Foto: Alex Feichter

Martin Jochheim, geb. 1958, Konsulent, Psychologischer Berater, (Lehr-)Supervisor, Ausbilder der Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung, Organisationsberater, Dr. theol.

Marianne Martin, geb. 1958, Konsulentin, Dipl. Sozialarbeiterin, Supervisorin, Fortbildnerin, Enneagrammlehrerin

Herausforderungen begegnen

Hessischer Konsulentendienst

Der Hessische Konsulentendienst verbindet in seiner Beratungstätigkeit den Personzentrierten Ansatz nach Carl Rogers mit handlungspraktischen Konsequenzen aus der Inklusionsdebatte. Zum ersten Mal wird in einem methodisch reflektierten Modell die Inklusive Perspektive auf den Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten zu einem bedeutsamen Focus der Beratungstätigkeit gemacht. Wie um die beiden Brennpunkte einer Ellipse kreist die Aufmerksamkeit in der Konsultation um das Erleben der anwesenden Mitarbeiter_innen und um den Menschen mit Behinderung, der nicht mit am Tisch sitzt, aber immer gegenwärtig ist. Empathie für die Mitarbeiter_innen im Team und die Fähigkeit, den Menschen mit Behinderung in inklusiver Perspektive wahrzunehmen, verbindet sich mit fachlicher Kompetenz, Menschenfreundlichkeit und einer wirklichen Beziehung zu allen beteiligten Personen.

ISBN 978-3-00-045175-1

Konsulentendienst

Martin Jochheim · Marianne Martin

Martin Jochheim

Mitarbeit: Marianne Martin

Konsulentendienst

Personzentrierte Beratung mit inklusiver Perspektive bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung

Theorie und Praxis des Hessischen Konsulentendienstes

Martin Jochheim

Mitarbeit: Marianne Martin

Konsulentendienst

Selbstverlag

Dr. Martin Jochheim
Rooseveltstr. 10
35394 Gießen
dr.martin.jochheim@web.de

Originalausgabe. Herausgegeben von Martin Jochheim.

Copyright Martin Jochheim.

Alle Rechte vorbehalten.

Umschlaggestaltung: www.b-habermann.de / www.konflux.de

Druck und Gesamtherstellung: bod

Nachdruck der 3. Auflage 2018

ISBN 978-3-00-045175-1

Martin Jochheim

Mitarbeit: Marianne Martin

Konsulentendienst

Personzentrierte Beratung
mit Inklusiver Perspektive
bei herausforderndem Verhalten
von Menschen mit Behinderung

Theorie und Praxis
des
Hessischen Konsulentendienstes

Der Autor

Martin Jochheim, geb. 1958, Psychologischer Berater,
Supervisor, Ausbilder für Personzentrierte Beratung, Dr. theol.

Vormals Repetent für Psychologische Beratung am Ev. Stift Tübingen, Hochschulassistent, Gemeindepfarrer, Leiter der TelefonSeelsorge in Ravensburg.

Heute: Eigene Praxis als Berater, Supervisor, Coach und Konsulent. Herausgeber und Autor mehrerer Bücher, Zeitschriften- und Lexikonartikel zu Themen der Beratung und Pastoralpsychologie.

www.bso-hessen.com
www.konsulenten-hessen.de

Die Co-Autorin

Marianne Martin, geb. 1958, Konsulentin, Dipl. Sozialarbeiterin, Supervisorin, Fortbildnerin, Enneagrammlehrerin

Seit über 30 Jahren in der Behindertenhilfe tätig, zunächst im stationären, später im ambulanten Wohnbereich mit Leitungsverantwortung. Danach Wechsel in die Beratungsstelle des Landesverbandes der Lebenshilfe Hessen e.V. Hessische Vertreterin des Ausschuss Wohnen der Bundesvereinigung der Lebenshilfe in der Zeit von 2001 bis zur Auflösung des Ausschusses im Jahr 2008. Zuletzt freiberuflich tätig als Supervisorin und Bildungsreferentin für die berufliche Qualifizierung von Fachpersonal vorwiegend in der Behindertenhilfe.

„Wenn ein Mensch zu mir kommt, weil sich seine Sorgen zu Bergen häufen, dann ist es meiner Erfahrung nach am sinnvollsten zu versuchen, ein Verhältnis zu ihm zu schaffen, in dem er sich sicher und frei bewegen kann. Ich will verstehen, wie er in seiner eigenen inneren Welt empfindet, will ihn so akzeptieren, wie er ist, eine Atmosphäre der Freiheit schaffen, in der er sich in seinem Denken, Empfinden und Sein in jede von ihm gewünschte Richtung bewegen kann."

(Carl R. Rogers)

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 1

Beratung als Begegnung. Noch ein Vorwort..... 4

Einführung: Konsulentendienst als Beratung bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung 7

Definition und Begriffsklärungen: Hessischer Konsulentendienst. 13

Grundsätze der Beratungstätigkeit im Hessischen Konsulentendienst..... 19

Die Personzentrierten Grundlagen der Beratung im Hessischen Konsulentendienst 23

- Was heißt „Personzentriert“? Zur Frage nach dem Menschenbild im Personzentrierten Ansatz 24
- Das Personzentrierte Menschenbild und das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Behinderung 26
- Beratung als Begegnung: Die Ich-Du-Beziehung (Martin Buber)..... 28
- Elemente einer Theorie der Personzentrierten Beratung .. 30

Persönlichkeit und Fachlichkeit der Konsulenten..... 36

Die Inklusive Perspektive..... 40

- Inklusion – wovon reden wir?..... 40
- Die UN-Menschenrechtskonvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung“ 2006 ... 41
- Die Inklusive Perspektive in der Konsulentenarbeit..... 42

Zur Praxis des Hessischen Konsulentendienstes 44

- Prozessphasen der Konsultation 45

Die Inklusive Perspektive: Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell 50
Das Berater_innen-Team: Beratung in der Dyade 54
Hilfswissen 58
Handlungsempfehlungen 61
Evaluation 62

Exemplarische Beratungsanlässe 65
Fremdaggressives Verhalten durch Klienten 65
Selbstschädigendes Verhalten 66
Dissoziales Verhalten 67
Suizidalität 67

Besondere Personengruppen unter den Menschen mit Behinderung 69
Autistische Menschen 69
Junge behinderte Menschen mit traumatisierender Vorgeschichte 70
Behinderte Menschen mit Epilepsie 71

Einflussnahme, Kritik und Grenzen im Beratungsprozess 73
Versuche der Einflussnahme oder Instrumentalisierung 74
Umgang mit Kritik an der Konsulententätigkeit 76
Grenzen der Beratung 77

Exemplarische Handlungsempfehlungen 79
Schmieren mit Kot bei einem jungen Mann mit autistischer Behinderung 79
Psychotischer junger Mann mit dissozialem Verhalten 85
Junge Klientin mit emotionaler Behinderung 88
Gewalttätiger Klient im ambulanten Wohnen 97
Paarkonflikte im ambulanten Wohnen 103
Mutistische Klientin in fester Elternbindung 107
Autistischer Klient, der große Sachbeschädigungen verursacht 111

Fallbeispiel: Konsultation in einer Werkstatt der Integra GmbH, Höchst im Odenwald 117

Fort- und Weiterbildungsangebote 129
Umgang mit behinderten Menschen mit herausforderndem Verhalten 129
Umgang mit Menschen mit autistischen Verhaltensweisen in der Krise 130
Die „jungen Wilden". Umgang mit jungen Menschen mit regelverletzendem Verhalten im ambulanten Setting 130
Personzentrierte Beziehungsgestaltung im Umgang mit behinderten Menschen mit herausforderndem Verhalten 131
Personzentrierte Angehörigenarbeit 132

Über die verändernde Kraft von bedingungsloser positiver Beachtung 133

Literaturverzeichnis 134
Bibliographie zur Konsulentenarbeit 134
Personzentrierter Umgang mit behinderten Menschen und die entwicklungsfreundliche Beziehung® 138
Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Behinderung 140
Weitere Literatur 141

Anhang 143
1. Anmeldebogen zur Hilfeanfrage 143
2. Evaluationsbogen 145

VORWORT

Der Philosoph Emmanuel Lévinas stellte fest, dass die moderne Gesellschaft neue Formen des Zusammenlebens lernen muss. In einer Welt, in der das Fremde zum Alltäglichen geworden ist, in der Menschen durch Information und Kommunikation globusweit vernetzt sind, wird eine neue Haltung zum Fremden gebraucht. Lévinas Lösung ist nicht Verständnis oder Integration. Er plädiert dafür, dass wir das Fremde, den Fremden akzeptieren. Dass wir lernen, die Menschen so sein zu lassen, wie sie sind, und uns darauf konzentrieren, was wir **miteinander machen** können. In der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen ist dieser Prozess gut durch den Inklusionsauftrag zu beschreiben und zeitlich zu definieren.

Integration hält Lévinas für einen Prozess der Aneignung. Das verwischt die Konturen zwischen dem Ich und dem Fremden und bedeutet zugleich Verändern-Wollen. Wenn wir jemanden zu verstehen glauben, so nehmen wir unsere Erfahrungen zum Maßstab für den Anderen. Wir fangen an, Vergleiche zu ziehen, zu werten und uns dadurch des anderen zu bemächtigen.

Wir haben in den vergangenen Jahrzehnten gelernt, Menschen mit Behinderung als gesellschaftsrelevante Bereicherung zu erkennen. Wir lernen von und mit ihnen. Die Kultur des Umgangs hat sich gewandelt, was sich letztlich auch in den Medien niederschlägt und Ausdruck in Filmen oder Kunstwerken findet. Das kann und darf aber nicht die Grenzen zu dem gesellschaftlich vereinbarten Unterstützungsauftrag verwischen.

Menschen, die uns in ihrem Handeln und Sich-Darstellen an die Grenzen der Belastbarkeit bringen, die uns fordern und provozieren, brauchen Aufmerksamkeit. Wir als Helfer brauchen Unterstützung bei der Deutung des Auftrags, den sie uns geben. Insofern ist Konsulentenarbeit in dieser Hinsicht nicht nur eine weitere pädagogisch-thera-peutische Maßnahme, sondern ein moderner Ansatz, der die

helfende Persönlichkeit mit der zu unterstützenden Person in Bezug setzt und betrachtet.

Als LAG Wohnen - Vorstand war uns früh deutlich, nachdem wir von dem niederländischen Projekt gehört hatten, dass es einen Auftrag an genau diesen Verband gibt, hier eine Instanz zu schaffen. Der Autor und Psychiatriereformer Dr. Dr. Klaus Dörner hat in der Eingliederungshilfe immer wieder eingefordert, bei denjenigen hilfeberechtigten Menschen anzufangen, die am dringendsten Hilfe benötigen.

Das tun Konsulenten! Das ist ihr Auftrag. Sie setzen da an, wo Menschen sich gegenseitig nicht (mehr) zu ertragen vermögen. Sie unterstützen Prozesse des Akzeptierens und Wahrnehmens mit methodischer Vielfalt. Aus der supervisorischen Distanz bilden sie mit allen Betroffenen ein sicheres Gerüst des Erkenntnisgewinns, ohne Gefahr zu laufen, sich zu verstricken, da dieser Ansatz prinzipiell temporär konzipiert ist.

Noch einmal zur Verdeutlichung: Es geht um die Deutung von Verhaltensweisen, die zunächst alle im Umfeld an den Rand ihrer Kapazitäten bringen. Es geht darum zu vermeiden, dass Menschen immer wieder umziehen müssen, weil sie in den vorhandenen Netzen nicht gehalten werden können, dass diese zerreißen oder sich die Menschen darin weiter verletzen. Damit verstärkt sich häufig das unerwünschte Verhalten und wird für den betroffenen Menschen zum Teufelskreis und für die damit herausgeforderte Helfergruppe zum Misserfolg.

Der Ansatz des Konsulentendienstes ist hier einmalig und erfolgreich, da er unparteilich die Systeme betrachten kann und dabei jederzeit den hilfeberechtigten Menschen im Focus behält! Der Mensch mit Angehörigen, Eltern, Freunden, Professionellen und anderen Helfern, mit Stärken und Schwächen wirkt und reagiert. Die Konsulenten helfen bei der Suche nach den Ressourcen in den Systemen. Dass sie solche finden, hat hohe Wahrscheinlichkeit, denn sie sind nicht eingewebt in die Strukturen, sie können von außen analysieren, was

funktioniert und welche Mechanismen regelmäßig Scheitern auslösen.

Die LAG Wohnen für behinderte Menschen hat mit dem Erringen dieses Dienstes eine moderne, kluge Unterstützungsart institutionalisiert. Die Hessischen Konsulenten sind zwei sich ergänzende hoch qualifizierte Persönlichkeiten. Sie haben die Chancen ihrer Unterschiedlichkeit für die Aufgabe genutzt. Mit Pioniergeist und Kenntnisreichtum haben sie einen Dienst aufgebaut, der hessenweit abgerufen werden kann. Damit wurde das Miteinander-Leben und -Wohnen in der Eingliederungshilfe nachhaltig erleichtert. Ganz im Sinne von Emmanuel Lévinas: Ohne zu vereinnahmen, immer mit Blick darauf, was wir miteinander tun und erreichen können. Also ressourcen- und nicht defizitorientiert.

