. Dieses sollte in der Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auch als wichtige präventive Maßnahme größere Beachtung finden. Deshalb sind bei der Anamnese von herausforderndem Verhalten, insbesondere bei stabilen Rahmenbedingungen, körperliche Beschwerden bzw. gesundheitliche Faktoren immer von Anfang an einzubeziehen.

Im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ist es darüber hinaus wichtig, deren Funktionen besser verstehen zu lernen. Grundlage bietet hier das Verständnis, dass Verhalten grundsätzlich einen bestimmten Zweck erfüllt, um mit einer Situation, die sich dem Individuum stellt, umzugehen. So kann z. B. das Trinken eines Kaffees dazu dienen, den Durst zu löschen. Ein anderes Mal dient das Trinken des Kaffees vielleicht dazu, sich aufzuwärmen, sich wachzuhalten oder auch nur als geselliges Ritual. Diese Vielfalt möglicher Funktionen trifft auch auf herausforderndes Verhalten zu, was die Suche nach möglichen auslösenden Faktoren erschwert. Bei der funktionalen Verhaltensanalyse ist von entscheidender Bedeutung, dass die Funktion des problematischen Verhaltens erkannt wird. Hat man diese erkannt, besteht die Herausforderung darin, der Person Handlungsalternativen aufzuzeigen, die ähnlich effektiv sind und ihr jederzeit zur Verfügung stehen. Wichtige Funktionen, die herausforderndes Verhalten häufig beinhalten, sind z. B. die Wiedergewinnung von Kontrolle und die Kommunikation. In vielen Fällen stellt das herausfordernde Verhalten für die Person entsprechend ihres Entwicklungsstandes oder Fähigkeitsprofils die einzige verfügbare Handlungsstrategie dar, um mit überfordernden Situationen umzugehen. Es ist deshalb entscheidend, der Person neue, alternative Verhaltensweisen beizubringen, die dieselbe Funktion erfüllen, die aber weniger herausfordernd sind.

Ein Beispiel aus der Praxis: *Frau I. hat keine Sprache und nur wenig alternative kommunikative Mittel. In sie überfordernden Situationen, z. B. bei der physiotherapeutischen Behandlung, fing sie nach einiger Zeit an, sich selbst zu schlagen. Beendete der Physiotherapeut daraufhin die Behandlung, hörte sie damit auf. Nachdem man ihr beigebracht hatte, über einen Gegenstand, der für sie Pause symbolisiert, eigeninitiativ eine Pause einzufordern, hörte ihr Schlagen im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung auf. Die Kommunikation über das Symbol stellte für Frau I. sozusagen einen Notausstieg in einer für sie überfordernden Situation dar. Aufgrund ihrer zurückgewonnen Kontrolle über die Situation, verblieb sie dort meist viel länger als zunächst angenommen.*

Die grundsätzliche Anpassung von Anforderungen an die individuellen Möglichkeiten einer Person ist ein weiterer wichtiger Baustein im Bereich der präventiven Arbeit. Viele Alltagshandlungen, sei es die Annahme von Handlungen der Pflege oder das gemeinsame Essen mit anderen in einem Raum oder auch ein Situationsübergang, wie er sich mehrmals in der Woche von der Wohneinrichtung in die Werkstatt vollzieht, stellen für viele Menschen mit Beeinträchtigungen erhebliche Anforderungen dar. Solche Situationen verlangen der Person häufig mehr ab, als durch Begleitpersonen angenommen oder verstanden wird. Das führt dazu, dass Alltägliches für die Person durchaus anstrengend ist und wichtige Ressourcen verbraucht, die für andere Situationen dringend benötigt werden. Ihre Stresstoleranz sinkt, sie wird störanfälliger. Kommen dann Faktoren wie mögliches Unwohlsein, der laute Nachbar im Bus oder irgendwelche plötzlichen Veränderungen hinzu, können die Möglichkeiten der Person bereits erschöpft sein. Es kann zur Verweigerung oder einem Erregungsdurchbruch kommt. Von daher gilt es, insbesondere bei Menschen, die sich herausfordernd verhalten, die regelhaften Anforderungen im Alltag zu überprüfen. Es ist darauf zu achten, dass die Anforderungen grundsätzlich aus der Perspektive der Person überdacht und deren Möglichkeiten angepasst werden. Hat eine Person hinsichtlich ihres Fähigkeitsprofils auffällige Tagesschwankungen, sind auch diese bei der Anforderungsgestaltung mit zu berücksichtigen.

Wichtig in der präventiven Arbeit sind Angebote und Aktivitäten, die die Person gerne macht und die sie entspannen. Dieser Faktor wird häufig dann vernachlässigt, wenn die Person sich unangemessen verhält. Die Argumentation lautet dann gelegentlich, man dürfe doch das herausfordernde Verhalten nicht noch mit etwas Angenehmen wie einem Spaziergang oder einem Kaffee „belohnen“. Es geht jedoch nicht um „Belohnen“, sondern vielmehr um die Regulierung des Erregungsniveaus. Was einem Menschen gut tut, trägt dazu bei, dass er seine Balance zurückgewinnt und sich weniger herausfordernd verhält. Bezugspersonen sind an dieser Stelle häufig deutlich rigider, als sie in vergleichbaren Situationen mit sich selbst umgehen würden: Ein kurze Pause, eine Tasse Kaffee zwischendurch oder auch ein Stück Schokolade werden von vielen Menschen bei Stress als Copingstrategien genutzt. Sich selbst etwas Gutes tun ist ein wichtiges Verhaltensmuster, um die eigene Anspannung zu reduzieren. Niemand würde bei sich selbst hier von „Belohnung“ sprechen. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen, die viel weniger Möglichkeiten haben, mit Stress angemessen umzugehen, wird hingegen häufig so argumentiert. Eine wichtige Frage, die sich im Umgang mit Menschen, die sich herausfordernd verhalten stellt, ist daher: Sind wir bereit, ihnen etwas Gutes zu tun, auch wenn sie sich oder gerade weil sie sich herausfordernd verhalten? Das stellt in vielerlei Hinsicht einen Paradigmenwechsel in vielen

pädagogischen Kontexten dar. Die Sorge um vermeintliche „Belohnung“ weicht dem Auftrag der Regulierung von Anspannung und der Ablenkung von der problematischen Situation hin zu etwas Positivem.

Im Folgenden wird die Bedeutung von Anspannung und Entspannung bei herausfordernden Verhaltensweisen im Kontext des *Low Arousal-Ansatzes* näher erläutert. Der Begriff *Low arousal* kommt aus dem Englischen und heißt „niedrige Erregung“. Begründer des Low Arousal-Ansatzes als elementare Strategie zur Deeskalation ist Andrew McDONNELL (2010), der sich auf frühe Studien von YERKES und DODSON bezieht und darauf aufbauend eigene Studien, unter anderem mit Menschen mit Behinderungen, durchgeführt und praktische Grundlagen für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen entwickelt hat. YERKES und DODSON untersuchten schon am Anfang des 20. Jahrhunderts den Zusammenhang von physiologischer Erregung und der allgemeinen Fähigkeit zu agieren (Performanz). (http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-0-387-79948-3_1340).

Ausgangspunkt des Low-Arousal-Ansatzes ist die Grundannahme, dass die Häufigkeit und Intensität von herausfordernden Verhaltensweisen mit steigendem Erregungsniveau (Arousal-Level) zunimmt. So kann man in umgekehrter Weise beobachten, dass Menschen sich selten bis nie herausfordernd verhalten, wenn es ihnen gut geht und sie entspannt sind. Das Erregungsniveau (Arousal-Level) ist ein komplexer Vorgang und lässt sich als Zustand neuronaler Aktivierung, der es einem Menschen erlaubt zu handeln, zu funktionieren und zu überleben, beschrieben. Es handelt sich um ein physisch messbares Konstrukt, das z. B. anhand verschiedener Parameter wie Pulsfrequenz, galvanischem Hautwiderstand, Schweißproduktion usw. gemessen werden kann.

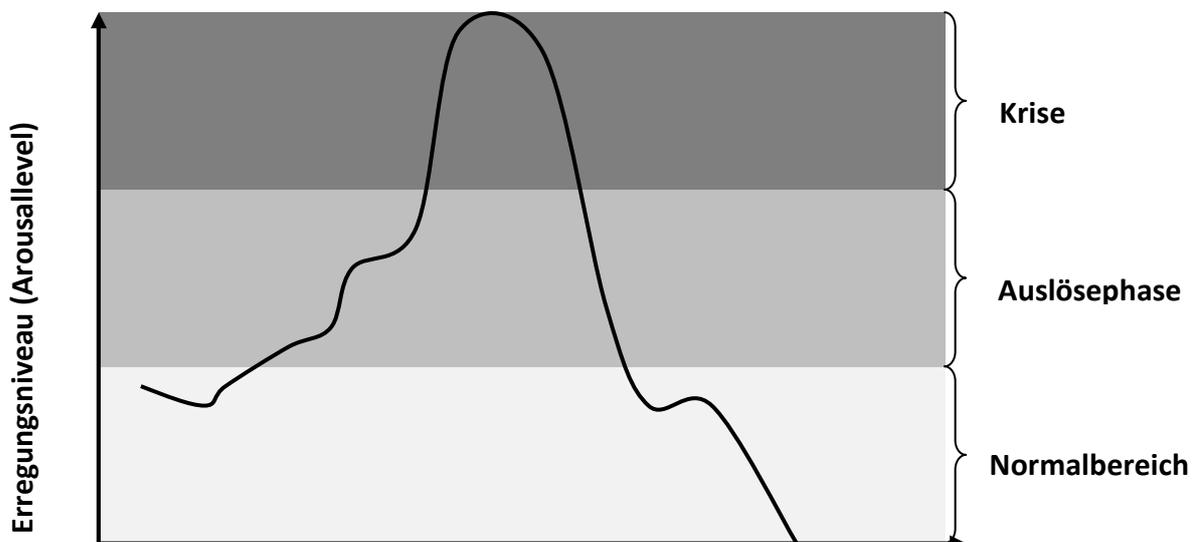


Abbildung 1: Erregungslevel einer Person nach McDONNELL (2010)

Die Level verschiedener Hormone und Botenstoffe wie Cortisol, Noradrenalin und Adrenalin sind wichtige Kennzeichen für das Erregungsniveau einer Person. Auch sind ein erhöhter Muskeltonus oder motorische Unruhe beobachtbar. In Abbildung 1 sind die verschiedenen Erregungsniveaus veranschaulicht. Während sich das allgemeine Erregungsniveau einer Person grundsätzlich in einem „Normalbereich“ bewegt und der menschliche Körper und die Psyche Strategien und Mechanismen aufweisen, das Erregungsniveau üblicherweise in einem „Normalbereich“ zu halten, erhöht es sich in Krisen deutlich.