Insofern ist es mir eine große Ehre, das Vorwort zur ersten Veröffentlichung aus der hessischen Konsulentenarbeit schreiben zu dürfen.

Halgard Bestelmeyer

BERATUNG ALS BEGEGNUNG. NOCH EIN VORWORT

Das vorliegende Buch möchte eine Einführung in das Thema „Beratung bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung“ geben in der spezifischen Form, die sie im Hessischen Konsulentendienst gefunden hat. Wir skizzieren die theoretischen Grundlagen des Personzentrierten Beratungsansatzes, erläutern die Inklusive Perspektive, die wir in Gestalt des 4 Schritte – 4 Folien – Modells handhabbar gemacht haben, berichten aus der Praxis des Konsulentendienstes und bieten ein reichhaltiges Literaturverzeichnis zum Thema.

Daneben gibt es aber einen Teil, der sich nur sehr schwer in Worte fassen und zu Papier bringen lässt, der aber für den Beratungsansatz, wie wir ihn vertreten, unabdingbar ist, nämlich jenen Beziehungsaspekt, der unser Miteinander als Berater_in, die Beratungssituation mit dem Team und das Kennenlernen mit dem Menschen mit Behinderung betrifft. Es schwingt nach unserem Erleben immer das Thema unseres Menschseins, unseres Personseins mit. Eine Person ist ein menschliches Lebewesen, das gleichermaßen mit sich wie auch mit anderen in Kontakt, in Beziehung ist. Dieses In-Beziehung-Sein, oder, um es mit Martin Buber zu sagen, diese Ich-Du-Beziehung, ist nach unserem Verständnis von Beratung immer bedeutungsvoll gegenwärtig. Beratung hat es damit zu tun, sich zu zeigen, gesehen zu werden und echte Begegnung zu wagen. Es geht nicht nur um eine quasi „technische“ Begegnung zum Zwecke der Beratung. Wir begegnen uns als wirkliche Menschen. Das gilt für die Beziehung zwischen uns zwei Beratern, für die Arbeit mit dem Team und für den Kontakt mit dem Menschen mit Behinderung. Es geht um ein wirkliches Sich-Einlassen aufeinander für die Zeit der Beratung.

Dieses Buch ist deshalb zum einen ein **Fachbuch über ein neues Beratungskonzept**, das die Theorie des Personzentrierten Ansatz nach Carl Rogers mit handlungspraktischen Konsequenzen aus der Inklusionsdebatte verbindet. Zum anderen ist es aber auch ein **Erfahrungsbericht und eine Reflexion über die verändernde Kraft von**

„Beratung als Begegnung“ in der Behindertenhilfe und über deren Auswirkungen auf das professionelle Handeln von Mitarbeiter_innen und – nachfolgend – auf Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten.

Die positiven Erfahrungen, die wir in drei Jahren Beratungstätigkeit im Feld der Behindertenhilfe in Hessen gemacht haben, sprechen dafür, einem Personzentrierten Verständnis, das Beratung als Begegnung versteht, in der Beratung, Supervision und Weiterbildung von Mitarbeiter_innen mehr Gewicht einzuräumen. Mitarbeiter_innen nutzen gerne die menschlichen und fachlichen Entwicklungsmöglichkeiten, die in ihnen liegen, wenn ihnen ein verstehender, wertschätzender, achtungsvoller und ehrlicher Raum der Begegnung zur Verfügung gestellt wird. Und Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten verändern sich mehrheitlich in sozial-konstruktiver Weise, wenn ihnen Mitarbeiter_innen auf der Grundlage des Personzentrierten Ansatzes mit ganzheitlichem Verständnis für ihre grundlegenden Bedürfnisse begegnen und die Rahmenbedingungen für ihr Leben nach diesen Bedürfnissen umgestalten. Deshalb ist dieses Buch auch ein Plädoyer für mehr Personzentrierte Supervision, Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Behindertenhilfe.

Dank

Den Hessischen Konsulentendienst gäbe es nicht ohne den Mut des Vorstandes der „Landesarbeitsgemeinschaft Wohnen für behinderte Menschen“, der diesen Dienst im Februar 2011 ins Leben gerufen hat. Halgard Bestelmeyer, damals 1. Vorsitzende der LAG Wohnen, war die treibende Kraft und Visionärin für diesen Dienst, die sich auch für die humanistisch-psychologische Ausrichtung der Konsulentenarbeit in Hessen stark gemacht hat. Christof Schaefers, Hans-Peter Gniss und Theo Brömmelhaus haben als Vorsitzende und Schatzmeister der LAG Wohnen und als unser unmittelbares Gegenüber aus dem Vorstand uns ihr Vertrauen und ihre Unterstützung geschenkt und den Aufbau des Dienstes in seinen organisatorischen

und institutionellen Aspekten vorangetrieben. Das Hessische Sozialministerium hat uns mit seiner Bereitschaft, einen Fachtag und einen Videofilm über den Hessischen Konsulentendienst zu finanzieren, sehr ermutigt, dieses Buch als dritte Säule den beiden anderen Projekten zur Seite zu stellen.

Mein besonderer Dank gilt meiner Kollegin Marianne Martin. Der Hessische Konsulentendienst wäre ohne sie nicht möglich, und dieses Buch hätte ich ohne die intensive, vertrauensvolle und freundschaftliche Zusammenarbeit mit ihr nicht geschrieben. Die im Buch abgedruckten Handlungsempfehlungen sind durchweg ein Gemeinschaftswerk, Marianne Martin hat außerdem zu diesem Buch die Kapitel „Beratung als Begegnung. Die Ich-Du-Beziehung“, „Beratungsanlässe“, „Besondere Personengruppen“ und „Einflussnahme, Kritik und Grenzen“ beigetragen.

Detlev Blitz, Fred Rehkopf und Karlheinz Weyrauch steuern zu diesem Buch ihren Bericht einer gelungenen Umsetzung der Handlungsempfehlungen einer Konsultation in einer Werkstatt der Integra GmbH bei, wofür ich ihnen sehr herzlich danke.

Petra Schürmann, Mainz, vom Mobilen Fachteam Rheinland-Pfalz hat ihre Bibliographie zum Konsulentendienst zur Verfügung gestellt. Ich danke ihr, dass diese Bibliographie Eingang ins Literaturverzeichnis finden konnte.

Viele Mitarbeiter_innen und Leiter_innen der Behindertenhilfe in Hessen haben uns durch ihre offene, vorbehaltlose und Vertrauen schenkende Bereitschaft, mit uns zusammenzuarbeiten, eine gelingende Beratungstätigkeit ermöglicht. Ohne ihren Willen zur Veränderung der Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderung und zur Erweiterung ihrer Kompetenzen wären die positiven Entwicklungen im Verhalten der Menschen mit herausforderndem Verhalten nicht möglich gewesen.

Gießen, im April 2014 Martin Jochheim

EINFÜHRUNG: KONSULENTENDIENST ALS BERATUNG BEI HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

Der Hessische Konsulentendienst

Die Begriffe „Konsulent“ / „Konsulentenarbeit“ / „Konsulentendienst“ sind bisher im Bereich der deutschen Behindertenhilfe nicht fest verankert. Wenn wir als Hessische Konsulenten zum ersten Mal in eine Behinderteneinrichtung kommen, müssen wir den Begriff meist erläutern.

Das Wort Konsulent leitet sich vom lateinischen consulare, dt. beraten, ab. Im Dritten Reich waren jüdische Rechtsanwälte gezwungen, die Berufsbezeichnung „Konsulent“ in Unterscheidung zu nichtjüdischen Rechtsanwälten anzunehmen. In den neunziger Jahren haben niederländische Berater den Begriff für ihre Beratungstätigkeit im Behindertenbereich bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung genutzt. Im Herbst 2000 wurde das „Organisationsteams für Konsulentenarbeit“ in den Rheinischen Heilpädagogischen Heimen gegründet, 2006 dann das „LVR – Institut für Konsulentenarbeit – Kompass“, womit der Begriff in Deutschland Fuss gefasst hatte.

Die hessische „Landesarbeitsgemeinschaft Wohnen für behinderte Menschen e.V. (LAG Wohnen)“ hat im Februar 2011 nach längerem Vorlauf eine eigene Ausprägung dieser noch jungen Form der Beratungstätigkeit ins Leben gerufen, den Hessischen Konsulentendienst. Diese Konsulentenarbeit wurde als **Personzentrierte Kurzzeitberatung mit Inklusiver Perspektive** konzipiert, bei der zwei Berater_innen das Betreuungsteam und die Leitung (oder die Eltern) aus der Perspektive des behinderten Klienten beraten. Anders als andere Ausprägungen der Konsulententätigkeit lernen wir den Menschen mit Behinderung zwar kennen, arbeiten aber nicht mit ihm beraterisch oder heilpädagogisch. Der Aufbau des Beratungsdienstes und die genaue Ausgestaltung des Beratungskonzeptes wurden den

beiden Beratern überantwortet, die für diese Arbeit gewonnen wurden: Marianne Martin und Martin Jochheim.

Die Gründe dafür, ein Beratungskonzept anzustreben, das nicht direkt mit dem betroffenen Klienten arbeitet, waren für den Vorstand der LAG Wohnen vielfältig.

- Hohe Effektivität: Die Wirkung einer Beratung von Teammitarbeitern und Leitung auf den Menschen mit Behinderung zeigt sich oft bereits nach kurzer Zeit, wenn es gelungen ist, einen Perspektivwechsel auf die Betreuungssituation in den Mitarbeiter_innen einzuleiten. Deshalb ist es auch wichtig, dass alle Mitarbeiter_innen, die mit dem Klienten arbeiten, an der Beratung teilnehmen.
- Kompetenz der Mitarbeiter_innen nutzen: Die Teammitarbeiter_innen sind mit dem Klienten meist vertraut. Ihre Angaben zum Klienten sind oft präzise und von tiefgehendem Verstehen. Manchmal fehlt es alleine daran, die richtigen Konsequenzen aus den vorhandenen Beobachtungen zu ziehen, dysfunktionale Betreuungsmuster zu verändern und eine gemeinsame Ausrichtung im Team zu finden.
- Effizienz: Die finanziellen Mittel für Beratung und Supervision sind in den Einrichtungen der Behindertenhilfe begrenzt. Eine Beratung, die mit nur 2 – 3 Beratungssitzungen in einer manchmal ausweglos erscheinenden Betreuungssituation Veränderung bewirkt, ist auch monetär interessant.

Weitere Kriterien für die Ausgestaltung des Beratungsdienstes waren:

- Kurze Reaktionszeit: Die Beratung von Team und Leitung ist binnen kurzer Zeit möglich. Normalerweise können wir innerhalb von zwei Wochen einen Ersttermin anbieten.
- Verschriftlichung: Die schriftlichen Handlungsempfehlungen, die wir als externe Berater verfassen, haben für die Einrichtungsleitung ein anderes Gewicht als die mündlichen Hinweise eines internen Fachdienstes oder von Betreuern aus

dem Team. Dies merkt man besonders, wenn es an schwer zu verändernde Strukturen wie die Umgestaltung von Dienst- und Urlaubsplänen, bauliche Maßnahmen oder den Wechsel von überlasteten Mitarbeitern in ein anderes Team geht.

- Expertenwissen: Als Konsulenten wird uns eine Fachlichkeit in der Einschätzung und damit auch eine Deutungssicherheit für die Situation zugesprochen, die den disparaten Meinungen der Mitarbeiter_innen Klarheit für ein gemeinsam verantwortetes Betreuungskonzept gibt.
- Minimum an Organisation: Die Berater haben kein eigenes Büro, sondern arbeiten am häuslichen Schreibtisch. Auch Terminabsprachen, Rechnungsstellung und Evaluation werden von den Konsulenten übernommen.

Herausforderndes Verhalten

Als herausforderndes Verhalten bezeichnen wir das Verhalten eines behinderter Menschen, das auf ihn selbst, auf Betreuer und Mitmenschen (Bewohner, Familienangehörige, Mitarbeiter) mittelbar oder unmittelbar starken negativen Einfluss nimmt – und zwar so sehr dass die Betroffenen in ihrer Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt sind - und auf das sich durch pädagogische Interventionen und direktive Anweisungen kein Einfluss nehmen lässt. Dazu gehören Gewalt gegen Menschen und Sachen, Autoaggression, dissoziales Verhalten wie Diebstähle, Durchwühlen fremder Zimmer, öffentlich praktizierte Sexualität, Rumschreien, Beleidigungen, aber auch die Begehung von Straftaten, große Unruhe, Bekoten oder Impulsdurchbrüche. Einen Sonderfall bilden jene Konsultationen, bei denen wir um eine Einschätzung gebeten werden, ob die betreuende Einrichtung das optimale Wohnangebot für diesen konkreten Menschen mit Behinderung bieten kann oder ob es eine besser geeignete Wohneinrichtung gibt. Hier handelt es sich meist um Menschen mit

Behinderung und einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung (Komorbidität).