Wird Stress erlebt, z. B. durch äußere Anforderungen, steigt das Erregungsniveau und kann eine Phase erreichen, in der die Person anfälliger für weitere Stressoren ist. In dieser „Auslösephase“ können kleinste Vorfälle oder Rahmenbedingungen dazu führen, dass die Erregung noch weiter ansteigt und die Krisenphase erreicht wird, in der sich die Person z. B. körperlich oder verbal extrem ausdrückt. Nach einer solchen Krise sorgen Mechanismen des Körpers dafür, dass das Erregungsniveau mit der Zeit wieder sinkt. Trotzdem ist es wichtig zu erkennen, dass das Erregungsniveau der Person auch nach Abklingen der akuten Krise kritisch erhöht ist und es einige Zeit dauert, bis der Normalbereich wieder erreicht ist.

Die beschriebenen Mechanismen betreffen in gleicher Weise Menschen mit und ohne Beeinträchtigung. Die Grundanspannung und Störanfälligkeit für Stress ist bei Menschen mit Behinderungen jedoch häufig erhöht. Grundstressoren sind zum Beispiel Schwierigkeiten in der Wahrnehmung, die eingeschränkte Möglichkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren, und auch die Abhängigkeit von anderen Personen bei der Bewältigung des Alltags. Auch sind ihre Copingstrategien häufig begrenzter. Das bedeutet, dass sie nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, ihre eigene Anspannung zu regulieren, in dem sie sich selbst – auf eigene Initiative hin – etwas Gutes tun. Auch dabei sind sie häufig auf Begleitpersonen angewiesen, die wahrnehmen, dass eine Pause, eine Gelegenheit zum Rückzug oder zum Spaziergehen oder auch ein leckeres Getränk hilfreich wären - und dieses ihnen dann auch anbieten.

Des Weiteren sind herausfordernde Verhaltensweisen in den meisten Fällen in Anforderungssituationen beobachtbar. McDONNELL folgert daraus, dass eine Anpassung bzw. Reduzierung von Anforderungen an die aktuellen Möglichkeiten der Person meist zu einer Abnahme des herausfordernden Verhaltens führt. McDONNELL schreibt der Begleitperson dabei eine wichtige Rolle zu. Neben der Aufgabe, die Anforderungen an die Person gerade in Anspannungssituationen gezielt zu reduzieren, ist die Begleitperson selbst im Kontakt mit der betroffenen Person eine zusätzliche Reizquelle. Studien belegen, dass sich verbale und nonverbale Signale wie Sprache (Inhalt und Komplexität) und Sprechen (Tonlage, Sprechtempo und Lautstärke), Blickkontakt, Nähe und Körperkontakt grundsätzlich auf das Arousal-Level des

Gegenübers auswirken. Ist es bereits erhöht, sollte die Begleitperson o. g. Signale bewusst steuern, um nicht noch weiter zur Eskalation durch ihr eigenes Verhalten beizutragen. So wird das bewusste Beobachten und Wahrnehmen des Arousal-Levels zu einer entscheidenden Aufgabe der Begleitperson. Ihr kommt die Rolle zu, das eigene Verhalten und die Anforderungen, die an die Person gestellt werden, situativ anzupassen.

Die Reduzierung der Anspannung bzw. des Erregungsniveaus ist deshalb von zentraler Bedeutung zur Prävention und Deeskalation im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen. Folgende Fragen können helfen, die Person zielgerichteter zu beobachten und regulierende Angebote in der Begleitung vorzuhalten:

- Welche beobachtbaren Körpersignale und Verhaltensweisen kennzeichnen und unterscheiden die einzelnen Erregungsniveaus bei der Person?
- Welche Faktoren tragen zu Anspannung oder Entspannung bei?
- Welche entspannenden Situationen sollten generell häufiger stressregulierend und somit präventiv angeboten werden?
- Welche Aspekte sollten grundsätzlich bei Anspannung vermieden werden, da sie in der Regel bei der Person zu einem weiteren Spannungsanstieg beitragen?
- Welche sozial-kommunikativen, aufgabenbezogenen oder sensorischen Anforderungen müssen situativ bei Anspannung angepasst werden?
- Welche Maßnahmen sind zur Ablenkung hilfreich? Eine Ablenkung ist am effektivsten und wirkt zusätzlich stressreduzierend, wenn dabei für die Person positive Dinge genutzt werden.

Diese Fragestellungen bilden eine wichtige Grundlage bei der Erstellung von Handlungsplänen für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen.

Häufig besteht bei Begleitpersonen Unsicherheit darüber, welche Prioritäten bei der Intervention gesetzt werden sollen. Oft besteht der Wunsch, auch in der Krise der Person zu verdeutlichen, dass das eben gezeigte Verhalten unangemessen ist, dass es unerwünschte Konsequenzen hat und ein anderes, angemessenes Verhalten gewünscht ist. So wird – oft unbewusst – bei der Person an ihrer Selbstkontrolle, ihrer Lernbereitschaft und auch dem Ziel der Verhaltensänderung gearbeitet. Die Fähigkeiten der Handlungsplanung und Impulskontrolle nehmen allerdings gerade unter Stress häufig ab. Stattdessen reagiert die betroffene Person dann mit elementaren Reaktionsmustern (z. B. Kampf, Flucht, Erstarren). Das heißt, bei einem hohen Arousal-Level sind die kognitiven Möglichkeiten und die Aufnahmefähigkeit der Person viel begrenzter. Es ist also überhaupt nicht sinnvoll, in solchen Situationen an Verhaltensänderung zu arbeiten. Es geht vielmehr darum, in der bereits angespannten Situation mit dem herausfordernden Verhalten umzugehen. Verhaltensänderung und Umgang mit dem Verhalten sind folglich zwei

verschiedene Ziele, die nicht unbedingt im Gegensatz zueinander stehen – es kommt jedoch auf das richtige Timing an.

Um dies zu verdeutlichen, führt David PITONYAK (www.dimage.com) folgendes Beispiel an: Wenn jemand ertrinkt, ist es nicht der richtige Zeitpunkt, ihm das Schwimmen beizubringen. So steht bei der Handlungsplanung zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen zunächst nicht die Verhaltensänderung im Vordergrund, sondern die schnellstmögliche Deeskalation und der Schutz aller Beteiligten (also die Rettung aus dem Wasser, warme Decken und ein heißes Getränk). Maßnahmen, die längerfristig angelegt sind, können dagegen den Aspekt von Verhaltensänderung in den Blick nehmen. Dazu muss sich das Arousal-Level der Person wieder im Normalbereich befinden und sie somit überhaupt erst wieder aufnahmefähig und in der Lage sein, neue Kompetenzen zu lernen.

Abschließende Bemerkungen

Präventive und deeskalierende Maßnahmen sind so vielfältig wie das Verhalten selbst und die Personen. Wichtig ist, dass die Maßnahmen aus einer wertschätzenden Haltung erfolgen. Ausgangspunkt sollte die Annahme sein, dass der sich herausfordernd verhaltende Mensch nicht schlechte Absichten verfolgt, sondern mit einer Situation oder situativen Anforderungen überfordert ist und im Rahmen seiner Möglichkeiten handelt. Es geht folglich darum, einen Weg zu suchen und zu beschreiten, der sich von der Suche nach vermeintlich „erzieherischen“ Maßnahmen, die in erster Linie von der Forderung nach Konsequenz geprägt ist, abwendet. Stattdessen gilt es, Hilfestellungen anzubieten, die es der Person ermöglichen, ihr Anspannungsniveau zu regulieren, so dass sie selbst wieder Kontrolle über die überfordernde Situation und ihr Verhalten zurück gewinnt. Das geschieht in erster Linie dadurch, dass die Anforderungen angepasst und den Stress reduzierende Angebote gemacht werden.

Unterstützende Maßnahmen sind natürlich für alle an der Situation beteiligten Personen notwendig. Das bezieht auch die anderen Menschen ein, die mit der Person zusammen in dem jeweiligen Kontext begleitet werden und somit meistens ebenfalls betroffen sind. Es gilt hier, Situationen zu entzerren, Rückzug zu ermöglichen, notwendigen Schutz zu bieten und auch bei der Verarbeitung von emotional belastenden Erlebnissen und daraus resultierenden Ängsten zu helfen. Nicht zuletzt benötigen auch die Begleitpersonen – sowohl Angehörige als auch professionelle Unterstützer – kontinuierlich fachliche und emotionale Unterstützung, z. B. bei der Analyse und Interpretation von Entstehungszusammenhängen und möglichen Ursachen herausfordernden Verhaltens, aber auch bei dem häufig sehr anspruchsvollen konkreten Umgang damit. Die Entwicklung und erst recht die Umsetzung der

präventiven und deeskalierenden Maßnahmen ist ein lang andauernder Prozess, der immer wieder mit allen Beteiligten reflektiert werden muss. Dieses ist fachlich notwendig und gehört zu einer Kultur der Wertschätzung der Begleitpersonen und ihrer Arbeit.

Wenn alle getroffenen Maßnahmen ineinandergreifen, kann dauerhaft eine unter ethischen und fachlichen Gesichtspunkten qualitativ gute Begleitung von Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen gelingen.

Literatur

BIENSTEIN, P. & ROJAHN, J. (Hrsg.) (2010) *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Hogrefe, Göttingen

DOSEN, A. (2010) *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung*. Hogrefe, Göttingen

HEIJLSKOV ELVÉN, B. (2015) *Herausforderndes Verhalten vermeiden*. DGVT Verlag, Tübingen

McDONNELL, A. (2010) *Managing aggressive behaviour in care settings*. Wiley-Blackwell, Chichester

Hinweise auf instruktive Websites:

www.dimage.com: Englischsprachige Website von David PITONYAK mit vielen Beispielen und Hinweisen, Videos usw.

www.autea.de: Website mit Fort- und Weiterbildungsangeboten der AUTEA

www.studio3.org: Englischsprachige Website mit Fort- und Weiterbildungsangeboten der britischen Organisation Studio3 unter Leitung von Dr Andrew McDonnell.