Zielsetzung der Publikation

Die vorliegende Publikation will nach dreijähriger Tätigkeit des Hessischen Konsulentendienstes über folgende Aspekte informieren:

- Darlegung der zugrunde gelegten theoretischen Einsichten, sowohl was die Personzentrierte Beratungstheorie als auch das damit verknüpfte Menschenbild und die Integration der Inklusiven Perspektive angeht,
- Einsichten zur praktischen Beratungstätigkeit mit 125 Klient_innen und 260 Beratungssitzungen
- Möglichkeiten, Schwierigkeiten und Grenzen dieses Beratungsansatzes.

Dieses Buch verknüpft die Theorie des Personzentrierten Ansatzes mit methodischen Konsequenzen aus der Inklusionsdebatte, gibt Einblick in die konkrete Beratungstätigkeit und bietet ausformulierte Handlungsempfehlungen und ein ausführliches Praxisbeispiel für die Umsetzung einer Konsultation durch Mitarbeiter_innen einer Werkstatt. Wir schreiben in gleicher Weise über gelungene Prozesse wie über Scheitern, über Grenzen der Beratung, neue Einsichten und konzeptionelle Weiterentwicklungen.

Die Darlegungen in diesem Buch folgen dem Axiom der Humanistischen Psychologie, dass alles Leben ein fließender, selbstregulativer, auf Wachstum und Erhaltung angelegter Prozess ist. Daraus ergibt sich ein Menschenbild, das allen Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten, genetischer Prädisposition und somatisch dauerhafter Beeinträchtigung die Fähigkeit zuspricht, unter günstigen Umweltbedingungen ihre Ressourcen zu aktivieren, was zu einer besseren Anpassung an die Situation durch verbesserte Selbststeuerung und Strukturierung führt.

Die Inklusive Perspektive auf den Klienten hat das Ziel, durch die adäquate Wahrnehmung seiner Lebenssituation Handlungsempfehlungen für die Verbesserung seiner Lebensbedingungen im Umfeld Wohneinrichtung, Werkstatt oder Tagesförderstätte zu erarbeiten. Dabei geht es um Änderungen im Mitarbeiter_innenverhalten, um das verbesserte Zusammenwirken der verschiedenen beteiligten Systeme (z.B. Familie, Wohnstätte, Helfersysteme) und um die Optimierung von deren Struktur (z.B. Dienstpläne, Betreuungskonzept, Organisationskultur).

Dieses Buch kann und will keine Ausbildungsliteratur für Personzentrierte Beratung sein und auch keine Literatur für die Diagnostik bei herausforderndem Verhalten. Für all dies gibt es bereits sehr gute und qualitativ hochwertige Publikationen, die wir im Literaturverzeichnis anführen. Es ist dies auch kein Handbuch der Konsulentenarbeit – dieses bleibt noch zu schreiben –, sondern ein erster Praxisbericht und eine theoretische Begründung für den spezifischen Ansatz der Konsulentenarbeit, wie ihn die „LAG Wohnen für behinderte Menschen“ in Hessen ins Leben gerufen hat. Es geht uns darum zu zeigen, was der Personzentrierte Beratungsansatz, wenn er sich mit der Inklusiven Perspektive auf den Menschen mit Behinderung verbindet, im Rahmen der Beratung von Teams in der Behindertenhilfe leisten kann. Wir haben die Hoffnung, dass diese Publikation eine Ermutigung ist, die Konsulententätigkeit in der Behindertenhilfe anderer Bundesländer und in anderen Betreuungszusammenhängen, in denen es nicht möglich ist, mit dem Klienten selbst zu arbeiten, einzurichten.

Unsere Erfahrung ist: Mitarbeiter_innen und Leiter_innen hessischer Behinderteneinrichtungen sind sehr lern- und entwicklungsfreudig, wenn sie dafür geeignete Rahmenbedingungen angeboten bekommen. Und die Mehrzahl der Menschen mit Behinderung „wählt“ für sich ein konstruktives, sozial verträgliches Verhalten, wenn ihre Grundbedürfnisse erkannt und durch verbesserte Lebensbedingungen erfüllt werden.

Bisher haben weder die Personzentrierte Haltung noch die Inklusive Perspektive ausreichenden Eingang in die Betreuungspraxis in

hessischen Behinderteneinrichtungen gefunden. Deshalb verbindet sich mit der Publikation dieses Buches auch die Hoffnung, mehr von dieser Haltung in die hessischen Einrichtungen zu tragen. In Alltagssprache formuliert: Es geht uns um wirkliches Verstehen, mitmenschliche Zuwendung, Mitgefühl und eine echte, ungekünstelte Beziehung zu dem Menschen mit Behinderung.

DEFINITION UND BEGRIFFSKLÄRUNGEN: HESSISCHER KONSULENTENDIENST

„Hessischer Konsulentendienst“ bezeichnet für uns die Personzentrierte Beratung durch zwei Berater_innen verbunden mit der Inklusiven Perspektive auf den Menschen mit Behinderung. Auch die Moderation von Gesprächen und Hinweise auf hilfreiche organisationale Weiterentwicklungen in der Einrichtung sind Teil der Konsulentenarbeit.

Beratung

Der Beratungsbegriff ist heute sehr ausgeweitet. Er wird gleichermaßen für Sach-, Lebens- oder Erziehungsberatung benützt. Wir verstehen im Hessischen Konsulentendienst unter Beratung eine helfende Beziehung durch Gespräch, die im Raum der Behindertenhilfe ein Team und seine Leitung (oder Eltern) darin unterstützt,

- sich selbst mit ihrem Anliegen zu klären,
- Zugang zu den eigenen Ressourcen und Handlungs-möglichkeiten für die Problemlösung zu bekommen und diese zu aktivieren,
- die nötigen Informationen, die Kompetenz oder das Wissen für die Problemlösung zu erlangen, auch durch Informationsweitergabe der Berater_in, z.B. durch Vermittlung der Inklusiven Perspektive auf den Menschen mit Behinderung und durch Handlungsempfehlungen.

Im Falle des Hessischen Konsulentendienstes sind die Ratsuchenden die Mitarbeiter_innen eines den behinderten Menschen betreuenden Teams samt Leitung oder die Eltern. Das Ziel der Beratung ist ein umfassenderes Verstehen des Menschen mit Behinderung und das Erlangen neuer Handlungsmöglichkeiten auf Seiten der Mitarbeitenden und der Leitung. Der Konsulentendienst verbindet die Personzentrierte Beratung der Mitarbeiter_innen mit der Inklusiven

Perspektive auf den Menschen mit Behinderung – wie die beiden Brennpunkte einer Ellipse.

Personzentrierte Beratung

Darunter verstehen wir eine Beratung, die die Grundsätze des Personzentrierten Ansatzes (PZA) nach Carl Rogers zur Grundlage ihres professionellen Handelns macht. Dazu gehören

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

Inklusive Perspektive

Der Begriff der Inklusion beschreibt die bewertungsfreie Wahrnehmung von Unterschiedlichkeit und Vielfalt von Menschen mit und

ohne Behinderung. An die Stelle der bisher vorherrschenden Bewertung von „Normalität“, die faktisch alle „ab-normal“ scheinenden Menschen ausschließt, sollen verschiedene Lebensformen und Verhaltensweisen gleichberechtigt nebeneinander treten, ohne dass diese als etwas „Besonderes“ angesehen würden. Die Inklusion behinderter Menschen in der Gesellschaft ist seit der Ratifizierung der UN-Konvention über das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung“ (2006) eine bedeutsame Grundlage für die Behindertenarbeit in Deutschland.

Das herausfordernde Verhalten behinderter Menschen stellt die Forderung nach Inklusion auf den Prüfstand: Gelingt es, das Verhalten behinderter Menschen, das zuerst so fremd anmutet und die gewohnten Strukturen in Wohneinrichtungen und Werkstätten sprengt, bewertungsfrei wahrzunehmen und als Teil der Vielfalt menschlicher Verhaltensmöglichkeiten zu verstehen und damit umgehen zu lernen?

Der Konsulentendienst macht den Inklusionsgedanken zum Ausgangspunkt seiner Beratungsarbeit. Die Inklusive Perspektive, d.h. die Perspektivübernahme gegenüber dem behinderten Menschen verbunden mit der Bereitschaft, die konkreten Lebensverhältnisse zugunsten des Menschen mit Behinderung zu verändern, ist neben dem Personzentrierten Ansatz der zweite Brennpunkt, wie in einer Ellipse, auf den die Beratung fokussiert. Die Erarbeitung von Verstehenshypothesen für das herausfordernde Verhalten gemeinsam mit Betreuungsteam und Leitung und die Ableitung von Handlungsempfehlungen bilden das Ziel der Beratungsarbeit. Team und Leitung haben die Aufgabe, die Handlungsempfehlungen umzusetzen.

Moderation

Oftmals sind im Rahmen einer Konsultation Entscheidungen über eine veränderte Betreuung nötig, neue Absprachen über den Dienstplan oder das Initiieren von baulichen Veränderungen, um den Bedürfnissen und Bedarfen eines Menschen mit Behinderung besser zu

entsprechen. Dann stellt sich in den Konsultationen die Aufgabe, ein Gespräch unter den Teammitgliedern, zwischen Teammitgliedern und Leitung und anderen am Gespräch Beteiligten, wie Eltern, gesetzlicher Betreuer, Fachpersonal oder Mediziner zu moderieren. Außerdem sind Teams mit einer flachen Hierarchie, wie sie in der Behindertenhilfe häufig anzutreffen ist, mit einem zielführenden Gesprächsverlauf, der zu verwertbaren Ergebnissen führt, häufig überfordert. Auch treffen wir nicht selten Teams an, die sich in einer Überlastungssituation befinden und dadurch in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind.

Die Moderation hat die Funktion, alle Beteiligten zu Wort kommen zu lassen, die notwendigen Informationen unter den Beteiligten zu kommunizieren, das gegenseitige Verstehen der jeweiligen Position zu unterstützen, unverrückbare Positionen in dahinter liegende Bedürfnisse der Akteure zu übersetzen und Vorschläge für eine ausgleichende Lösung zu machen, in die möglichst alle Bedürfnisse Eingang finden. Außerdem unterstützt die Moderation das Zustandekommen von Vereinbarungen und Verabredungen.

Eine besondere Form der Moderation ist der Runde Tisch, bei dem Angehörige und professionelle Helfer aus den verschiedenen Systemen Lösungen für anstehende Probleme zugunsten eines Klienten erarbeiten.

Organisationsentwicklung

Organisationale Fragen sind ein wichtiger Aspekt in der Betreuung von und Arbeit mit Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Das Zusammenwirken der Mitarbeiter_innen eines Teams, geklärte Absprachen, die Kommunikation zwischen Wohnstätte, Eltern und Werkstatt – all dies hat oft direkte Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung des Menschen mit Behinderung. Häufig deckt das herausfordernde Verhalten behinderter Menschen Schwachstellen in den Einrichtungen auf. Dazu gehören Mängel in der Dienstplangestaltung, z.B. bei Wochenenddiensten, Urlaub,

Krankheit, oder in der Zusammensetzung des Teams, auf die die Menschen mit Behinderung mit herausforderndem Verhalten reagieren, weil grundlegende Bedürfnisse wie Sicherheit und Vertrautheit nicht befriedigt werden.

Der Hessische Konsulentendienst benennt solche Defizite und sucht mit der Leitung und den Teammitgliedern nach geeigneter Abhilfe. Dazu spricht er Empfehlungen aus wie Führungskräftecoaching, Supervision, Teambuilding, Mitarbeiterfortbildung oder Organisationsentwicklung. Der Konsulentendienst betreibt selbst keine Organisationsentwicklung.

Die Berater-Dyade

Die Konsultationen werden immer von zwei Berater_innen gemeinsam durchgeführt. Nur so können so unterschiedliche Aufgaben wie Gesprächsführung und Dokumentation gleichzeitig während einer Beratungssitzung wahrgenommen werden. Außerdem vergrößert sich der Wahrnehmungsfokus der Berater deutlich, wenn zwei Personen ihre Eindrücke abgleichen können. In einzelnen Sequenzen kann jeweils eine der Berater_innen eine distanzierte Position einnehmen, den Beratungsverlauf reflektieren und von der Meta-Ebene aus intervenieren. In konflikthaften Situationen können Wertschätzung und Empathie für die Mitarbeiter und aufdeckende Interventionen gegenüber dysfunktionalen Verhaltensweisen auf zwei Berater verteilt werden. Auch die Strukturierung des Gesprächs auf der einen und die emotionale Zuwendung zu einzelnen Gesprächsteilnehmern auf der anderen Seite lässt sich besser auf zwei verschiedenen Personen aufteilen. Durch zwei unterschiedliche Kompetenzprofile der Berater vergrößert sich das Kompetenzspektrum. In dauernd wechselnden Settings wird durch eine stabile Berater-Dyade die Verhaltensunsicherheit auf Seiten der Berater_innen reduziert und Problemtrancen werden vermieden. Zudem kann die unterschiedliche Reaktion des Menschen mit Behinderung auf zwei Berater wichtige Einsichten vermitteln. Gemeinsame Autofahrten der Konsulenten geben die Möglichkeit zum sofortigen Nachgespräch

und sind eine wichtige Unterstützung für die Intervision und Psychohygiene.

GRUNDSÄTZE DER BERATUNGSTÄTIGKEIT IM HESSISCHEN KONSU-LENTENDIENST

Die Konsultationspraxis hat durch die Problemstellungen, die sich zeigten, nach und nach die Formulierung von Grundsätzen für die Konsulentenarbeit gefordert. Diese Grundsätze haben die Funktion,

- die Beratungstätigkeit vor Einflussnahme zu schützen,
- die Konsulententätigkeit gegenüber anderen Interventionsformen wie Kontrolle oder Sanktion abzugrenzen,
- der beauftragenden Einrichtung und ihren Mitarbeiter_innen Vertraulichkeit zu garantieren.

Nur so ist gewährleistet, dass Mitarbeiter_innen und Leitung einer Einrichtung ehrlich und offen ohne Angst vor Bewertungen oder Sanktionen über ihre Betreuungstätigkeit berichten.

Unabhängigkeit

Beratungstätigkeit sieht sich gelegentlich Versuchen der Einflussnahme, meist in subtiler Form, ausgesetzt. Im Konsulentendienst drückt sich das z.B. so aus, dass die Einrichtungsleitung Einfluss auf den Inhalt der Handlungsempfehlungen zu nehmen sucht; oder eine Leitung ihr Team durch die Konsulenten „disziplinieren“ lassen möchte; oder Eltern mit Hilfe der Konsulenten Manipulationsversuche gegen die Einrichtung unternehmen wollen; oder staatliche Stellen Einblick in Handlungsempfehlungen erhalten wollen.

Gemeinsam mit dem Vorstand der LAG Wohnen als dem Arbeitgeber der Konsulenten wurde festgelegt, dass die Konsulenten sich bei ihrer Beratungstätigkeit alleine an den Bedürfnissen und Bedarfen des Klienten, ihrer fachlichen Einschätzung der Betreuungssituation und den faktischen Rahmenbedingungen in der beauftragenden Einrichtung orientieren. Eine Einflussnahme von außen auf die Konsultation und ihre Ergebnisse wird von den Konsulenten und vom Arbeitgeber (Vorstand der LAG Wohnen) zurückgewiesen.

Die Entscheidung über die Anzahl an Beratungssitzungen, die Auswahl der Teilnehmer und den Beratungsort richtet sich nach der Einschätzung der an der Beratung Beteiligten und wird zwischen dem Auftraggeber und den Konsulenten vereinbart.

Freiwilligkeit

Die Konsultationen setzen einen Beratungswunsch auf Seiten der ratsuchenden Einrichtung voraus. Die Nötigung zu einer Beratung durch Eltern oder staatliche Einrichtungen lehnen wir ab.

Vertraulichkeit

Der Verlauf und die Ergebnisse der Beratung sind vertraulich. Dies gilt sowohl gegenüber dem Arbeitgeber (LAG Wohnen) als auch gegenüber staatlichen Einrichtungen oder Personen, die nicht am Beratungsprozess beteiligt waren (z.B. gesetzlicher Betreuer). Die Handlungsempfehlungen sind Eigentum der beauftragenden Einrichtung. Diese hat das Recht, die Handlungsempfehlungen weiter zu geben.

Die Vertraulichkeit betrifft auch die Kenntnis von Missständen in Einrichtungen. Die Konsulenten versuchen mit den Mitteln der Beratung solchen Missständen in der Betreuung eines Menschen mit Behinderung entgegen zu wirken. Sie geben aber keinerlei Informationen an Aufsichtsbehörden weiter.

Ein wichtiges Anliegen beim Aufbau des Dienstes war es auch, die staatliche Mitfinanzierung des Konsulentendienstes so zu gestalten, dass sich daraus keine Informationsrechte für den Geldgeber ableiten lassen. Das hatte zur Konsequenz, dass nur eine indirekte finanzielle Beteiligung staatlicher Stellen am Konsulentendienst in Frage kam. Die beauftragenden Einrichtungen können bei den Trägern der Wiedereingliederungshilfe einen Antrag auf Kostenübernahme für die Konsultation stellen. Aber das Honorar für die Konsultationen

wird in vollem Umfang gegenüber dem Auftraggeber gestellt. Die Konsulenten geben keinerlei Informationen über die Konsultation weiter.

Überparteilichkeit

Die Konsulenten sind allen am Beratungsprozess Beteiligten in gleicher Weise mit ihrem Beratungsangebot verpflichtet. Es ist nicht Aufgabe der Konsulenten, Partei zu ergreifen oder über die Richtigkeit von Vorhaltungen zu entscheiden.

Davon zu unterscheiden ist, dass die Inklusive Perspektive auf den Menschen mit Behinderung die Grundlage der Beratung ist und Vorrang hat vor den Interessen einer Einrichtung nach einem möglichst effizienten und effektiven Organisationsablauf. In diesem Sinne sind die Konsulenten parteilich zugunsten des Menschen mit Behinderung.

Ergebnisoffenheit

Jede Beratung wird prinzipiell ergebnisoffen geführt. Festlegungen, wie sie gelegentlich eine Einrichtungsleitung trifft, dass ein Klient unbedingt in der Einrichtung zu halten sei, werden von den Konsulenten in Frage gestellt und relativiert.

Bewertungsfreiheit

Die Konsulenten gehen als Arbeitshypothese davon aus, dass alle am Beratungsprozess Beteiligten sich in einer Situation nach ihren besten Möglichkeiten verhalten (haben). Dies schließt moralische Bewertungen von Handlungen aus. Es schließt aber nicht den Hinweis darauf aus, dass Handlungen und Strukturen mehr oder weniger zielführend bzw. funktional für eine gelingende Betreuung sind. Und es verbietet auch nicht den Hinweis auf die Persönlichkeitsrechte eines Menschen mit Behinderung und die Geltung der Gesetze, z.B. wenn

es um die rechtlichen Grundlagen der Betreuung geht oder wenn Sanktionen gegen einen Menschen mit Behinderung verhängt werden, um ein bestimmtes Verhalten von ihm zu erzwingen. Gleiches gilt aber auch für die körperliche und psychische Integrität von Mitarbeiter_innen, denen durch einen Menschen mit Behinderung Gewalt angetan wurde. Wir verweisen dann auf die Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeiter_innen, der eine Leitung nachkommen muss.

Die Personzentrierten Grundlagen der Beratung im Hessischen Konsulentendienst

Der Personzentrierte Ansatz (PZA), den Carl Rogers 1942 mit seiner Publikation „Counseling and Psychotherapy“ (dt.: Die nicht-direktive Beratung, 1972) begründete und durch zahlreiche Veröffentlichungen weiterentwickelte, ist heute der in Deutschland am weitesten verbreitete Beratungsansatz. Die von Carl Rogers postulierten drei Kernbedingungen auf Seiten der Berater_in für eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung bei der Klient_in (Empathie, Unbedingte Wertschätzung, Kongruenz) wurden intensiv beforscht und überprüft und gelten heute als notwendige Grundlage des Beraterverhaltens für jegliche Form von Beratung und Psychotherapie. Im Unterschied zu anderen Beratungsrichtungen geht der PZA allerdings davon aus, dass mit den „core conditions“ nicht nur die notwendigen, sondern auch die hinreichenden Bedingungen auf Seiten des Beraters für eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung der Klient_in formuliert sind. Anders formuliert: Besondere Kenntnisse auf Seiten der Berater_in können zwar hilfreich sein, um die Klient_in besser zu verstehen oder um ihr ein Deutungsangebot für ihr Erleben oder eine bestimmte Situation anzubieten, aber die Kraft und Energie zur Veränderung wird durch die core conditions auf Seiten der Berater_in freigesetzt.

Für das Wissen und die Kenntnisse, z.B. aus der Tiefenpsychologie oder der Systemischen Theorie, die wir als hilfreiche Unterstützung in unserer Beratungstätigkeit nutzen, verwenden wir den Begriff „Hilfswissen“ – nicht weil dieses Wissen zweitklassig oder schlechter wäre, sondern weil dadurch deutlich wird, dass wir solche Kenntnisse auf der Grundlage des PZA in unsere Beratungsarbeit integrieren. Die Grundhaltung, aus der heraus wir beraten, ist die des Personzentrierten Ansatzes.

Was heißt „Personzentriert“? Zur Frage nach dem Menschenbild im Personzentrierten Ansatz

Der Personzentrierte Ansatz hat im Laufe seiner über 70 jährigen Geschichte sowohl bedeutsame theoretische Weiterentwicklungen als auch begriffliche Veränderungen erfahren. Heute hat sich für den Ansatz international der Begriff „Personzentriert“ (in Deutschland ursprünglich „Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“) durchgesetzt. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Der Ansatz hat außerhalb des medizinischen und psychotherapeutischen Handlungsfeldes in den verschiedensten Formen der Beratungstätigkeit breite Aufnahme gefunden hat, weshalb sich der Begriff „Klientenzentriert“ als eine unpassende Engführung erwies.
- Der Ansatz formuliert und reflektiert ganz allgemein und nicht nur für kranke, leidende oder beratungssuchende Menschen die Bedingungen von Persönlichkeitsentwicklung durch eine zwischenmenschliche Begegnung und weitergehend die sich daraus ergebenden sozialen und gesellschaftspolitischen Zusammenhänge.
- Der Personbegriff hat sich auf Grund seiner Vorgeschichte in der Philosophie, der Theologie und der Psychologie als besonders geeignet erwiesen, um das Verständnis vom Menschen, das sich im Personzentrierten Ansatz entwickelt hat, angemessen zu reflektieren und zu versprachlichen.

Peter F. Schmid hat darauf hingewiesen, dass Carl Rogers sein Personverständnis im Kontext eines therapeutischen Handlungskonzeptes entwickelte und erst im Nachhinein dazu eine Anthropologie formulierte. Folgende Aspekte von „Personzentriert“ sind mit Blick auf die Konsulententätigkeit bedeutsam.

- Die Person des Ratsuchenden steht im Mittelpunkt der Beratung, nicht die Interessen der Familie, der Organisation

oder der Gesellschaft, nicht ein medizinisches oder psychologisches oder beraterisches Konzept.

- Der Begriff der Person meint den ganzen Menschen, alle psychischen, somatischen und geistigen Aspekte.

- Der Begriff der Person meint, dass der Mensch ein Lebewesen ist, das in gleicher Weise in sich und für sich selbst steht, wie es von Kontakt und Beziehung zu anderen Menschen abhängig ist und geprägt wird.

- Eine Person ist ein lebendiges Lebewesen, ein Organismus, der grundsätzlich zutiefst vertrauenswürdig ist, der der Selbststeuerung fähig ist, dem die Fähigkeit zu Wachstum und Erhaltung innewohnt und der sich über einen Prozess des inneren Wertens selbst steuert.

Das hier umrissene Bild des Menschen als Person prägt die Haltung der Berater_in während der Konsultation in hohem Maße. Das drückt sich im Charakter und der Art ihrer Interventionen in der Beratung aus, die von Achtsamkeit und Präsenz gegenüber den Mitarbeiter_innen geprägt sind. Es ist eine Haltung von Nicht-Wissen, Nicht-Haben, Nicht-Wollen: Die Konsulenten wissen die Lösung nicht; sie haben kein Patentrezept; sie wollen kein bestimmtes, festgelegtes Ziel verfolgen.

Diese Haltung drückt sich aber auch in der Art und Weise aus, wie die Konsulenten gemeinsam mit dem ratsuchenden Team die Inklusive Perspektive auf den Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten entwickeln. Sie gehen davon aus, dass dieser Mensch mit Behinderung im Rahmen seiner Möglichkeiten mit seinem Verhalten die für ihn beste Verhaltensweise wählt, um seine grundlegenden Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und sich und seine Umwelt zu steuern. Diese Bedürfnisse versuchen sie zu verstehen.

Literatur

Peter F. Schmid: Souveränität und Engagement. Zu einem Personzentrierten Verständnis von „Person". In: Carl R. Rogers / Peter F. Schmid: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz 3/1998, 15 – 164

Peter F. Schmid: Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. In: Person 1 (2002) 16–33

Das Personzentrierte Menschenbild und das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Behinderung

Der Mensch mit Behinderung sitzt während der Beratung nicht mit am Tisch, aber er ist immer gegenwärtig. Insofern ist die Frage, wie das Personzentrierte Menschenbild die Entwicklung einer Inklusiven Perspektive auf den Menschen mit Behinderung prägt, von großer Bedeutung für das Ergebnis der Konsultation.

Für den Personzentrierten Ansatz besteht die besondere Fähigkeit des Menschen darin, dass er sich selbst neu regulieren kann, wenn die Umstände dafür hinreichend günstig sind. Menschen sind in der Lage, ungünstige Strukturen aufzugeben und günstigere Strukturen mit weniger leidvollen Prozessen zu „wählen". In diesem Sinne „wachsen" Menschen andauernd, weil sie das Vermögen haben, weniger hilfreiches Verhalten „absterben" und neue konstruktive Verhaltensmöglichkeiten aufleben zu lassen.