Fertigkeitentraining für Menschen mit geistiger Behinderung am Beispiel der DBToP-gB

Brian Fergus Barrett

Im Folgenden soll ein Fertigkeitentraining für Menschen mit geistiger Behinderung am Beispiel des an der dialektisch-behavioralen Therapie orientierten Programms für Menschen mit geistiger Behinderung DBToP-gB vorgestellt werden, das manualisiert vorliegt (BARRETT et al., 2012). Das Programm orientiert sich an der von Marsha LINEHAN, Professorin für Psychologie an der University of Washington in Seattle/USA, für Normalbegabte entwickelten, dialektisch-behavioralen Therapie (DBT).

Die DBT wurde in den 1980er Jahren von LINEHAN ursprünglich für hochgradig suizidale und impulsive Klienten entwickelt. Dabei bediente sie sich im Wesentlichen etablierter Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie. Sie erweiterte diese um Elemente der Dialektik und des Buddhismus. Entsprechend der klinischen Leitsymptome Suizidalität und Impulsivität rekrutierte LINEHAN für die Anwendungserprobung ihrer neuen Therapie vornehmlich Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Jahre 1991 veröffentlichte sie erstmals positive Ergebnisse dieser Anwendungserprobung (LINEHAN et al., 1991). In den Jahren darauf folgten ein Therapie-Manual sowie weitere Veröffentlichungen (LINEHAN et al., 1993, 1994). Ende der 1990er Jahre etablierte sich in Abgrenzung zur kognitiven Verhaltenstherapie dann der Begriff der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) (LINEHAN et al., 1999). Im Zuge des Trends zur evidenzbasierten Medizin konnte die DBT in den 2000er Jahren schließlich in mehreren randomisierten, klinischen Studien und Cochrane-Analysen (BINKS et al., 2006) ihre klinische Wirksamkeit unter Beweis stellen.

Im therapeutischen Prozess setzt die DBT neben einer konstanten Validation (Wertschätzung) der Klienten im Wesentlichen auf eine Verbesserung ihrer (Selbst-) Wahrnehmung sowie auf die Erarbeitung funktionaler Strategien zur Bewältigung ihrer Probleme und emotionalen Vulnerabilität. Dazu werden Fertigkeiten (*engl. skills*) in vier verschiedenen Modulen vermittelt, die regelhaft in einem Gruppensetting abgehalten werden. Ergänzt werden die Gruppensettings durch wöchentliche therapeutische Einzelsitzungen zum Kontingenzmanagement. Diese Module sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Stresstoleranz

Im Rahmen der Stresstoleranz (distress tolerance) gilt es zunächst, eigene Stress- und Anspannungszustände als solche wahrzunehmen und zu akzeptieren. Sodann soll kurz innegehalten und „ein Schritt zurück“ (*step back*) gegangen werden. Dies dient dazu, das Ausmaß der Anspannung einzuordnen und sich auf die Bewältigung des Stresszustandes zu fokussieren. Im nächsten Schritt wird eine Bewältigungsstrategie gewählt. Hierbei sollen das Für und Wider verschiedener Strategien, insbesondere bisheriger *dysfunktionaler* Strategien (z. B. Selbstverletzungen) und alternativer *funktionaler* Strategien, gegeneinander abgewogen werden. Als funktionale Strategien zur Stress- und Spannungsregulation kommen verschiedene Methoden zum Einsatz, die vor allem der *Ablenkung* und der *Selbstberuhigung* dienen.

Die Ablenkung kann auf der Gefühls- oder Handlungsebene, auf körperliche oder gedankliche Art erfolgen. So können auf der Gefühlsebene bewusst Emotionen provoziert werden, die den in der Stresssituation vorherrschenden Emotionen entgegenstehen, z. B. indem ein besonders gruseliger oder lustiger Film angeschaut wird. Auf der Handlungsebene können bewusst Handlungen vollzogen werden, die den Stress auslösenden Handlungen oder den sich aus dem Stresserleben ergebenden Handlungsimpulsen entgegenstehen (*opposite action*), z. B. indem man jemandem anderem oder sich selbst eine Freude bereitet. Eine weitere Art der Ablenkung auf der Handlungsebene ist, notwendige Alltagsaufgaben zu verrichten, wie z. B. etwas zu reparieren, zu putzen oder einzukaufen. Körperliche Ablenkung kann durch sensorische Reize unterschiedlicher Intensität sowie körperliche Aktivität und sozialverträgliches Abreagieren erfolgen. Zur gedanklichen Ablenkung kommen Zählreihen, Rechenaufgaben, Konzentrationsübungen, das Lösen von Rätseln, Puzzles legen und ähnliches mehr zum Einsatz.

Selbstberuhigung geht eng einher mit dem Versuch, den „Moment zu verbessern“ (*improve the moment*). Dabei kann es hilfreich sein, sich voll und ganz auf den aktuellen Moment zu konzentrieren, um von dort aus Schritt für Schritt (*step by step*) voranzuschreiten. Hierzu ist nicht selten eine kurze Auszeit (*time-out*) aus der stressauslösenden Situation notwendig, z. B. indem man sich an einen ruhigen Ort zurückzieht. Des Weiteren kommen Muskelrelaxation, Ruhebildverfahren, Gebete, Mantras und beruhigender sensorischer Input etwa in Form von Wärme, angenehmen Gerüchen sowie entspannende Musik und Farbenspiele zum Einsatz.

Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Klienten in Stress- und Anspannungszuständen tatsächlich auf die genannten Strategien zurückgreifen können und nicht in ihre gewohnten dysfunktionalen Verhaltensweisen zurückfallen, ist es notwendig, diese nützlichen Strategien regelmäßig

außerhalb von Stress- und Anspannungszuständen einzuüben. Dadurch können erste positive Erfahrungen mit diesen Strategien gesammelt und sie in Situationen kognitiver Einengung aufgrund Stresserlebens besser abgerufen werden.

Achtsamkeit

Das Konzept der *Achtsamkeit (mindfulness)* in der DBT ist dem Buddhismus entlehnt. Es meint ein umfassendes Achtgeben auf sämtliche äußeren und inneren Vorgänge. Dazu werden sowohl die Sinneswahrnehmung als auch die Selbstwahrnehmung geschult. Ziel ist zunächst die Gewährleistung und schließlich das Gewahrsein des Moments. Das umfasst die Wahrnehmung der Umwelt, der eigenen Gedanken und des eigenen Befindens ebenso wie die des eigenen und fremden Handelns sowie dessen Auswirkungen.

Im Rahmen der Achtsamkeit postuliert die DBT drei Gemütszustände. Zunächst gebe es den *emotionalen Zustand (emotion mind)*, in dem das Handeln zuvorderst von den Gefühlen geleitet sei. Dann gebe es den *rationalen Zustand (reasonable mind)*, in dem das Handeln vor allem durch den Verstand bestimmt werde. Ziel sei es, vor dem Hintergrund der dialektischen Strategie, Gefühle und Verstand in einem *weisen Zustand (wise mind)* als Grundlage seines Handelns zu integrieren.

Gefühlsregulation

Um die *Gefühlsregulation (emotion regulation)* zu verbessern, geht die DBT davon aus, dass zunächst einmal die Fähigkeiten der Klienten geschult werden müssen, ihre Gefühle zu erkennen und zu benennen. Sie sollen lernen, ihrer Gefühlswahrnehmung wieder zu trauen. Darüber hinaus soll ein Verständnis für mögliche Auslöser bestimmter Gefühle sowie die Bedeutung von Gefühlen für das eigene Verhalten und umgekehrt entwickelt werden. Schließlich werden Möglichkeiten erarbeitet, positiven Einfluss auf das eigene Gefühlsleben zu nehmen, indem emotional positiv besetzte Momente aktiv herbeigeführt werden und die eigene emotionale Verletzlichkeit verringert wird, indem etwa auf Substanzgebrauch verzichtet und stattdessen Sport getrieben sowie auf ausreichenden Schlaf und gesunde Ernährung geachtet wird.

Zwischenmenschliche Beziehungen

In diesem Modul werden Fertigkeiten trainiert, die es den Klienten ermöglichen sollen, ihre zwischenmenschlichen Beziehungen *effektiv (interpersonal effectiveness)* zu gestalten. Der Name des Moduls leitet sich vom *personal effectiveness training* nach R. P. LIBERMAN (LIBERMAN et al., 1975) ab, bei dem eine Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten

sowie der Selbstsicherheit und der Durchsetzungsfähigkeit der Klienten im Fokus steht.

Allerdings wird in der DBT der dialektischen Strategie folgend zusätzlich großer Wert darauf gelegt, dass die Durchsetzung der eigenen Interessen nicht zu Lasten der zwischenmenschlichen Beziehungen erfolgt. Im Gegenteil werden Möglichkeiten einer adäquaten Beziehungspflege aufgezeigt. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist die Wahrung der Selbstachtung und die Verteidigung des persönlichen Freiraumes. Schließlich werden Strategien für den Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten erarbeitet und trainiert. Die dabei zur Anwendung kommenden Methoden sind der kognitiven Verhaltenstherapie entlehnt. Sie finden sich dort unter dem Oberbegriff des sozialen Kompetenztrainings wieder.

Einzel Sitzungen – Kontingenzmanagement

Die in der Regel einmal wöchentlich stattfindenden Einzelsitzungen folgen einer Hierarchisierung der Ziele und Inhalte. Zunächst gilt es hierbei, die Klienten in der Verpflichtung zur therapeutischen Allianz (*commitment*) sowie den therapeutischen Prozesses in Gang zu halten. Darüber hinaus erfolgen ein *Kontingenzmanagement* sowie je nach Bedarf eine individuelle psychotherapeutische Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten.

Einerseits werden bereits erreichte Therapieziele, andererseits aber auch dysfunktionale, den therapeutischen Prozess behindernde Verhaltensweisen reflektiert. Dabei wird insbesondere analysiert, warum Klienten diese dysfunktionalen Verhaltensweisen statt bereits erlernter, funktionaler Alternativen zur Anwendung brachten. Die Bearbeitung der gefundenen Ursachen erfolgt zeitnah und je nachdem, wo dies passender und effektiver erscheint, entweder in den Einzelsitzungen oder in den verschiedenen Gruppenmodulen.

Das Kontingenzmanagement erfolgt z. B. durch einen gezielten Verstärkeraufbau und/oder die Erarbeitung konkreter Verstärker- und Notfallpläne. Die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten folgt etablierten Methoden, z. B. der Traumatherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung oder der Expositionstherapie bei Angststörungen.