Unter ungünstigen Umwelt- und Entwicklungsbedingungen, und diese finden Menschen mit Behinderung häufig vor, bilden sich häufig Muster und Schemata heraus, die lediglich eine Notlösung darstellen, weil die eigentliche, organismisch gewünschte Entwicklung nicht gelebt werden kann. Diese ungünstigen Bedingungen resultieren aus den für Menschen mit geistiger und / oder emotionaler Behinderung oftmals eingeschränkten Möglichkeiten, eigenständig für die Befriedigung ihrer grundlegenden Bedürfnisse zu sorgen. Wir sehen dafür drei Gründe:

1. Ein hohes Maß **äußerer und innerer Abhängigkeit** sorgt dafür, dass geistig und emotional behinderte Menschen in sehr viel höherem Maß auf stellvertretendes Handeln durch ihre

Umwelt angewiesen sind als nicht behinderte Menschen. Dieses stellvertretende Handeln fehlt oftmals.

2. Die Reaktion der Umwelt auf die Andersartigkeit eines Menschen mit Behinderung besteht oft in **Unverständnis, Abwehr, Distanznahme und Rückzug**. Das grundlegende Bedürfnis nach „positive regard", das jeder Mensch in sich trägt, wird deshalb bei Menschen mit Behinderung oft nicht genügend gestillt.

3. Schließlich sind die **kompensatorischen Möglichkeiten und Leistungen bei Menschen mit geistiger und emotionaler Behinderung sehr viel geringer** als bei Menschen ohne Behinderung. Defizite in der Befriedigung grundlegender Bedürfnisse haben deshalb sehr gravierende psychische Folgen für den betroffenen Menschen.

Alle drei Gründe bewirken ein deutlich höheres Maß an Störungseinflüssen und ungünstigen Umweltbedingungen für den Menschen mit Behinderung.

Aber Menschen sind im Rahmen ihrer Gesamt-Gegebenheiten prinzipiell zur Selbststeuerung fähig. Das schließt ausdrücklich mit ein, dass es genetische Prädispositionen oder somatisch dauerhafte Beeinträchtigungen geben kann, die diese Selbststeuerung mehr oder weniger umfänglich erscheinen lassen. Mit der Fähigkeit zur Selbststeuerung und der Ressourcenaktivierung ist also keineswegs eine volle Umkehrbarkeit aller Störungen und Symptome gemeint – sondern eben nur eine Neuanpassung im Rahmen der Gesamtmöglichkeiten des Menschen in seiner Beziehung zur Umwelt.

Dies ist ein sehr wichtiger Punkt, um nicht naiv-unrealistische Vorstellungen über die Entwicklungsmöglichkeiten behinderter Menschen zu entwickeln (diese Gefahr schätzen wir bei Mitarbeiter_innen der Behindertenhilfe als gering ein) – oder um den humanistisch-psychologischen Ansatz nicht von vornherein als romantisch abzuqualifizieren. Gerade wenn es nicht zur Aktivierung der

Ressourcen eines Menschen mit Behinderung kommt, schärft dies den Blick für die möglichen Gründe.

Umso faszinierender ist es zu erleben, wie Menschen mit einer geistigen oder emotionalen Behinderung mit nachhaltigen, konstruktiven Verhaltensänderungen auf die Verbesserung ihrer Betreuungsbedingungen reagieren. Diese Verbesserungen der Umweltbedingungen betreffen die Bereiche: Emotionale Nähe; Beziehungen mit wichtigen Anderen; Sexualität / körperliche Nähe; eine Aufgabe, die befriedigt; Wertschätzung; ehrliche Kontakte; gesundes Essen; verbindliche Beziehungen; Räume für Kreativität; körperliche Bewegung; Sinnlichkeit; Freiräume ohne Kontrolle; Recht auf Selbststeuerung; Selbstbestimmung; Selbstwirksamkeit; erkennbare Strukturen und Regeln; verbindliche Absprachen; Angemessenheit von Wohnraum und Arbeitsplatz u.a.

Literatur

Jürgen Kriz: Humanistische Psychotherapie im Kontext des deutschen Gesundheitssystems. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 44 (2013) 64 - 71

Beratung als Begegnung: Die Ich-Du-Beziehung (Martin Buber)

Der Philosoph Martin Buber (1878-1965) begründete mit seiner Schrift „Ich und Du“ 1932 den Begriff des Dialogs und die Dialogforschung. Die wesentlichste Erkenntnis, die sich für uns aus diesen (für den ungeübten Leser) eher sperrigen Texten ergibt, ist seine Definition von gelebter Beziehung. Demnach kann eine wirkliche, tiefe Beziehung sich nur im Dialog ereignen, in der Ich-Du-Beziehung. Eine Verbindung entstehe aus dem, was zwischen Ich und Du eintritt und bedingungslose Annahme ist. Die einzige Bedingung dafür ist die Liebe im Sinne der Agape, die bedingungslos, einseitig, befreiend und auf andere konzentriert ist.

Für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung heißt dies, dass wir Antworten auf Fragen von Mitarbeiter_innen geben, wie sie beispielsweise mit einem Menschen arbeiten können, der schwer erreichbar ist über das gesprochene Wort und der ihre ungeteilte Aufmerksamkeit beansprucht. Gelingt es ihnen, mit einem schwer emotional und / oder kognitiv beeinträchtigten Menschen in Kontakt zu kommen, hat dies bereits heilende und beruhigende Wirkung. „Heilung“ nach Buber ereignet sich in der personalen Begegnung. Hilfesuchender und -gebender sitzen in einem Boot, sie können sich der Ich-Du-Beziehung nicht entziehen. Nur dadurch, dass beide in persönlichem Kontakt sind, ist Entwicklung möglich.

Es gibt zwischen Carl Rogers und Martin Buber an zentralen Stellen Übereinstimmungen, die in unserer Beratung ihren festen Platz haben. Nach Buber kann sich ein Mensch nur in Beziehungen entwickeln und realisieren. Auch wir sind fest davon überzeugt, dass konstruktive Veränderung beim Menschen nur durch Erfahrung in einer Beziehung zustande kommt. Damit ist der Grundstein gelegt für ein Betreuungsverhältnis, in dem es der Mitarbeiter_in gelingt, die besten Möglichkeiten im Wesen des Menschen mit Behinderung zu entdecken. Sie sieht den Menschen nicht nur als Summe von Eigenschaften und Bestrebungen, sondern nimmt ihn in seiner Ganzheit wahr und so an, wie er ist. Sie bejaht ihn. Dies gelingt nur in einer Beziehung, die nicht vom Standpunkt des Spezialisten ausgeht, der ein Objekt beobachtet und behandelt. Erst die gemeinsam erlebte Situation der Beziehung ermöglicht ein Wirken am Gegenüber. Mit dieser Haltung, die den Menschen mit Behinderung zu keiner Zeit und in keiner Situation als Objekt ansieht, sondern stets als ein Wesen, das mit seiner besonderen Persönlichkeit und all dem, wie es gerade da ist, geachtet und angenommen sein will, ermöglicht die Mitarbeiter_in dem Menschen mit Behinderung, sich in seiner Art, mit seinen Möglichkeiten und in seinem Tempo zu entwickeln. Die Aufgabe der begleitenden Mitarbeiter_in ist es, diese Entwicklung zu fördern und mit Behutsamkeit und fachlicher Sicherheit auch in Konflikten den Kontakt aufrecht zu erhalten.

Elemente einer Theorie der Personzentrierten Beratung

Der PZA beschreibt mit den drei Kernbedingungen von Empathie, Unbedingter Wertschätzung und Kongruenz auf Seiten der Berater_in eine **Haltung**. Es ist also nicht so, dass diese drei Bedingungen als voneinander getrennte, unabhängig existierende, äußerliche Verhaltensweisen zu verstehen wären. Vielmehr sind sie miteinander verbundene Aspekte einer einzigen inneren Grundhaltung. Die Berater_in befindet sich in einem fließenden Prozess inneren Erlebens, der kontinuierlich die Wahrnehmung für die Klient_in und die Wahrnehmung für sich selbst aufrecht erhält und an der Unbedingten Wertschätzung überprüft.

Umgangssprachlich formuliert: Wir sind zutiefst davon überzeugt, dass mitmenschliche Zuwendung, echte ungekünstelte Anteilnahme und wirkliches Verstehen der Nöte der Ratsuchenden die stärksten Kräfte in der Beratung sind, die eine konstruktive Entwicklung unterstützen.

Empathie

Eine leicht fassbare Definition für Empathie durch Carl Rogers lautet: „In der von Augenblick zu Augenblick stattfindenden Begegnung in der Psychotherapie ist das hervorstechendste Element in der Arbeit des Therapeuten die Fähigkeit, genau und empfindsam die Erfahrungen und Gefühle des Klienten und die Bedeutungen, die sie für ihn haben, zu verstehen. Ziel ist es dabei, den Klienten zu unterstützen, die Aufmerksamkeit auf das zu lenken, was er in diesem Augenblick erlebt, so dass er es offen fühlen und zu seinem vollen, ungehinderten Erleben bringen kann.“ (Rogers 1980, 194)

Rogers beschreibt, wie sich der Focus der Wahrnehmung der Berater_in auf das innere Erleben der Klient_in richtet: Erfahrungen, Gefühle, Bedeutungen. Sie versucht dann das, was sie als bedeutungsvoll verstanden hat, in ihren Worten der Klient_in mitzuteilen. Sie fördert damit die Selbsterforschung der Klient_in. Diese kommt

immer mehr in Kontakt mit den bisher nicht in sich wahrgenommen Anteilen ihres Erlebens. Ihre Selbstwahrnehmung vergrößert sich, und damit verkleinert sich der innere Druck (Inkongruenz), den nicht vollständig symbolisierte (bewusstseinsfähig gemachte) Anteile in ihr bewirken.

Literatur:

Carl R. Rogers: Klientenzentrierte Therapie. (1980) In: Carl R. Rogers / Peter F. Schmid: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz 1991, 185-235

Unbedingte Wertschätzung / bedingungslose positive Beachtung

Was Carl Rogers mit Unbedingter Wertschätzung (unconditional positive regard) meint, könnte man auch mit „gefühlter Menschenfreundlichkeit" übersetzen. Rogers schreibt: „Ich nehme an, dass ein Persönlichkeitswachstum und eine Persönlichkeitsveränderung sich um so eher entwickeln, je mehr der Therapeut dem Inneren des Klienten mit Warmherzigkeit, Zugewandtheit und Aufnahmebereitschaft entgegenkommt. Das bedeutet, dass der Therapeut den Klienten als Person schätzt mit Gefühlen, die qualitativ etwa mit den Gefühlen vergleichbar sind, die Eltern für ihr Kind hegen, das sie als Person schätzen unabhängig davon, wie es sich im Moment benimmt. Das bedeutet, dass ihm der Klient in einer Art wichtig ist, die nichts mit Besitzergreifung zu tun hat, dass der Klient ihm vielmehr wichtig ist als eine Person, die sich entwickeln kann. … Es bedeutet eine Art von Liebe dem Klienten gegenüber, so wie er ist; vorausgesetzt, dass wir das Wort Liebe entsprechend dem theologischen Begriff Agape verstehen und nicht in seiner romantischen oder besitzergreifenden Bedeutung. Das Gefühl, das ich beschreibe, ist weder patriarchalisch noch sentimental, auch ist es nicht von einer oberflächlich-liebenswürdigen Zuwendung. Es achtet den anderen Menschen als eigenständiges Individuum und ergreift nicht Besitz von ihm. Es ist eine Art der Zuneigung, die Kraft hat und die nicht fordert." (Rogers 1983, 218)

Dieses Grundgefühl von warmherziger Zugewandtheit kann eine Berater_in nicht in sich „machen“. Vielmehr ist es ein Grundgefühl, das man entweder durch die positiven Erfahrungen der eigenen Lebensgeschichte mitbekommen hat oder das man während der Beratungsausbildung durch intensive Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis in sich „entdeckt“ und zur Grundlage seiner Lebenshaltung macht.

Literatur
Carl R. Rogers: Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: Ders. Therapeut und Klient. Frankfurt/Main 1983, 211-231

Kongruenz

Carl Rogers war der Meinung, dass die Kongruenz, die Echtheit der Berater_in, von besonderer Wichtigkeit für eine wachstumsfördernde Beziehung sei.

„In erster Linie nehme ich an, dass das Wachstum der Persönlichkeit dann gefördert wird, wenn der Therapeut das ist, was er ist, in seiner Beziehung zum Klienten echt ist, ohne Grenzziehung oder Fassaden, wenn er zu den Gefühlen und Einstellungen, die ihn augenblicklich bestimmen, stehen kann. Wir haben den Ausdruck ‚Kongruenz’ zur Beschreibung dieser Bedingung benutzt. Wir meinen damit, dass die Gefühle, die den Therapeuten bestimmen, ihm zur Verfügung stehen, dass er sie bewusst werden lassen kann, dass er fähig ist, sie zu leben, und zwar in der Beziehung, und dass er fähig ist, sie mitzuteilen, wenn das angezeigt ist. Das bedeutet, dass er seinem Klienten unmittelbar persönlich begegnen kann, so dass ein ganzer Mensch auf einen anderen Menschen trifft. Das bedeutet, dass er er selbst ist, sich nicht verleugnet. Niemand erreicht diesen Zustand vollständig, dennoch, je mehr der Therapeut annehmen kann, was er wahrnimmt, wenn er in sich hineinhorcht, und je mehr er seine Gefühle in ihrer ganzen Komplexität ohne Angst leben kann, umso größer ist das Ausmaß der ‚Kongruenz’.“ (Rogers 1983, 213, Übersetzung nach Biermann-Ratjen)

Kongruenz hat es also nicht nur mit der Echtheit nach außen, gegenüber der Klient_in, sondern genauso mit der Echtheit nach innen zu tun, also der Fähigkeit der Berater_in, sich mit ihrem momentanen Erleben möglichst unverzerrt wahrzunehmen und dies – falls sinnvoll – in angemessener Form mitzuteilen.

Über die Kernbedingung „Kongruenz" wird das Hilfswissen aus anderen Fachgebieten in die Konsultationen eingebracht: Immer im Abgleich, ob diese Informationen für die Ratsuchenden im Augenblick hilfreich sind für ein besseres Verstehen ihrer selbst und des Menschen mit Behinderung.

Literatur

Carl R. Rogers: Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: Ders. Therapeut und Klient. Frankfurt/Main 1983, 211-231

Weitere „notwendige und hinreichende Bedingungen" für Persönlichkeitsentwicklung

Carl Rogers hat nicht nur die drei core conditions für die Berater_in, sondern auch weitere „notwendige und hinreichende Bedingungen" für die konstruktive Entwicklung eines Menschen durch Begegnung formuliert. Er nennt:

- Es muss ein psychologischer Kontakt zwischen Ratsuchendem und Berater bestehen, d.h. die Person des Beraters muss zu einem Minimum Bedeutung für den Ratsuchenden bekommen.

- Der Ratsuchende ist in einem Zustand der Inkongruenz, d.h. er hat ein inneres Erleben von Leiden (im weitesten Sinne), weil er eine Erfahrung nicht angemessen symbolisieren (bewusstseinsfähig machen) kann. Deshalb benützen wir in der Eröffnung der Arbeitsphase oft die Frage an die Mitarbeiter_innen: „Wo merken Sie, dass es in Ihnen ‚knirscht', wenn

Sie an die Betreuung des Menschen mit Behinderung denken?“

- Die Kommunikation von Empathie und bedingungsloser Wertschätzung wird wenigstens in einem minimalen Ausmaß erreicht, d.h. der Berater ist tatsächlich empathisch und unbedingt wertschätzend und formuliert dies in angemessener Form, und die Ratsuchende dechiffriert die ausgesandten Nachrichten des Beraters auch adäquat – wovon bei behinderten Menschen (z.B. bei Menschen mit Autismus-Spektrums-Störung) nicht immer auszugehen ist.

Das Axiom der Aktualisierungstendenz

Rogers hat die Aktualisierungstendenz als eine jedem lebendigen Organismus innewohnenden Kraft für Wachstum und Erhaltung als einziges nicht weiter begründbares Axiom postuliert. Man kann die Aktualisierungstendenz als das Gesamt der selbstregulativen Prozesse eines Organismus verstehen, die der Steigerung und Erhaltung seiner Lebensfähigkeit dienen. Die Personzentrierte Beratung geht davon aus, dass für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen zwar die Berater hilfreiche Rahmenbedingungen anbieten, aber die Aktualisierungstendenz im Klienten die Veränderung bewirkt. Unter positiven Umweltbedingungen wirkt sich die Aktualisierungstendenz konstruktiv aus. Unter ungünstigen Umwelt- und Entwicklungsbedingungen bilden sich häufig Muster und Schemata heraus, die lediglich eine Notlösung darstellen, weil die eigentliche, organismisch gewünschte Entwicklung nicht gelebt werden kann.

Das Bedürfnis nach positiver Beachtung

Für Rogers hat das Bedürfnis nach positiver Beachtung (the need for positive regard) einen hohen Stellenwert im Sinne eines universellen

von der Geburt an beobachtbaren menschlichen Bedürfnisses nach Anerkennung bzw. Beachtung in dem Sinn, dass der Mensch von anderen wichtigen Menschen wahrgenommen und geliebt werden möchte. Menschen, die nur selektive positive Beachtung erfahren, verinnerlichen die Bewertungsbedingungen, die an die positive Beachtung geknüpft waren. Diese Menschen beurteilen sich dann so, wie sie früher von wichtigen anderen Menschen beurteilt wurden.

PERSÖNLICHKEIT UND FACHLICHKEIT DER KONSULENTEN

Der Konsulentendienst stellt an die Berater so breitbandig gefächerte Anforderungen, dass sich diese nur ausnahmsweise in einer Person vereinigen. Deshalb ist es sinnvoll, dass zwei Berater die Tätigkeit gemeinsam ausüben.

Supervisorische Kompetenz

Eine wesentliche Grundvoraussetzung für die Konsulentenarbeit ist eine solide supervisorische Ausbildung, die die Berater_in in die Lage versetzt, einen Beratungsprozess auch in großen Gruppen mit bis zu 15 Personen sicher begleiten zu können. Hier wird man bei einem Konsulenten mehrere Jahre Supervisionspraxis voraussetzen müssen. Ein besonderer Aspekt gilt den Fähigkeiten, mit psychischer Abwehr umgehen zu können. Dadurch, dass es sich um eine Kurzzeitberatung handelt, wird sehr schnell an einer Änderung des situativen Erlebens der Mitarbeiter_innen gearbeitet (das immer durch die subjektive Lebensgeschichte mitbestimmt ist). Dies birgt die Gefahr, bei den Ratsuchenden Abwehr zu mobilisieren, z.B. weil sie in Kontakt mit Gefühlen von eigenem Ungenügen oder Versagen kommen. Hier braucht es in besonderer Weise menschliche und fachliche Kompetenz, um Blockaden zu vermeiden.

Feldkompetenz

Die Erfahrung von drei Jahren Beratungstätigkeit zeigt, dass Feldkompetenz in den Bereichen Wohneinrichtung, Tagesförderstätte und Werkstatt unverzichtbar ist. Häufig braucht es einen fachlich kompetenten Blick, der einschätzen und begründen kann, welche Betreuungsaufgaben von Mitarbeitern erwartet werden können und welche Konstellationen tatsächlich eine Überforderung darstellen. Außerdem ist eine Kenntnis möglichst vieler Einrichtungen hilfreich,

um einschätzen zu können, welche Leistungsfähigkeit von einer Einrichtung bei der Umsetzung von Handlungsempfehlungen erwartet werden kann. Es gibt erhebliche Unterschiede in der Bereitschaft und Fähigkeit von Einrichtungen, für einen Menschen mit Behinderung ein passendes Umfeld zu schaffen.

Moderationskompetenz

Wir unterscheiden die Moderationskompetenz von der Supervisionskompetenz, weil es bei der Moderation darum geht, divergierende Interessen zusammenzuführen, den Ausgleich zu suchen, ergebnisorientiert ein Gespräch zu moderieren oder souveräne Gesprächsführungskompetenz bei einem Runden Tisch zu entwickeln. Dies sind keine genuin supervisorischen Fähigkeiten.

Organisationsberatung / Systemische Kompetenz

Eine fundierte Weiterbildung in Organisationsberatung und systemische Kenntnisse schulen den Blick für organisationale Defizite in einem Team oder in der Zusammenarbeit der verschiedenen Systeme.

Hilfswissen

Psychologische und psychotherapeutische Theorien sind ein notwendiger Hintergrund, um Verstehenshypothesen für das Verhalten des Klienten und zu seiner inneren Befindlichkeit zu entwickeln. Die Konsulent_in sollte hier ein Repertoire an „Deutungsfolien“ für herausforderndes Verhalten zur Verfügung haben.

Fähigkeit, Handlungsempfehlungen zu verschriftlichen

Jede Konsultation erfordert es, dass die Konsulenten eine Situationsanalyse abgeben, Verstehenshypothesen entwerfen und konkrete Handlungsempfehlungen schriftlich darlegen. Den Konsulenten sollte präzises Formulieren leicht von der Hand gehen.

Personzentrierte Grundhaltung

Für die besondere Ausprägung, die der Konsulentendienst in Hessen gefunden hat, braucht es eine gut verankerte Personzentrierte Haltung, wobei wir dies nicht an einer Personzentrierten Ausbildung festmachen, sondern an einer von Empathie, Unbedingter Wertschätzung und Kongruenz geprägten Haltung, die man auch bei Beratern aus anderen psychologischen Richtungen findet. Dies schließt das humanistisch geprägte Menschenbild von der „Person“ als existentielle Grundhaltung des Beraters ein.

Menschliche Reife, Mitgefühl, Kollegialität, Fehlerfreundlichkeit, Herzenswärme

Die Konsulenten arbeiten mit sehr vielen, von ihrer Persönlichkeitsstruktur und ihrem Bildungsstand sehr unterschiedlichen Menschen zusammen. Die Fähigkeit, unterschiedlichste Persönlichkeiten, Arbeitsstile und Vorgehensweisen würdigen zu können, ist hilfreich. Fehlerfreundlichkeit und Kollegialität bestärken das Beraterteam, das sich jeden Tag neuen Situationen mit erheblicher emotionaler Belastung gegenübersieht. Mitgefühl und Herzenswärme für die oft belastende Betreuungsarbeit der Mitarbeiter_innen und für das Schicksal und die Lebensgeschichte von schwer behinderten und traumatisierten Menschen brauchen gereifte Persönlichkeiten für den Konsulentendienst.

Belastbarkeit

Der Konsulentendienst geht mit lang dauernden Arbeitstagen und oftmals mehrstündigen Autofahrten einher. Unsere Erfahrung ist, dass mit 75 %iger Anstellung die Grenzen unserer Belastbarkeit erreicht sind. Die übrige Zeit arbeiten wir in unserer freiberuflichen Praxis, wo geringere äußere Anforderungen gestellt werden.

DIE INKLUSIVE PERSPEKTIVE

Inklusion – wovon reden wir?

Der Begriff Inklusion leitet sich ab vom lateinischen claudere = schließen, mit dem Präfix „in“ – also: einschließen, einfügen. Als pädagogischer Reformbegriff wird „Inklusion“ abgegrenzt gegen „Integration“. Inklusive Pädagogik wertschätzt die Vielfalt (Diversität) in Bildung und Erziehung. Sie plädiert für eine Schule, in der die Bildungs- und Erziehungsbedürfnisse aller Schüler wahrgenommen und befriedigt werden. Das betrifft behinderte Schüler in gleichem Maße wie z.B. hochbegabte Kinder.

Soziale Inklusion beschreibt einen Zustand, in dem jeder Mensch „in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben. Unterschiede und Abweichungen werden … bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt oder gar aufgehoben. Ihr Vorhandensein wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen.“ (Art. Soziale Inklusion. In: www.wikipedia.de) Soziale Inklusion beschreibt also die rechtliche und soziale Gleichwertigkeit eines Individuums in der Gesellschaft, ohne dass dabei vorausgesetzt wird, dass es irgendeine Art von Normalität gäbe. Als normal gilt das Vorhandensein von Unterschieden, und die Gesellschaft schafft die Voraussetzungen und die Strukturen dafür, dass sich alle Menschen in die Gesellschaft einbringen können und auf die ihnen eigene Art einen wichtigen Beitrag leisten können.

Es geht bei der Inklusion also nicht einfach um die Teilhabe von Menschen an bestimmten bereits vorhandenen Rechten und Gegebenheiten (das wäre Integration), sondern es geht bei der Inklusion um die **Umgestaltung der bestehenden Verhältnisse**, Rechte, Gesetze, Strukturen, Institutionen und Organisationen, also um die Anpassung der gesellschaftlichen, rechtlichen und politischen Verhältnisse dahingehend, dass alle Menschen – so weit irgend möglich – am gesellschaftlichen und politischen Leben Teilhabe bekommen können. Das ist unter Umständen mit weitreichenden Konsequenzen für die

bestehenden Verhältnisse und für die an diese Verhältnisse gewohnten Menschen verbunden. Man darf sich deshalb keine Illusionen über den enormen sozialen und politischen Sprengstoff machen, den eine soziale Inklusion bedeutet. Vollzogene soziale Inklusion bedeutet nämlich die „gefühlte und praktizierte Normalität" des Andersartigen. Das Fremde ist nicht mehr fremd, sondern nur noch anders.

Die UN-Menschenrechtskonvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung" 2006

Die UN-Konvention von 2006 mit dem Namen „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung" benützt in ihrer englischsprachigen Fassung den Begriff „inclusion", z.B. in der Formulierung „full and effective participation and inclusion in society" (Art 3c.), um „die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft" zu bezeichnen.

Diese Teilhabe an der Gesellschaft wird in der Konvention eng mit den Menschenrechten und dem Begriff der Menschenwürde verknüpft. Die **Menschenrechte** haben die Aufgabe, die Würde des Menschen (sense of dignity) zu schützen. Zwei unterschiedliche Gefahren sind zu sehen, gegen die sich die Menschenrechte wenden:

- einmal die Vereinnahmung des Individuums durch übermächtige Kollektive – hier haben die Menschenrechte die Funktion, die Rechte des einzelnen Menschen zu schützen,
- zum anderen die unfreiwillige Ausgrenzung des Einzelnen aus der Gemeinschaft/Gesellschaft – hier sollen die Menschenrechte Schutz vor unfreiwilliger Ausgrenzung bieten.