Es ist offensichtlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht über ein durchschnittlich entwickeltes kognitives Niveau verfügen. Sie sind häufig insbesondere in ihrem Sprachverständnis und –gebrauch eingeschränkt sind. Die DBT, wie sie ursprünglich von LINEHAN konzipiert wurde, kann also nicht ohne Weiteres bei Menschen mit geistiger Behinderung angewendet werden. Warum macht es dennoch Sinn, eine Anwendung zu versuchen und die Mühe zu unternehmen, notwendige Modifikationen vorzunehmen?

Neben einer generell erhöhten Inzidenz psychischer Erkrankungen – und damit auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) – finden sich bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig eine erhöhte *Impulsivität* sowie *emotionale Instabilität* und damit die beiden Kernsymptome der BPS, ohne dass deren übrige dezidierte Diagnosekriterien immer erfüllt würden. Menschen mit geistiger Behinderung haben ähnlich den Menschen mit BPS nicht selten Probleme, ihre Gefühle wahrzunehmen und einzuordnen.

Bei der Adaptation der DBT für Menschen mit geistiger Behinderung mussten die in der Intelligenzminderung begründeten Herausforderungen bewältigt werden. Auch wenn diese individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sind, finden sich bei Menschen mit geistiger Behinderung doch regelhaft Einschränkungen im Sprachverständnis und Sprachgebrauch, der Ausdrucksfähigkeit, der Vorstellungs- und Abstraktionsfähigkeit, der Aufmerksamkeitsspanne und Konzentrationsfähigkeit, der Prospektivität oder Antizipationsfähigkeit und des Gedächtnisses, der Aufnahme- und Introspektionsfähigkeit, der Handlungsplanung sowie der Verständnissfähigkeit und Lerngeschwindigkeit.

Um dem eingeschränkten Sprachverständnis und –gebrauch gerecht zu werden, war es notwendig, die verwendete Sprache zu vereinfachen sowie – wo möglich – auf geschriebene Sprache zu verzichten und stattdessen auf Piktogramme und Visualisierungen sowie gegebenenfalls auf nonverbale Kommunikation zurückzugreifen.

Der geminderten Konzentrations- und Verständnissfähigkeit sowie Aufmerksamkeitsspanne und Lerngeschwindigkeit musste mit vereinfachten Inhalten sowie kürzeren, dafür aber häufigeren sowie gut strukturierten Therapieeinheiten begegnet werden. Darüber hinaus erschien es notwendig, eventuellen Nachfragen sowie häufigen Wiederholungen und Verständnisüberprüfungen genug Zeit einzuräumen. Schließlich musste während der Therapieeinheiten für möglichst wenig Ablenkung gesorgt werden. Im Rahmen der verminderten Aufnahme- und Introspektionsfähigkeit mussten die Ansprüche an die Momenterfassung und eine vertiefte Selbsterkenntnis im Sinne der buddhistischen Tradition der DBT gesenkt werden. Aufgrund der eingeschränkten Vorstellungs- und Abstraktionsfähigkeit sowie verminderten Handlungsplanung erschien der verstärkte Einsatz von Demonstrationsmaterial und Rollenspielen sowie Notfallplänen sinnvoll.

Die verminderte Prospektivität verlangte eine umgehende Bearbeitung aufkommender Probleme und im Rahmen eines Kontingenzmanagements eine zeitnahe Verstärkung funktionalen Verhaltens. Während die Fertigkeiten aller vier Gruppenmodule bei LINEHAN als *Skills* bezeichnet werden, wurde im DBToP-gB zum Zwecke einer Sprachvereinfachung der fremdsprachliche Begriff der Skills nur für die Fertigkeiten zur Stresstoleranz beibehalten. Für alle

anderen Module wurde versucht, einprägsame, deutsche Begriffe zu finden. Dementsprechend ergeben sich im DBToP-gB die folgenden Module.

Fünf-Sinne-Gruppe (Achtsamkeit)

In der DBT nach LINEHAN ist es das Ziel der Achtsamkeit, sich des Moments gewahr zu sein. Das umfasst die Wahrnehmung der Umwelt, der eigenen Gedanken und des eigenen Befindens ebenso wie die des eigenen und fremden Handelns sowie dessen Auswirkungen. Unserer Erfahrung nach überfordert eine derart umfassende Achtsamkeit die Menschen mit geistiger Behinderung aber in der Regel.

Beim Modul der Achtsamkeit konzentriert man sich in der DBToP-gB daher zunächst auf die Schulung der Sinneswahrnehmung. Das Modul trägt daher auch den Namen *Fünf-Sinne-Gruppe*. Diese Konzentration auf die Sinneswahrnehmung erlaubt einen sehr praktischen und erlebnisorientierten Einstieg in die komplexe Materie der Achtsamkeit.

Bei der Schulung der Selbstwahrnehmung verfolgt das DBToP-gB nicht das Ziel einer umfassenden Selbstwahrnehmung im buddhistischen Sinne, sondern beschränkt sich im Wesentlichen auf die Schulung der Wahrnehmung von Anspannungszuständen im Rahmen des Skill-Trainings sowie der Gefühle im Rahmen der Gefühlsgruppe.

Auch die Konzepte des *emotion mind*, *reasonable mind* und *wise mind* mit der dazugehörigen dialektischen Strategie erschienen für Klienten mit geistiger Behinderung als zu abstrakt. Allerdings wird das Konzept eines rationalen und emotionalen Handelns im Rahmen des Skill-Trainings in gewisser Weise wieder aufgegriffen.

Skilltraining (Stresstoleranz)

Ein wichtiger Bestandteil dieses Moduls ist die Verbesserung der Selbstwahrnehmung für Anspannungszustände als Voraussetzung für die frühzeitige und effektive Anwendung von Fertigkeiten (*Skills*) zur Spannungsregulation. Es hat sich gezeigt, dass es Klienten mit geistiger Behinderung in der Regel außerordentlich schwer fällt, ihre Anspannungszustände differenziert wahrzunehmen. Um ihnen den Zugang zu erleichtern, wurde die Entwicklung von Anspannung bis hin zum Impulsdurchbruch stark vereinfacht und in einer sogenannten *Spannungskurve* schematisiert dargestellt.

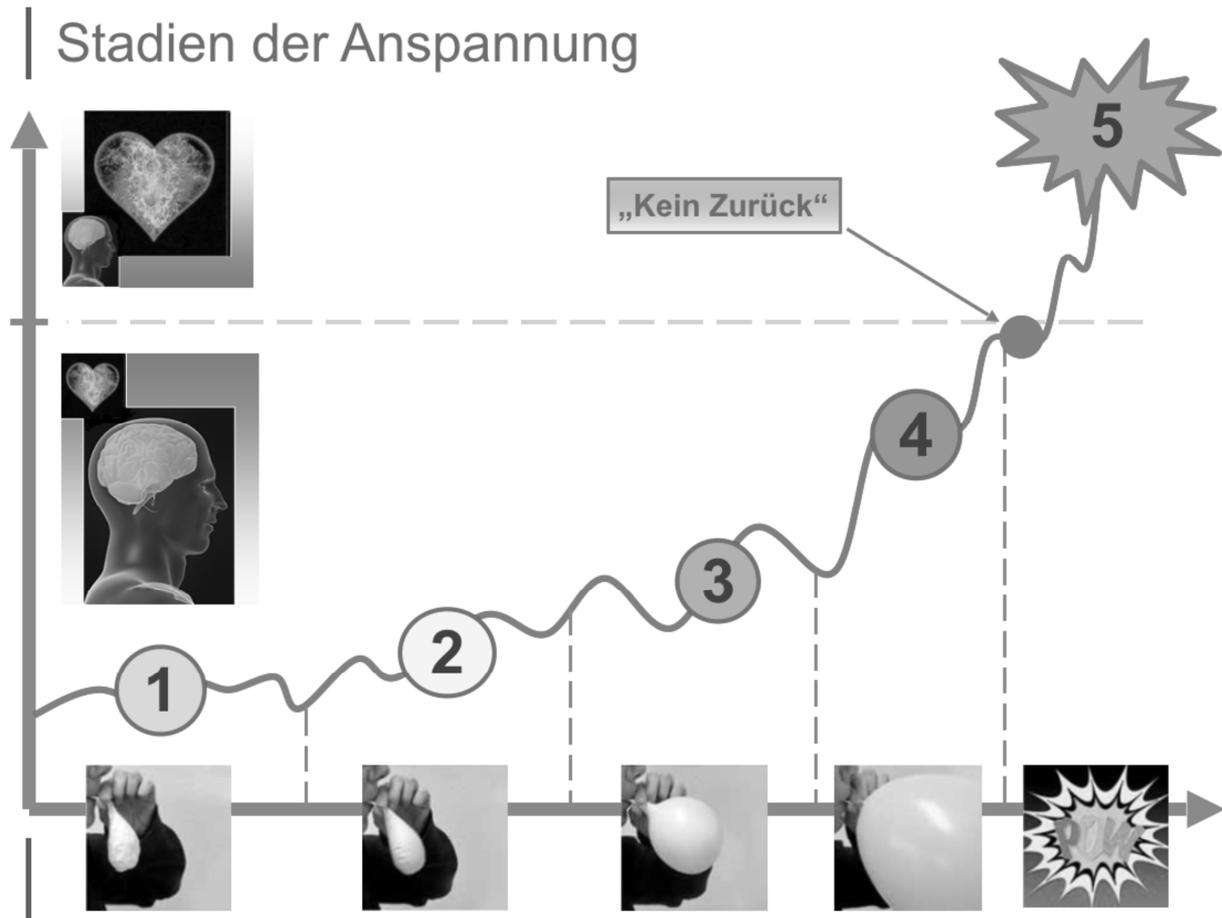


Abbildung 1: Spannungskurve

Die Spannungskurve postuliert zunächst fünf Stadien der Anspannung. Das erste Stadium stellt den basalen „Normalzustand“ und das fünfte Stadium den Impulsdurchbruch dar. Dazwischen liegen drei weitere Stadien der Anspannung sowie der Punkt, ab dem die Kontrolle verloren geht und nicht mehr rational, sondern emotional gehandelt wird. Wird dieser Punkt überschritten, so führt dies meist zum Impulsdurchbruch und es gibt kein Zurück („*point of no return*“). Diesen Punkt gilt es daher zu vermeiden, indem Anspannungszustände frühzeitig wahrgenommen und Skills zu deren Abbau angewendet werden. Zur Veranschaulichung werden die Stadien der Anspannung mittels eines zunehmend praller aufgeblasenen Luftballons visualisiert, der schließlich platzt. Um die Klienten zu einer regelmäßigen Introspektion bezüglich ihrer Anspannung anzuhalten, werden sie angeleitet, ein *Spannungsprotokoll* zu führen. In der Vermittlung von Skills zur Spannungsregulation kommen die verschiedensten Methoden aus dem Bereich der Ablenkung und der Selbstberuhigung zum Einsatz. Diese werden mit den Klienten zusammen ausprobiert. Die Klienten werden angeleitet, die erprobten Methoden hinsichtlich ihres Potentials zur Spannungsregulation zu bewerten sowie von stark bis schwach zu hierarchisieren (*Skillsammlung*) (vgl. Abbildung 2). Zum Abbau von Anspannungszuständen werden die Klienten angehalten, die Skills

von stark bis schwach abzuarbeiten (*Skillskette*) bis die Anspannung nachgelassen hat.