Mit der **Menschenwürde** „… ist … jener Wert- und Achtungsanspruch gemeint, der dem Menschen kraft seines Menschseins zukommt, unabhängig von seinen Eigenschaften, seinem körperlichen oder geistigen Zustand, seinen Leistungen oder sozialem Status." (Art. Menschenwürde. In: www.wikipedia.de)

Dieser Wert- und Achtungsanspruch ist in der Konvention wiederholt als Gegenstand notwendiger Bewusstseinsbildung angesprochen. „Vor allem die Betroffenen selbst sollen in der Lage sein, ein Bewusstsein ihrer eigenen Würde (‚sense of dignity') auszubilden." (H. Bielefeldt, S. 5)

Es geht in der Konvention also ganz wesentlich um die Ausbildung eines bestimmten Bewusstseins der eigenen Würde, ein Bewusstsein, das eng mit der Selbstachtung verbunden ist. Um Selbstachtung zu entwickeln, müssen Menschen soziale Achtung erleben, gespiegelt bekommen. Deshalb nimmt die Konvention die Staaten in die Pflicht, Programme für die gesellschaftliche Aufklärung und Bildung zu entwickeln, die die soziale Achtung befördern. Soziale Achtung braucht gleiche Rechte (gegen Diskriminierung) und Teilhabe (gegen unfreiwillige Ausgrenzung).

Der Hessische Konsulentendienst ist ein Projekt zur Förderung der Inklusion von Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten und zwar auf einer sehr basalen Ebene der Lebensverhältnisse. Die Herstellung einer normalen Betreuungsbeziehung macht oftmals erst eine Integration des Menschen mit herausforderndem Verhalten in den Alltag einer Wohngruppe möglich. Die Vermeidung von Ausgrenzung (z.B. durch das Verbot der Teilnahme an Gruppenaktivitäten) und Diskriminierung (durch erzwungene Sonderregeln) ist ein wesentlicher Aspekt für die Beratung mit Inklusiver Perspektive.

Die Inklusive Perspektive in der Konsulentenarbeit

Perspektivübernahme bedeutet, dass man in der Lage ist, sich in die Lage eines anderen Menschen hineinzuversetzen, seine Sicht der Dinge wahrzunehmen, seine Argumentation nachzuvollziehen und die Auswirkung der Lebensumstände auf sein Leben und das Leben anderer Menschen abzuschätzen. Perspektivübernahme wird durch Einsicht ermöglicht. Dazu gehören Wissen und Kenntnisse über den anderen und seine Situation, Bildung und Information.

Wenn die UN-Konvention über Bewusstseinsbildung redet, dann meint sie solche durch kognitive Prozesse vermittelte Perspektivübernahme. Man erkennt, was es für einen auf einen Rollstuhl angewiesenen Menschen bedeutet, wenn die Bürgersteige an Straßenübergängen nicht abgesenkt sind, weil man die Auswirkungen, die das auf seine Bewegungsfreiheit innerhalb der Stadt hat, versteht.

Zum zweiten Schritt der Perspektivübernahme gehört es aus unserer Sicht, wenn man in der Lage ist, auch die Auswirkungen dieser Bewegungseinschränkungen auf das Lebensgefühl des Menschen mit Behinderung einzuschätzen. Man sieht dann nicht nur eine äußere Einschränkung, sondern die nachdrückliche Behinderung des inneren Wachstums, der Ausweitung des Selbstkonzeptes eines Menschen, seines Erlebens von Fähigkeiten und Kompetenz, seiner Selbststeuerung.

Von einer **Inklusiven Perspektive** reden wir, wenn sich an den Prozess der Perspektivübernahme die Bereitschaft zur Veränderung der Lebens-, Arbeits- und Wohnumstände zugunsten eines Menschen mit Behinderung und die Förderung seiner Würde und Selbstachtung anschließt. **Inklusion geht es um die konkrete Umgestaltung der bestehenden Verhältnisse!**

Im Hessischen Konsulentendienst arbeiten wir mit der Inklusiven Perspektive methodisch mit Hilfe des von uns entwickelten 4 Schritte – 4 Folien – Modells, das unten ausführlich vorgestellt wird. In vier Schritten rekonstruieren wir die Lebensverhältnisse des Menschen mit Behinderung (1), die Funktionsweise der ihn umgebenden Systeme und Strukturen (2) und deren Validität (3), um schließlich Vorschläge zur Umgestaltung seiner Lebensverhältnisse in Form von Handlungsempfehlungen (4) zu erarbeiten.

Literatur:
Art. Soziale Inklusion. In: www.wikipedia.de
Joachim Bauer: Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg 2005
Heiner Bielefeldt: Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin 2009 (Deutsches Institut für Menschenrechte, Essay No. 5)

ZUR PRAXIS DES HESSISCHEN KONSULENTENDIENSTES

Das Gelingen einer Konsultation ist in hohem Maß von einer psychischen Öffnungsbewegung in den an der Beratung beteiligten Personen abhängig. Diese Öffnung ist körperlich spürbar, an Mimik und Körperhaltung der Beteiligten zu erkennen und wird in vielen Fällen von den Mitarbeiter_innen am Ende der Konsultationssitzung verbalisiert. Diese psychische Öffnung (im Sinne der Bereitschaft, die momentanen Gefühle, Kognitionen und Bewertungen zur Betreuungssituation sich verändern zu lassen) ist die Voraussetzung für eine Bewegung in der Betreuungshaltung gegenüber dem Menschen mit Behinderung und für einen Perspektivwechsel gegenüber seiner Lebenssituation. Diese Öffnung wird gefördert durch

- einen warmherzigen Umgang zwischen den Beratern und den Ratsuchenden, aber auch unter den beiden Berater_innen selbst,
- Verständnis der Berater und der Leitung für die schwierigen Umstände der Betreuungssituation; dieses Verständnis muss verbalisiert werden,
- einen bewertungsfreien Raum, in dem alle Gefühle und das gesamte innere Erleben der Mitarbeiter_innen ausgesprochen werden können,
- ein Gefühl der Sicherheit bei den Ratsuchenden, vermittelt durch die Kompetenz der Konsulenten sowohl was die fachliche Einschätzung der Betreuungssituation und die Lebenssituation des Menschen mit Behinderung als auch was den Beratungsprozess angeht,
- die Entlastung der Leitung von jeglichen Aufgaben und Verpflichtungen während der Konsultationssitzung.

Prozessphasen der Konsultation

Wir gehen davon aus, dass eine Konsultation Prozessphasen durchläuft, die fließend ineinander übergehen, aber einer bestimmten inneren Logik des Beratungsprozesses folgen.

1. Die Konsultationsanfrage

Eine Konsultationsanfrage löst als Erstes immer Interesse in uns aus. Wie kam es zum Konsultationskontakt und -kontrakt? Wurde zuerst telefoniert? Waren andere Personen vermittelnd im Spiel? Ist das Anfrageformular vollständig ausgefüllt? Kennen wir die Einrichtung bereits – oder den Klienten? Wie wird die Situation mit dem Klienten und im Team beschrieben?

2. Innere Justierung und Selbstaufmerksamkeit der Konsulenten vor der Konsultation

Da wir zu zweit unterwegs sind, haben wir die Möglichkeit, uns während der Autofahrt miteinander „anzuwärmen“. Wir bringen uns auf den neuesten Stand was persönliche Themen angeht, und wir sprechen über die anstehende Konsultation. Auch Themen wie unsere persönliche Gestimmtheit oder die Tagesverfassung kommen zur Sprache. Das setzt ein vertrautes persönliches Verhältnis unter den Konsulenten voraus. Solch ein persönlicher Austausch ist die Voraussetzung dafür, um selbst in eine Gestimmtheit offener, warmer, verstehender Zuwendung zu kommen – die nötige Basis, um ein Team personzentriert beraten zu können.

3. Wahrnehmung im Raum

Mit solch warmer, verstehender Zuwendung kann man die Haltung beschreiben, mit der wir den Raum betreten, in dem die

Konsultation stattfinden soll. Zu dieser Wahrnehmung gehört die Aufmerksamkeit dafür, ob der Raum vorbereitet d.h. ausreichend gestuhlt, gelüftet und geheizt wurde, ob Getränke vorhanden sind, ob alle Teilnehmer_innen der Konsultation pünktlich sind, wie sich die Teilnehmer begrüßen etc. Dies gibt einen ersten Eindruck vom Umgang untereinander, der in der Einrichtung herrscht. Oft sagt dies auch etwas darüber aus, wie gut die Organisation in einer Einrichtung funktioniert, ob die Mitarbeiter_innen mit ihren Grundbedürfnissen gesehen werden und ob sich Team und Leitung auf die Konsultation vorbereitet haben.

4. Eröffnung

In unserem Setting übernimmt es Frau Martin, die Sitzung zu eröffnen, alle Teilnehmer zu begrüßen, den Ablauf zu skizzieren und die Teamleitung für die Dauer der Konsultation von jeglichen Steuerungsaufgaben zu entlasten. Wir stellen uns als Personen, mit unseren Kompetenzen und unserem Beratungskonzept vor und bitten um eine Namensrunde – oft bereits ergänzt durch eine Charakterisierung der Schwierigkeiten, die die Betreuung des Klienten bereitet. Für uns ist besonders interessant, wie kompetent die einzelnen Teammitglieder in der Beschreibung des Klienten und wie offen sie für die Schilderung eigener schwieriger Gefühle wie z.B. Ohnmacht, Hilflosigkeit, Zorn oder Angst sind.

5. Arbeitsphase 1: Fokussierung auf Team und Leitung

In der ersten Arbeitsphase geht es darum zu explorieren, in welcher emotionalen Verfassung sich die einzelnen Mitarbeiter_innen befinden. Oft differiert dies erheblich, was an der Persönlichkeitsstruktur, der Nähe oder Ferne zum Klienten, aber auch an verdeckten Gründen liegen kann. Unausgesprochene Leitfragen in uns sind: Gibt es die nötige Kraft und Bereitschaft, mit dem Klienten weiter zu arbeiten? Gibt es Konflikte im Team oder zwischen Team und Leitung, die

die Betreuung behindern? Wie schätzt das Team die Betreuungssituation ein? Welche Deutungsangebote für das Verhalten des Klienten werden gemacht?

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

6. Arbeitsphase 2: Die Inklusive Perspektive auf den Klienten

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

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

7. Lösungsphantasien entwickeln

Gemeinsam mit den Teilnehmer_innen entwickeln wir Lösungsphantasien dafür, was der Klient_in in ihrer Situation helfen könnte. Die Lösungsphantasien sind eine Vorstufe der Handlungsempfehlungen. Sie sind noch nicht an den Veränderungsmöglichkeiten der Einrichtung orientiert, sondern an dem, was wir und das Team als veränderungswirksam mit Blick auf die Klient_in phantasieren. Hier gibt es keine Grenzen, die in der Realität durch Finanzen, Personal, Organisationskultur, Veränderungsbereitschaft der Angehörigen etc. gesetzt werden.

8. Handlungsempfehlungen formulieren

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

9. Resümee

Zum Abschluss der Konsultationssitzung erbitten wir in einer Feedbackrunde von jeder Teilnehmer_in eine Rückmeldung zu ihrer Befindlichkeit am Ende des Beratungsprozesses (Kopf – Herz – Bauch). Dies hilft uns zu einer Einschätzung, welche Wirkung die Beratung hatte. Es geht um die emotionale Gestimmtheit des Betreuungspersonals, um ein verändertes Verständnis für den Klienten, aber auch um die Bereitschaft, zugunsten des Klienten Veränderungen in der Betreuung durchzuführen.

10. Abschluss

Zum Abschluss würdigen wir Berater das Erarbeitete und geben dem Team eine ehrliche, wertschätzende Rückmeldung zur gemeinsamen Arbeit. Wir hören immer wieder von den Teilnehmer_innen, wie wichtig es für sie ist, ein realistisches, externes Feedback zu ihrer Arbeit zu bekommen – ein Hinweis auf einen Mangel in der Rückmeldekultur vieler Einrichtungen. An dieser Stelle treffen wir auch weitere Verabredungen (z.B. für eine weitere Konsultation), bieten unsere Unterstützung für Krisen an und verabschieden uns voneinander.

11. Der Besuch bei der Klient_in

Nach Abschluss der ersten Konsultation mit dem Team treffen wir die Klient_in zu einem Sechs-Augen-Kontakt. Wenn ein verbaler Austausch möglich ist, stellen wir uns vor, erklären, weshalb wir gekommen sind („Ihre Betreuer machen sich Sorgen um Sie.“), und fragen die Klient_in nach ihrem Befinden und ihren Veränderungswünschen. Oftmals ergibt sich schon nach kurzer Zeit ein intensiver Kontakt. Einige Klienten haben uns gebeten, sie beim nächsten Mal wieder zu

besuchen (was wir gerne getan haben). Einige Male waren Klienten zum Zeitpunkt der Konsultation im Psychiatrischen Krankenhaus. Wir haben die Klienten dann dort aufgesucht.