Methodenname	Methodenbild	Versuch	Intensität	Nicht Effektiv
Angenehme Gedanken		X	2	
Kuscheltier		X		X
Igelball		X	2	
Gummi-Armband		X	3	
Kratziges		X	4	
Tiger-Balsam		X		X
Finalgon-Salbe		X	3	
Scharfe Pfefferminze		X	2	
Brausetabletten		X	4	
Chili		X	5	
Laute Musik		X	4	
Ablenkende Beschäftigung		X		X
Zeitungen zerreißen		X	3	
Handtuchschlagen		X	5	

Abbildung 2: Beispiel für eine individuelle Skillsammlung

Ist eine hinreichende Anzahl unterschiedlich wirksamer Skills erarbeitet worden, werden die dafür notwendigen Utensilien in einem *Notfallkoffer* gelagert, den die Klienten immer bei sich führen sollen, um Anspannungszuständen jederzeit entgegenwirken zu können. Um Klienten mit geistiger Behinderung in Momenten starker Anspannung – und damit in der Regel bereits erheblicher kognitiver Einengung – die Auswahl eines hinreichend wirksamen Skills zu erleichtern, hat sich der Begriff *Powerskill* für besonders stark wirksame Skills bewährt.

Die Wahrnehmung von Anspannungszuständen sowie die gefühlte Wirksamkeit verschiedener Skills sind von Person zu Person sehr unterschiedlich, so dass es sich als effektiver erwiesen hat, zu Beginn mit den Klienten im Einzelsetting zu arbeiten, um eine ausreichende Grundlage zu schaffen, auf die in weiteren Gruppenstunden aufgebaut werden kann. Auf jeden Fall bedarf das Skilltraining anfangs einer hohen Frequenz. Auch im weiteren Verlauf sind häufige Wiederholungen nötig, damit die erlernten Skills auch in Momenten kognitiver Einengung abgerufen werden können.

Gefühlsgruppe (Gefühlsregulation)

In der Gefühlsgruppe sollen die Klienten lernen, ihre Gefühle zu erkennen und zu benennen sowie die Bedeutung ihrer Gefühle für das eigene Verhalten und umgekehrt zu erfassen. Darüber hinaus sollen sie befähigt werden, positiven Einfluss auf das eigene Gefühlsleben zu nehmen. Es hat sich bewährt, dabei nicht zu viele verschiedene Gefühle zu differenzieren und sich stattdessen auf wenige wichtige Gefühle zu konzentrieren. Diese Gefühle wurden die *sechs Grundgefühle* genannt. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass es Klienten mit geistiger Behinderung über die Fremdwahrnehmung von Gefühlen leichter fällt, einen Zugang zu ihrer eigenen Gefühlswahrnehmung zu bekommen. Es wurden daher *Bilderkarten* erstellt, auf denen Schauspieler mit geistiger Behinderung diese sechs Grundgefühle darstellen. Anhand dieser Bilderkarten erfolgt der Einstieg in die Arbeit zu jedem der sechs Grundgefühle über die Fremdwahrnehmung, bevor im weiteren Verlauf anhand eines Torsos, in den die den jeweiligen Emotionen zugehörigen Körpersensationen eingezeichnet werden, zur Selbstwahrnehmung übergegangen wird (Abb. 3). Um die Klienten zu einer regelmäßigen Introspektion hinsichtlich ihres Gefühlslebens anzuhalten, werden sie schließlich dazu angeleitet, ein *Gefühlsprotokoll* zu führen.

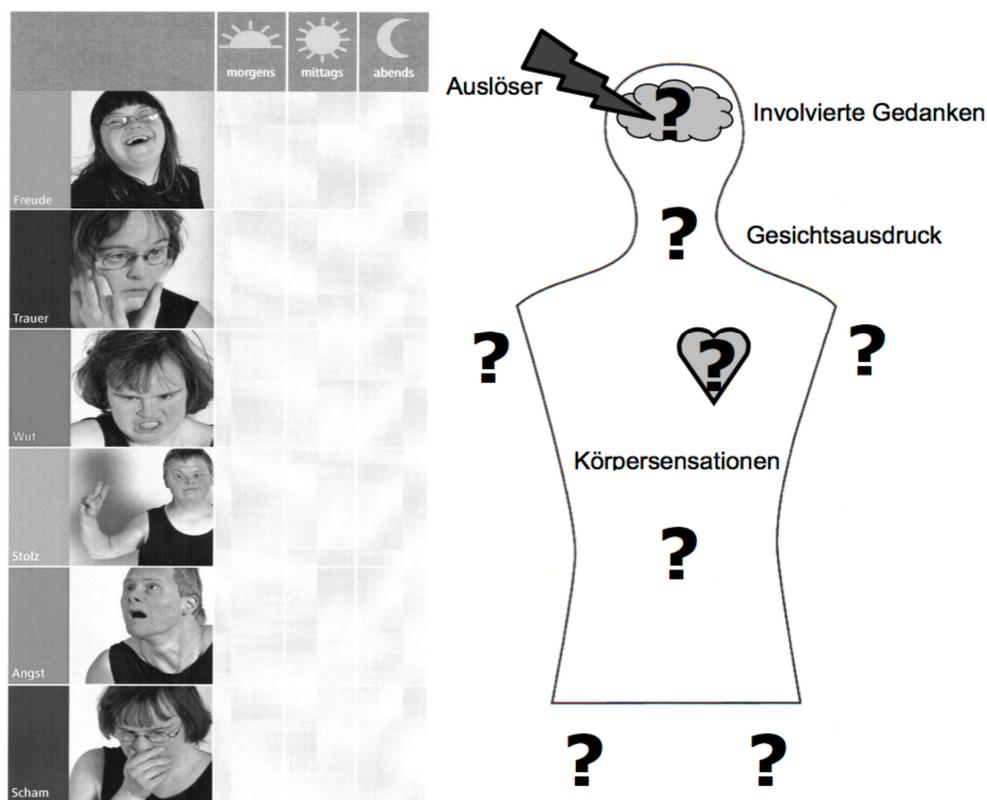


Abbildung 3: Gefühlsprotokoll (links) und Torso mit Fragestellungen (rechts)

Soziale Fertigkeiten (Zwischenmenschliche Beziehungen)

Der Schwerpunkt des Moduls sozialer Fertigkeiten liegt auf der Erarbeitung wirkungsvoller Strategien zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen unter Wahrung der Selbstachtung und des persönlichen Freiraums. Dabei werden sowohl Aspekte einer zufriedenstellenden Durchsetzung eigener Wünsche als auch des Beziehungsaufbaus und des Beziehungserhalts berücksichtigt und gegeneinander abgewogen.

Methodisch hat sich in der Vermittlung sozialer Fertigkeiten der Einsatz von Rollenspielen bewährt. Diese ermöglichen es den Klienten mit geistiger Behinderung nicht nur, die Fertigkeiten zunächst möglichst praktisch und angstfrei zu trainieren, sondern auch, die Auswirkung sozialen Verhaltens unmittelbar zu erproben und zu erleben. Darüber hinaus können Figurenspiele zur Anwendung kommen. Im weiteren Verlauf werden die Klienten im Rahmen des Transfers in den Alltag angehalten, die erlernten Fertigkeiten zunächst in für die Klienten wenig belastenden Alltagssituationen weiter zu trainieren, bevor sie dann auch in problematischeren Situationen angewendet werden sollen. In diesem Prozess begleitet der Therapeut die Klienten und leistet gegebenenfalls Hilfestellung. Allerdings beschränkt er sich hierbei auf das Notwendigste, um den Lernprozess und die Selbstständigkeit der Klienten nicht unnötig zu behindern.

Einzelgespräch (Kontingenzmanagement)

Oberstes Ziel der Einzelgespräche ist auch im DBToP-gB, die Klienten in der Verpflichtung zur therapeutischen Allianz zu halten. Dazu werden die in der schriftlichen Therapievereinbarung fixierten Therapieziele den bereits erreichten Fortschritten gegenübergestellt. Die Klienten werden für ihre Fortschritte gelobt und darin bestärkt, weitere Fortschritte erzielen zu können.

Eine funktionale Analyse problematischer Verhaltensweisen kann bei Klienten mit geistiger Behinderung aufgrund der in der Regel vorhandenen Gedächtnisdefizite nicht erst im Rahmen der einmal wöchentlich stattfindenden Einzelsitzungen erfolgen. Diese muss stattdessen – nach hinreichender Beruhigung und damit wieder möglichem kognitivem Zugang – zeitnah erfolgen. Dabei wird auf das aus der kognitiven Verhaltenstherapie bekannte ABC-Schema (*antecedent – behavior – consequence*) zurückgegriffen. Klienten mit geistiger Behinderung bedürfen bei der funktionalen Verhaltensanalyse anhand des ABC-Schemas häufig der Unterstützung ihres Betreuersystems. Es hat sich bewährt, sich dabei auf die notwendigsten Fragestellungen zu beschränken.

In den Einzelsitzungen konzentriert man sich im Folgenden anhand der zeitnah erfolgten Verhaltensanalysen auf die funktionalen Aspekte. Die

dysfunktionalen Verhaltensweisen werden so wenig wie möglich thematisiert, um ihnen keine negative Aufmerksamkeit zu schenken und sie damit zu verstärken. Bereits erlernte funktionale Alternativen werden aufgezeigt. Sollten diese noch nicht zur Verfügung stehen, so wird den Klienten in Aussicht gestellt, sie gemeinsam in folgenden Gruppen- oder Einzelsitzungen zu erarbeiten.

Ein weiterer wichtiger Inhalt der Einzelgespräche ist ein individuell zugeschnittenes *Kontingenzmanagement*. Dabei bedürfen Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer oft gering ausgeprägten Antizipationsfähigkeiten nicht nur einer zeitnahen Verstärkung funktionalen Verhaltens, sondern sind aufgrund ihrer eingeschränkten Handlungsplanung auch eher auf ein strukturierteres Vorgehen angewiesen. Sie profitieren daher häufig vom Einsatz eines Münzsystems zur unmittelbaren Verstärkung im Rahmen eines konkreten Verstärkerplans (*Tokenplan*). Dies gilt auch für die Erstellung eines möglichst konkreten Handlungsplans (*Krisenplan*) für den Fall von Krisen.

Zusammenfassung

Das Fertigkeitentraining DBToP-gB ist aus den etablierten therapeutischen Methoden der DBT nach LINEHAN abgeleitet und für die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung adaptiert worden. Seit seiner Publikation im Jahr 2012 hat es sich in der Behandlung von selbst- und fremdaggressiven Impulskontrollstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung klinisch vielfach bewährt. Von besonderem Vorteil ist neben einer manualisierten und damit vereinfachten Anwendung die *multiprofessionelle Ausrichtung*. Während bereits die DBT nach LINEHAN als multiprofessionelle Teamleistung ausgelegt ist, gewinnt dieser Ansatz im DBToP-gB zusätzlich an Bedeutung. Aufgrund der erlebnis- und praxisorientierten Ausrichtung des DBToP-gB ist die Mitarbeit von Musik-, Kunst- und Ergotherapeuten gerade im Modul Achtsamkeit sehr hilfreich. Im Modul des Skilltrainings ist aufgrund der notwendigen Alltagsnähe und hohen Frequenz die Mitarbeit der unmittelbar betreuenden Heilerziehungspfleger und/oder examinierten Pflegekräfte unverzichtbar. In der Gefühlsgruppe sowie der Psychoedukation des sozialen Umfelds hat sich die Mitarbeit von Heilpädagogen ebenso bewährt wie in der Arbeit an einer verbesserten Selbstwahrnehmung. Die Durchführung der Einzelsitzungen sowie die Supervision der Gruppenmodule bedürfen in der Regel jedoch auch im DBToP-gB einer psychotherapeutischen Grundausbildung. Abschließend angemerkt, dass das Fertigkeitentraining nach dem DBToP-gB nur bei Menschen mit leichter bis mittelgradiger geistiger Behinderung, die mindestens ein sozio-emotionales Entwicklungsniveau der Ebene SEO-3 (DOŠEN, 2010) erreichen, angewendet werden sollte.

Literatur

- BARRETT, B. F., FEUERHERD, C., GAUL, I., KAISER, H. (2012) *An der Dialektisch-behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung (DBTop-gB)*. In: ELSTNER, S., SCHADE, C., DIEFENBACHER, A. (Hrsg.) *DBToP-gB – Manual für die Gruppenarbeit*. Bethel Verlag, Bielefeld, S.12 ff.
- BINKS, C. A., FENTON, M., MCCARTHY, L. et al. (2006). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. Cochrane database of systematic reviews, CD005652
- DOŠEN, A. (2010) *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe: K. HENNICKE und M. SEIDEL. Hogrefe, Göttingen
- LIBERMAN, R. P. KING, L.W., DE RISI, W.J., MCCANN, M. (1975). *Personal Effectiveness: Teaching People to Assert Their Feelings and Improve Their Social Skills*. Research Press, Champaign, Illinois
- LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., et al. (1991). *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- LINEHAN, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York, NY
- LINEHAN, M. M., HEARD, H. L. (1993). *Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients*. *Archives of General Psychiatry* 50: 157-158
- LINEHAN, M. M., HEARD, H. L., ARMSTRONG, H.E. (1993). *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of General Psychiatry* 50; 971-974
- LINEHAN, M. M., TUTEK, D. A., HEARD, H. L., ARMSTRONG, H. E. (1994). *Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients*. *American Journal of Psychiatry* 151, 1771-1776
- LINEHAN, M. M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L. A. et al. (1999). *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence*. *American Journal on Addiction* 8, 279-292
- LINEHAN, M. M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A. M. et al. (2006). *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder*. *Archives of General Psychiatry* 63, 757–66
- ÖST, L. G. (2008). *Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis*. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321
- VERHEUL, R., VAN DEN BOSCH, L. M., KOETER, M. W., et al. (2003). *Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands*. *British Journal of Psychiatry* 182, 135-40

Haltung als Grundlage pädagogischer Interventionen bei Menschen mit herausforderndem Verhalten

Heiner Bartelt

Vorbemerkung

Zurzeit darf ich in einer großen Einrichtung - gemeinsam mit dem Betreuungsteam – ein neues Konzept zur Intensivbetreuung erarbeiten. Das Team beteiligt sich mit großem Engagement an der Konzeptarbeit. Bei der Erarbeitung einer Gliederung für das neue Konzept bringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter viele wertvolle Themen, Anliegen und Überlegungen ein. Aber es fällt auf, dass es keinerlei Aussagen zu Teilhabe, Partizipation oder Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner gibt. Darauf hingewiesen, reagieren die Teammitglieder eher überrascht bis irritiert. Die nachfolgenden Überlegungen zum Thema „Haltung“ sind Ergebnis meiner langjährigen Tätigkeit gerade mit dem Personenkreis der Menschen mit herausforderndem Verhalten. Ich weigere mich, meine Überzeugungen zur Bedeutung von Haltung, die ich in all den Jahren im „Alltag der Behindertenhilfe“ gewonnen habe, aufzugeben.

Da Haltung erst im Umgang mit meinem Gegenüber wirksam wird, bleibt die Frage, ob es mir gelingt, meine persönlichen Überzeugungen aus den Begegnungen mit Menschen mit Verhaltensstörungen und – ganz wichtig – ebenso aus der Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich dieser Begleitungsaufgabe stellen, in diesem Beitrag zu beschreiben. Das um so mehr, als wir es bei der so selbstverständlich geforderten „Haltung“ mit einem Phänomen zu tun haben, das wissenschaftlich gar nicht exakt greifbar oder gar definiert ist. Haltung ist laut Duden das *„Verhalten, Denken, Urteil oder die Meinung“ eines Menschen oder nach Wikipedia „eine bestimmte Einstellung gegenüber einer Person oder Sache“*. Erstaunlicherweise sind diese Fragen sowohl theoretisch wie empirisch-wissenschaftlich noch weitgehend unbeantwortet. Weder ist geklärt, was unter Haltung überhaupt zu verstehen ist, noch wie man sie erwirbt, wie und ob sie veränderbar ist und – nicht zuletzt – ob sie lehrbar ist (vgl. SCHWER/SOLZBACHER (2014).

Ethik und Alltagshandeln

In ihrem Buch „Feindbilder – Psychologie der Dämonisierung“ beschreiben OMER et al. (2014) sehr anschaulich die ungemein schwierige Herausforderung, die die Praxis an unsere ethischen Überzeugungen und Haltungen stellt und die

uns immer wieder verführt, eine dämonische Sichtweise an die Stelle der tragischen Wahrnehmung einer Situation zu setzen. „Tragisch“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine Situation weit komplexer als gewünscht ist und die Erkenntnis, dass somit eine grundsätzliche vollkommene Auflösung nicht möglich ist. Ich bin davon überzeugt, dass gerade die „tragische Sichtweise“, einige Dinge im Leben der von uns begleiteten Menschen und damit auch unsere Möglichkeiten der Unterstützung als nur wenig veränderbar zu akzeptieren, sehr förderlich und hilfreich sein könnte, weit mehr jedenfalls als eine „Dämonisierung“ der Lebenssituation, der Betreuungsbedingungen oder gar der Person des Betroffenen. Dabei ist dieses Dilemma keineswegs eine Besonderheit der Begleitung von verhaltensschwierigen Menschen in der Behindertenhilfe. Der Konflikt zwischen „dämonischer“ und „tragischer“ Haltung durchzieht unser gesamtes individuelles Leben ebenso wie viele gesellschaftliche Wahrnehmungen.

„Haltung und Menschenbild“ sind in unserer Gesellschaft nach wie vor wesentlich geprägt von der jüdisch-christlichen Ethik, während das praktische Handeln häufig utilitaristischen Prinzipien folgt und allgemeine Anerkennung findet. Wenn dann die Prinzipien der Nützlichkeit mit den Werten unserer Ethik kollidieren, reagiert die Gesellschaft irritiert oder überrascht. Mir scheint hier eine Parallele zur aktuellen Diskussion von Inklusion zu bestehen.

Während überall die Teilhabe, die Inklusion und die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung, sowohl in den Bereichen Wohnen als auch Arbeit gefordert werden, wächst zeitgleich die Zahl der Intensivgruppen und Spezialangebote, sei es für Menschen mit dem Prader-Willi-Syndrom oder für Menschen mit Autismusspektrumsstörungen. Diese besonderen Wohn- oder Arbeitsangebote gehen häufig mit Exklusion, mangelnder Teilhabe und sehr geringen Anteilen an Selbstbestimmung einher.

Der offensichtliche Widerspruch zwischen propagiertem Anspruch „Nichts ohne mich über mich“ oder „Expertin oder Experte in eigener Sache“ und der Praxisrealität der Begleitung von Menschen mit Behinderung und Verhaltensstörungen wird kaum kritisch hinterfragt. Er scheint in der Forschung offenbar nicht zur Kenntnis genommen zu werden.

„Haltgebende Wirksamkeit und (Heil-)pädagogische Ohnmacht

Gerade in der Betreuung von Menschen mit Verhaltensschwierigkeiten weicht die „pädagogische Präsenz“, häufig einer „pädagogischen Ohnmacht“. In der Begleitung von Menschen mit schwierigen Verhaltensweisen scheint der Glaube an die Wirksamkeit des eigenen (heil-)pädagogischen Handelns nur gering entwickelt zu sein, während externe Erklärungsmodelle und in ihrer

Folge die Hoffnung auf Lösungen durch Dritte, etwa psychopharmakologische oder psychiatrische oder psychologische Therapien steigt. Damit gerät die Balance zwischen alltäglicher Lebensbegleitung und -gestaltung und unterstützenden therapeutischen Angeboten in ein gefährliches Ungleichgewicht. Wenn ich nicht davon überzeugt bin, durch mein Begleitungsangebot auf den Anderen hin wirksam sein zu können, werde ich als (pädagogisch) handelndes Subjekt unbedeutend, ja letztlich überflüssig. Wenn mein Handeln auf mein Gegenüber hin keine wahrnehmbare Wirksamkeit hat, dann wird auch beliebig, wer dieses Beziehungsangebot macht und wann und wie durchgängig es stattfindet.

Haltung als tiefe Überzeugung von der Wirksamkeit meines Handelns stellt die Grundlage jeder pädagogischen Intervention dar. Die besondere Anforderung stellt dabei das offensichtliche Spannungsfeld zwischen dieser so selbstverständlichen und selbsterklärenden Erkenntnis und der Umsetzung in der Betreuungspraxis dar. Es ist doch erstaunlich, dass wir die Bedeutung von Sicherheit gebenden Strukturen selbstredend anerkennen, uns aber in der Gestaltung des Lebensalltags immer wieder schwer tun, den betroffenen Menschen entsprechende Settings anzubieten.

Wenn Haltung mehr als eine Leerformel in der gedruckten Aussage im Leitbild einer Institution sein soll, sondern im Alltag pädagogischer Interventionen wirksam werden soll, dann scheint es mir wichtig, sich mit den genannten Fragestellungen auseinander zu setzen. Das bedeutet nach Antworten zu suchen, die Energien und Wachstum nicht allein bei dem begleiteten Menschen, sondern ebenso bei mir selbst als Begleiter dauerhaft mobilisieren.

Akzeptanz aktueller Widersprüche

Dies setzt zunächst voraus, sich der Widersprüche zwischen gesellschaftlicher Forderung nach Inklusion und der Begleitungsrealität von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten bewusst zu werden. Die Umsetzung der Forderung nach Teilhabe und Selbstbestimmung scheint bei Menschen mit Verhaltensschwierigkeiten an ihre Grenzen zu stoßen und eine neue Gruppe von Betroffenen zu schaffen, die an der aktuellen Entwicklung nicht oder nur sehr begrenzt teilhaben können. Um nur einige Fragen zu nennen:

- Wie waren die betroffenen Menschen an der Bildung von Intensivgruppen beteiligt?
- Wie waren sie in die Entscheidung eingebunden, das jeweilige Betreuungsangebot zu nutzen?
- In welcher Form werden sie bei der Gestaltung ihrer Teilhabeplanung und ihres Betreuungsalltages beteiligt?
- Welchen eigenen Anteil an Zukunftsplanung haben?

- Und so weiter, und so weiter...

Diese Fragen führen uns vor Augen, dass wir „Expertinnen und Experten in eigener Sache“, „Selbstbestimmung“ oder „Teilhabe“ im pädagogischen Alltag in Bezug auf Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf neu definieren müssen, wenn wir den gegenteiligen Effekt einer noch stärkeren Ausgrenzung vermeiden wollen.

Und bei uns selbst? Welche Abwehrgefühle rufen solche Fragen in uns hervor – im Sinne von „Das kann er/sie doch gar nicht selbst entscheiden“ oder „Wichtig ist doch erst einmal, wie man andere vor ihr oder ihm schützt“? Wenn wir diese unbeantworteten Fragen zulassen, haben wir eine gute Basis für eine „haltgebende“ Einstellung. Lassen Sie mich diese Überlegungen in fünf kurze Hinweise fassen:

1. Drei Grundannahmen
2. Vier Fragen zur Wahrnehmungserweiterung
3. „Aushalten“ als aktive pädagogische Haltung
4. Auf dem Weg - zur Psychohygiene der Begleitenden
5. Wenn alles nichts hilft

Drei Grundannahmen

Ich lege meinen Überlegungen zwei Annahmen über den Menschen zu Grunde: Jeder Mensch ist – ausnahmslos – auf Beziehung hin angelegt. Die Aussage von Martin BUBER „Der Mensch wird am Du zum Ich“ hat universelle Gültigkeit. Das schließt ein, dass es Menschen gibt, für die Gruppen (in welcher Größe auch immer) eine kaum zu bewältigende Herausforderung darstellen. Aber auch dann ist die Angewiesenheit auf ein „Du“ zutiefst „not“-wendig.

Und jeder Mensch ist – ebenso ausnahmslos – entwicklungsfähig. Das Tempo seiner Entwicklung ist dabei originär selbstbestimmt und somit individuell sehr unterschiedlich. Dies fordert von uns eine neue Definition von Entwicklung im Sinne des laufenden Erwerbs von Erfahrungen und weniger eines „Hinzu-Lernens“ von Fähigkeiten oder Fertigkeiten. Dies gibt uns zudem einen hilfreichen Hinweis auf die erforderlichen Angebote der Begleitung, die sich dementsprechend eher an der Ermöglichung von Erfahrungen als an der Vermittlung von Fähigkeiten orientieren sollten.

Vier Fragen zur Wahrnehmungserweiterung

Es hilft uns in der Begleitung in der Praxis, darauf zu achten, dass uns nicht widerfährt, was wir bei sehr vielen Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensschwierigkeiten diagnostizieren: Eine Störung unserer Wahrnehmung, die dazu führt, dass eine Konfliktlösung mittels einer Reizreduktion durch Rückgriff auf das (herausfordernde) Stereotyp

herbeigeführt wird. Bei aller Fachlichkeit laufen wir stets Gefahr, unsere Wahrnehmung auf das störende Verhalten zu fokussieren, indem wir die gesamte Persönlichkeit unseres Gegenübers auf die stereotypen Problemverhaltensweisen zu reduzieren.

Die Frage, was wir „dagegen“ tun können, führt rasch dazu, im „Handeln“, genauer „Reagieren“ zu verharren, anstatt eine unsere Wahrnehmung erweiternde Lösung über das „Verstehen“ zu finden. Uns allen gut bekannte Aussagen aus der Praxis nach dem Muster „Wir haben wir schon alles versucht.“ belegen diese Fixiertheit auf das Handeln.

Wenn wir die Frage nach dem Unterstützungsbedarf („Was kann er/sie nicht?“) und die Frage nach den Ressourcen (Was kann er/sie?) durch die Frage nach den Bedürfnissen („Was möchte er/sie?“) und vor allem durch die Frage nach der Sinnstiftung („Was braucht er/sie?“) zu ergänzen, erweitern wir eine unsere Wahrnehmung. Dies wirkt unserer „Verwicklung“ entgegen und ermöglicht stattdessen „Entwicklung“.

„Aushalten“ als aktive pädagogische Haltung

Damit komme ich zu einem der Schlüsselpunkte bei der Begleitung, die hier manchmal einer Gratwanderung und einem Marathonlauf in einem gleicht.

Jede der beiden Bewegungen ist eine Herausforderung, die – immer wieder aufs Neue – eine Überprüfung der eigenen Haltung notwendig macht. Es geht in der Begleitung von Menschen mit Verhaltensschwierigkeiten immer auch um die Bewahrung des Respekts vor der Persönlichkeit des anderen und die Ermöglichung von – wenn auch kleinen Momenten – der Selbstbestimmung und Teilhabe. Der bewährte Ansatz aus der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, das „Soseins“ zu akzeptieren und gleichzeitig immer wieder neue Wege anzubieten, gilt in gleicher Weise für die Begleitung von Menschen mit Verhaltensstörungen. Für die Umsetzung dieser Haltung im Alltag über eine lange Zeit – und manchmal täglich neu – ist die Fähigkeit zur Gelassenheit eine äußerst hilfreiche Kompetenz. Die förderliche Eigenschaft Gelassenheit läuft aber stets Gefahr, sich zur anderen Gratseite in Gleichgültigkeit zu verwandeln, die in ihrer Folge Resignation, aber auch Zynismus mit sich bringen kann. Das macht einen respektvollen Umgang mit meinem Gegenüber unmöglich. Ebenso hat auch das Aushalten zwei Ausprägungen, die grundverschiedene Wirkungen zeigen.

Viele der Menschen, die wir im Alltag unterstützen wollen oder müssen, bringen eine zu tiefste Lebensüberzeugung mit, die man mit dem Satz „Mit mir hält es niemand aus“ beschreiben kann. Diese Grunderfahrung des nicht Gelingens, des nicht Genügens, des Verlassen-Werdens oder des nicht liebenswert sein fordert jedes neue Beziehungsangebot heraus. Oftmals

entsteht, verbunden mit dem Erleben der erwähnten „pädagogischen Wirkungslosigkeit“, ein Gefühl, diesem Menschen und seinen Verhaltensweisen ausgesetzt zu sein, diese „irgendwie“ ertragen oder eben „aushalten“ zu müssen. Diese Haltung führt zu einem vor allem reaktiven Handeln.

Die wiederholte Erfahrung, stets hinter der situativen Befindlichkeit und den Bedürfnissen des verhaltenschwierigen Menschen herzulaufen, verbunden mit der zunehmenden Erkenntnis, bei all diesem „Hinterherlaufen“ wenig Entwicklung gefördert zu haben, sich stattdessen eher im Kreis gedreht zu haben, kann zu einem Gefühl durchgängiger Erschöpfung führen. Dieses Gefühl kann so stark werden, dass nur die Trennung von dem begleiteten Menschen als Ausweg übrig zu bleiben scheint. So wiederholt sich die Biographie des Menschen mit Verhaltenschwierigkeiten ein um das andere Mal.

Dies ist m. E. auch oft der Grund, warum Betreuungsteams ihre Energien regelrecht „antizyklisch“ einsetzen. In der Krise eines begleiteten Menschen werden ungeheure Energien und Kräfte mobilisiert, die mit der Beendigung der Krise völlig abfallen und dem Warten auf die nächste Krise weichen.

Dagegen möchte ich zu einer Haltung ermutigen, die einen aktiven Umgang mit dem Begriff des „Aushaltens“ – sozusagen auf der anderen Gratseite – ermöglicht, die sich entwickelt vom reaktiven „Ich halte Dich aus“ zum handelnden „Ich halte es *bei* Dir aus“. „Ich stehe als Mensch an Deiner Seite, weil jeder Mensch einen Menschen an seiner Seite braucht. Ich halte es *bei* Dir mit Deinen Krisen aus“. Diese Position ist nicht an die Erfüllung bestimmter Erwartungen geknüpft, sie beinhaltet aber jenseits jeder Beliebigkeit auch das Angebot zur Auseinandersetzung und zum Konflikt im Sinne von „Du kannst mich nicht nicht beachten“. Das schützt gleichzeitig vor der Entstehung von Zynismus oder Respektlosigkeit.

Diese Haltung unterstützt das täglich neue – und manchmal täglich auch herausfordernde – Bemühen, dem Anderen partnerschaftlich auf „Augenhöhe“ zu begegnen – und macht es vielleicht auch erst möglich.

Auf dem Weg – zur Psychohygiene der Begleitenden

Und damit bin ich beim zweiten Teil der Metapher, beim „Marathonlauf“ für den Begleitenden. Um es gleich deutlich vorweg zu sagen: Die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten ist nicht für jeden Mitarbeitenden das richtige Aufgabenfeld. Man braucht eine sehr gute Beziehungskondition und die Fähigkeit, den vor sich liegenden Weg gedanklich stets präsent zu haben. Und man wird die Strecke gut einteilen müssen, um manche vor allem mental schwere Teilabschnitte bewältigen zu können.

Ich bin davon überzeugt, dass die Begleitung von Menschen mit Verhaltensstörungen ein solch langer Lauf ist. In ihrer Lebensgeschichte haben

die betroffenen Menschen viele gute Sportlerinnen und Sportler erlebt. Viele Kurzstreckenläufer waren dabei, manche Mittelstreckler, aber nur selten ist jemand nicht nach einiger Zeit ausgestiegen. Dabei verstehe ich das Bild des Marathonlaufes nicht als eine allein durch die zeitliche Dauer beschriebene Anforderung. Eine lange Dauer allein ist noch kein Wert an sich, so wie auch aus „1000 Jahren Erfahrung“ noch nicht unbedingt der oder die kompetenteste Mitarbeitende erwächst. Ich verstehe das Bild des Marathonlaufes eher als einen Ausdruck der Qualität der Beziehung, die von Zeitdauer zwar nicht unabhängig, aber nicht allein davon geprägt ist. Ein Monat oder ein Jahr einer Begleitung kann daher Kurz-, Mittel- oder Langstrecke sein, je nach der Art der Beziehungsgestaltung.

Ich wage zu bezweifeln, dass ich selbst ein solcher guter Langstreckenläufer wäre. Ich habe stets eher an der Strecke gestanden und mir Gedanken zum Rennen gemacht und sicher auch Wasser und Motivation angeboten. Öfter habe ich auch über kürzere Streckenabschnitte versucht, beide Laufenden mitzuziehen.

Die Rahmenbedingungen des Laufes sind nicht unwichtig, den Lauf aber muss jeder Einzelne bestreiten. Ebenso setzt Haltung auch Rahmenbedingungen voraus, die in einer „Kultur der (Be-)Achtung“ – wie wir es in Bochum nennen – gerade nach erlebten Übergriffen durch die begleiteten Menschen verlässlich und sicher greifen müssen. Für eine solche Nachsorge müssen die leitenden Mitarbeitenden der Einrichtung Verantwortung tragen. Dazu gehört auch die Nutzung der Wasserstationen auf dem Weg, um innezuhalten – und durchzuatmen. Dies kann zum Beispiel ein Wechsel der Einzelbegleitung im zweistündigen Rhythmus sein, wie wir es aktuell bei einem außerordentlich fordernden Jugendlichen praktizieren. Manchmal sind für uns und auch den begleiteten Mensch sieben oder acht Stunden ständiger Nähe kaum auszuhalten. Das kann ebenso hilfreich sein, wie eine geplante Auszeit über einen längeren Zeitraum. Dazu gehört aber auch die Möglichkeit regelmäßiger Reflexion über meine eigenen Gefühle und Energien und nicht allein über den „Stand der Begleitung“. Wir benötigen auch für uns selbst Zeit, gerade bei der Langstrecke.

Wenn alles nichts hilft...

„Wenn alles nichts hilft.....“ ist ein Szenario, das dazu gehört und das Teil unseres Betreuungsalltags bleibt. Alle unterschiedlichen Betreuungsansätze, die Beachtung aller bekannten therapeutisch-pädagogischen Therapiekonzepte und ebenso die Verinnerlichung meiner vorgestellten Aspekte einer Haltung in der Begleitung von Menschen mit herausforderndem Verhalten werden nicht dazu führen, dass alle schwierige Verhaltensweisen verschwinden und der Vergangenheit angehören. Es wird uns auch künftig nicht immer gelingen, den

begleiteten Menschen voll und ganz zu verstehen und mit ihm so zu kommunizieren, dass sich eine Ebene der Verständigung ergibt. *„Du bist zeitlebens für das verantwortlich, was du dir vertraut gemacht hast“*. Dieser Satz des kleinen Prinzen von SAINT-EXUPERY (2012) gilt nur, soweit mein Vertrautmachen Erwartungen oder Hoffnungen neu geweckt hat. Es gilt nicht für die Vorgeschichte und ihre möglichen Traumata, es gilt nicht für einen möglicherweise hierdurch entstandenen Bedarf an Halt, den ich nicht geben kann und will. Das grundsätzliche Wissen und die Akzeptanz der Möglichkeit von Nichtgelingen und Vergeblichkeit ist ein wesentlicher Teil einer wohlwollenden, respektvollen Haltung, die es möglich macht, auch Grenzen der Begleitung anzusprechen. Verantwortung zu übernehmen bedeutet in diesem Sinne auch den verantwortlichen Umgang mit eigenen Grenzen und – statt des Abbruchs der Begleitung – die Suche nach anderen, möglichen Lösungen.

Ausblick

Der Versuch, „Haltung“ als Grundlage pädagogischer Interventionen bei Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen an den oben beschriebenen Überlegungen auszurichten, hat mir und beteiligten Menschen oft geholfen, den gemeinsamen Weg ein wenig weniger anstrengend zurück zu legen. Sie waren oft hilfreich beim Versuch der Verständigung.

Lassen Sie mich zum Schluss noch einmal zum Anfang meines Beitrages zurückkehren. Der Begriff der „Haltung“ ist auch von mir weder theoretisch noch empirisch beschrieben worden. Ich hoffe jedoch, dass es mir gelungen ist aufzuzeigen, dass Haltung als individueller, sinnstiftender Antrieb unseres pädagogischen Handelns existiert, dass sie mich buchstäblich antreibt und ein sehr starker innerer Motor sein kann. So gelingt es, ein wenig am Leben des anderen teilzuhaben. Haltung ist Teilhabe und Inklusion ist Haltung. Wir müssen uns fragen: Ist unser Handeln auf Selbstbestimmung, Teilhabe und Partizipation aller Menschen mit Behinderung ausgerichtet? Oder tragen wir dazu bei, einem Teil der Betroffenen diese Rechte vorzuenthalten, indem wir sie zu nicht-Inklusionsfähigen Personen erklären oder für sie „Rest“-Einrichtungen schaffen oder zulassen, dass sie im Bereich von Wohnen, Bildung und Arbeit von der Teilhabe ausgenommen werden, ebenso wie von der Mitwirkung in Beteiligungsgremien wie Bewohner- oder Werkstatträten. In gleicher Weise gilt dies nach innen für die Art der Begegnung im Alltag, die Beteiligung an der Tagesstruktur und eigenen Teilhabeplanung.

Veranstaltungen wie die heutige können uns Lösungen, Anregungen, Ideen und Energien vermitteln. Sie lösen aber keine unserer Beziehungs-herausforderungen im Alltag. Der reflektierte Umgang mit unserer Haltung kann uns helfen, uns unserer Möglichkeiten und Grenzen im Betreuungsalltag

bewusst zu werden und uns jeden Kilometer des Weges neu zu motivieren. Ich wünsche allen Beteiligten dabei einen langen Atem und eine gute Kondition.

Literatur

BUBER, M. (1995) *Ich und Du*. Reclam, Stuttgart

DE SAINT-EXUPERY, A. (2012) *Der kleine Prinz*. 68. Aufl. Rauch, Düsseldorf

KORRITKO, A., PLEYER, K.-H. (2014) *Traumatischer Stress in der Familie: Systemtherapeutische Lösungswege*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

OMER, H., ALON; N., VON SCHLIPPE, A: (2014) *Feindbilder – Psychologie der Dämonisierung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

SCHWER, C., SOLZBACHER, C. (Hrsg.) (2014) *Professionelle pädagogische Haltung: Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff*. Klinkhardt, Bad Heilbrunn

Autorinnen und Autoren

Heiner Bartelt

Droste Gärten 13, 48308 Senden
E-Mail: heiner-bartelt@t-online.de

Brian Fergus Barrett

Dr.med.
St. Lukas-Klinik
Siggenweilerstraße 11, 88074 Meckenbeuren
E-Mail: brian.barrett@st.lukas-klinik.de

Thomas Feilbach

Bethel.regional, Fachdienst Autismus
Herbergsweg 10, 33617 Bielefeld
E-Mail: thomas.feilbach@bethel.de

Pia Bienstein

Prof. Dr. phil.
TU Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Emil-Figge-Strasse 50
44221 Dortmund
E-Mail: pia.bienstein@tu-dortmund.de

Tanja Sappok

PD Dr. med.
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
E-Mail: T.Sappok@keh-berlin.de

Michael Seidel

Prof. Dr.med.
c/o DGSGB-Geschäftsstelle, Erlenstraße 15, 32105 Bad Salzuflen
E-Mail: seidelm2@t-online.de

Michael Wunder

Dipl.-Psych Dr.phil.
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Beratungszentrum Alsterdorf
Paul-Stritter-Weg 7, 22297 Hamburg
E-Mail: m.wunder@alsterdorf.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen an die Redaktion erbeten.

Die Druckauflage ist eng begrenzt auf die Mitglieder der DGSGB. Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)

Geschäftsstelle
Frau Steffi Kirch
Erlenweg 15, 32105 Bad Salzuflen
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
12203 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- *der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten*
- *der Standards ihrer psychosozialen Versorgung*
- *der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung*
- *des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.*

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

*Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Dipl. Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)
Juniorprof. Dr. Pia Bienstein, Köln
Dr. Knut Hoffmann, Bochum
Priv.Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin*

Postanschrift

*Geschäftsstelle der DGSGB
Frau Steffi Kirch
Erlenweg 15, 32105 Bad Salzuflen
Tel.: +49 52229830590
dgs.gb.geschaeftsstelle@t-online.de*