12. Nachgespräche bei der Autofahrt

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

Die Inklusive Perspektive: Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell

Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell ist ein analytisches Hilfsmittel, das wir erarbeitet haben, um die Hintergründe des herausfordernden Verhaltens eines behinderten Menschen zu verstehen und die Inklusive Perspektive methodisch handhabbar zu machen. Wir nutzen dieses Modell in Arbeitsphase 2, um die Inklusive Perspektive auf den Klienten zu entwickeln.

Die vier Schritte

1. Im ersten Schritt der Analyse steht die Perspektive des behinderten Menschen auf dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte im Zentrum, und es wird versucht, aus dieser Sicht heraus sein Verhalten zu verstehen (Bilden von Verstehenshypothesen mit Hilfe von Folie 1).

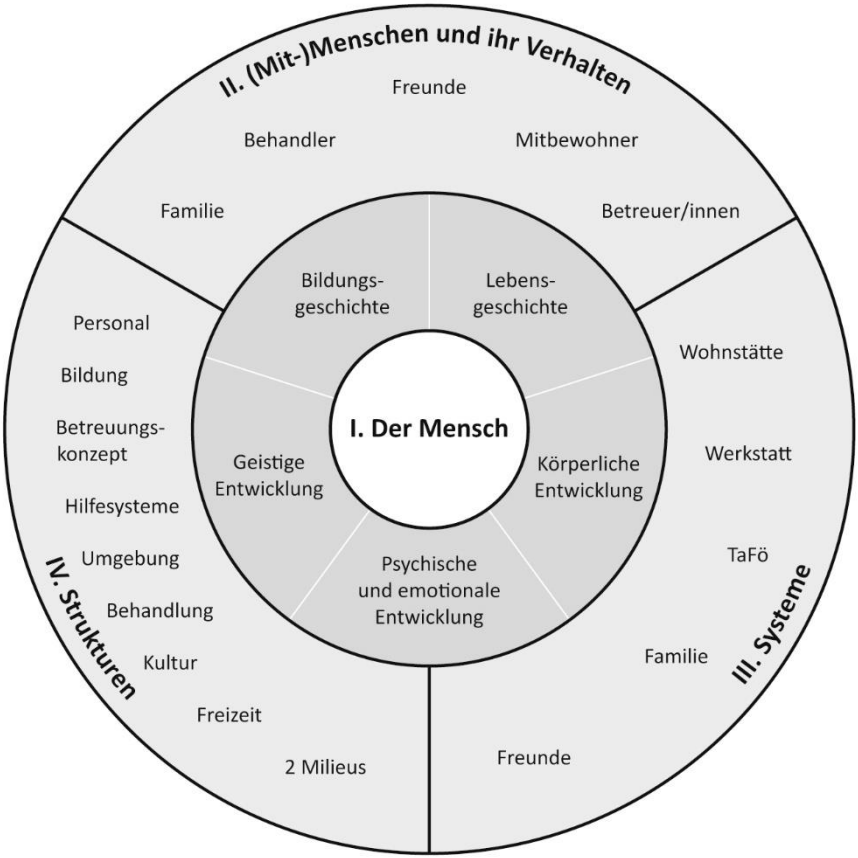
2. Im zweiten Schritt betrachten wir die Verhaltensweisen der Menschen, die mit dem Menschen mit Behinderung umgehen, und die Funktionsweise der betroffenen Systeme und Strukturen (Erarbeitung des Istzustandes mit Hilfe der Folien 2 -4).

3. Im dritten Schritt werden die den behinderten Menschen umgebenden Mitmenschen, Systeme und Strukturen daraufhin beleuchtet, inwiefern sie die Grundbedürfnisse des behinderten Menschen befriedigen können (Abgleich von Ist-Zustand und Bedürfnissen des behinderten Menschen).

4. Im vierten Schritt werden Veränderungsmöglichkeiten im Verhalten der Mitmenschen und in der Organisation der Systeme und Strukturen erarbeitet (Handlungsempfehlungen).

Die vier Folien

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



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

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

Folie II: (Mit-) Menschen und ihr Verhalten

Dazu gehören Eltern, Geschwister, Familienangehörige, Betreuer_innen in der Wohnstätte, WfbM, TaFö; gesetzl.

Betreuer_innen; Mitbewohner_innen; Mitarbeiter_innen in der WfbM; Freund_innen; Ärzte und andere Behandler_innen. Wir versuchen zu eruieren, wo sich konflikthafte oder hilfreiche Beziehungen zeigen und ob das Verhalten der Betreuer_innen personangemessen ist.

Folie III: Systeme

Wir überprüfen die Wohnstätte auf ihre Einrichtungsgegenstände, lassen uns die Architektur erläutern, bewerten Größe, Helligkeit und Geräusche. Wir fragen nach dem Betreuungsschlüssel für den Klienten, besichtigen den Arbeitsplatz in der Werkstatt, nehmen die Gestaltung der Räume unter die Lupe, begutachten die Gruppengröße und fragen nach den Freizeitangeboten.

Folie IV: Strukturen

Hierher gehören Fragen nach den Dienstplänen, Wochenend- und Nachtdiensten, Krankheits- und Urlaubsvertretung, Stellenbesetzungen, Bildung der Mitarbeiter_innen, Supervisionsangebote etc. Wir fragen nach dem Betreuungskonzept, nach der Zusammenarbeit der Hilfesysteme, klären die medizinische und psychotherapeutische Behandlung und widmen uns Fragen der Organisationskultur in der Wohnstätte / WfbM / TaFö (was darf angesprochen werden, was nicht?).

Grundbedürfnisse behinderter Menschen

Wir gehen davon aus, dass herausforderndes Verhalten oftmals mit nicht befriedigten Grundbedürfnissen der Menschen mit Behinderung zusammenhängt, ein Zustand, auf den diese Menschen mit heftigen Verhaltensweisen als Notbehelf reagieren, weil ihnen andere Verhaltensmöglichkeiten versperrt sind. Mit den psychoanalytischen

Grundannahmen gehen wir von drei Grundtrieben (Selbsterhaltung – Sozialität – Sexualität) aus, die vielfach vermischt und verfeinert sich in den menschlichen Grundbedürfnissen ausdrücken.

1.) Selbsterhaltung

Diese drückt sich aus in den Bedürfnissen nach Selbststeuerung (z.B. eigene Strukturen und Regeln), Selbstbestimmung (z.B. Freiräume ohne Kontrolle), Selbstentfaltung (z.B. Räume für Kreativität), Selbstwirksamkeit (z.B. eine Aufgabe, die befriedigt), dem Wunsch nach verbindlichen Absprachen (Zuverlässigkeit), körperlicher Bewegung und gesundem und ausreichendem Essen.

2.) Sozialität

Menschen brauchen aus unserer Sicht u.a. verbindliche Beziehungen (wichtige Andere), bedingungslose Wertschätzung (Liebe), ehrliche Kontakte, Strukturen und Regeln für ein gemeinsames Miteinander und verlässliche Absprachen.

3.) Sexualität

Lustvoll fließende Energie im Körper, die sich in Sexualität, Sinnlichkeit, Erotik und dem Wunsch nach Berührung und körperlicher Nähe ausdrückt, ist aus unserer Sicht ein wichtiger Teil menschlichen Erlebens.

Das Berater_innen-Team: Beratung in der Dyade

Die Beratungssituation ist in der Konsulentenarbeit durch einen hohen Grad an Komplexität bestimmt. Viele verschiedene Faktoren bestimmen das Beratungssetting und verlangen eine flexible und prozessorientierte Reaktion. So ist die Zusammensetzung des zu

beratenden Gremiums im Vorhinein unbekannt, oder es gibt unerwartete Wendungen wie die plötzliche Einweisung des Klienten in die Psychiatrie wegen einer akuten Verschärfung der Gewalttätigkeiten.

Vertrautheit der Berater miteinander

Es ist ausgesprochen hilfreich, wenn die beiden Berater_innen miteinander vertraut sind, sich kennen und die Aufgabenaufteilung geklärt ist. In der Zusammensetzung wechselnde Beraterteams stehen hier vor zusätzlichen Schwierigkeiten und Mühen. Ein miteinander vertrautes Beratungsteam hilft zu Verhaltenssicherheit und damit zu innerer Entspannung, was der Beratungsatmosphäre gut tut. Wohlwollen, Humor und gegenseitige Wertschätzung entkrampfen die Beratungssituation und fördern ein offenes Klima in der Konsultation.

Gleiches Menschenbild und Beratungsverständnis

Bedeutsam ist die gleiche Ausrichtung der beiden Berater in ihrem Menschenbild und ihrem Beratungsansatz. Kontroverse Auseinandersetzungen über die Vorgehensweise wären sehr hinderlich für eine gelingende Beratung. Auch das spricht gegen willkürlich und wechselnd zusammengesetzte Beratungsteams.

Stärkenorientierte Aufgabenteilung

In der Praxis hat es sich bewährt, die Aufgaben nach den jeweiligen Stärken zu verteilen. In unserer Zusammenarbeit übernimmt ein Part gerne das „Anwärmen“ mit dem Team und der Teamleitung in der Kennenlernrunde; der andere Part richtet seine Aufmerksamkeit auf die Kommunikation unter den Teammitgliedern und auf die Art und Weise, wie sich die einzelnen Personen einbringen. Im Verlauf der Beratung fällt dem einen die Aufgabe zu, Lösungsansätze mit dem

Team zu entwickeln, während die andere die Überlegungen verschriftlicht.

Gegenseitige Wertschätzung und Fehlerfreundlichkeit

Die Qualitäten der Beziehung zwischen den beiden Berater_innen bestimmen das Klima in der Beratung in hohem Maße. Die wertschätzende und zugewandte Ausstrahlung, die ein Beraterteam hat, unterstützt den Öffnungsprozess der an der Beratung Beteiligten, wozu auch immer zu einem gewissen Grad die Selbstöffnung der Berater gehört. Dies ist ein wesentliches Kriterium für die Entwicklung von Lösungsphantasien und Handlungsempfehlungen und für die Bereitschaft zu verändertem Betreuungsverhalten.

Prozessorientierte Zusammenarbeit

Die Konsultation erfolgt in offener Prozesskultur, Konsulenten arbeiten situativ mit den Themen, die von den anwesenden Personen eingebracht werden. Dies erfordert hohe Aufmerksamkeit hinsichtlich der Begleitung einzelner Teilnehmer einerseits und des Überblicks über das Gesamtgeschehen andererseits. Oft treffen die Konsulenten komplexe Beratungssituationen an, z.B. zahlreiche Beteiligte, unterschiedliche Professionen, mehrere Hierarchieebenen, Eltern und professionelle Helfer an einem Tisch. Dies macht eine Planung des Gesprächsverlaufs im Vorhinein unmöglich. Auch können Prozesssteuerung, Gesprächsführung und Dokumentation nicht gleichzeitig von einer Person bewältigt werden.

Manchmal reagieren die Teilnehmenden an einer Beratung auf sehr persönliche Art betroffen mit Tränen oder anderen starken emotionalen Äußerungen. Dann ist die eine Berater_in als Begleiter_in der Ratsuchenden und die andere zur Prozesssteuerung erforderlich, um gleichzeitig die sachliche und die persönliche/emotionale Ebene im Blick behalten zu können.

Stabilität in der Beratung

Zwei miteinander vertraute Berater wirken stabilisierend in der Beratungssituation, wenn ein Prozess psychischer Öffnung geschehen soll. Das gilt sowohl für die Berater, die sehr häufig unvertrauten Situationen ausgesetzt sind, aber auch für die Ratsuchenden, die sich zwei fremden Menschen gegenüber sehen, mit denen sie sehr schnell in ein Gespräch über das eigene innere Erleben, ihre Gefühle und Bewertungen eintreten.

Kompetenzzuwachs

Ergänzungen im jeweiligen Kompetenzprofil erweitern die Handlungsmöglichkeiten in der Beratung. Wir verfügen über unterschiedliche Kompetenzdimensionen aufgrund der jeweiligen Vorbildung, wodurch sich die Beratungsmöglichkeiten addieren. Neben unserer supervisorischen Grundkompetenz bringen wir Feldkompetenz in der Behindertenhilfe, Weiterbildungen als Ausbilder für Personzentrierte Beratung, Enneagrammlehrerin, Organisationsberater, Sozialmanagerin oder in transpersonaler Psychologie mit.

Intervision

Die gemeinsame Fahrt im Auto zur Beratung hilft uns, miteinander „warm“ zu werden. Fehlt ein solcher Kontakt vor der Beratung, so bemerken wir, dass wir in unserer Empathiefähigkeit zunächst gehemmt sind. Auch wir als Berater brauchen einen wertschätzenden Raum für die psychische Öffnung, der uns wahrnehmungsfähiger macht.

Nachgespräche über den Verlauf der Beratung sind unabdingbar. Gemeinsame Fahrten im Auto ermöglichen eine Reflexion der Sitzung direkt im Anschluss an die gemeinsam erlebte Konsultation. Häufig meldet sich hier der Körper mit feinen Reaktionen. Spannungswahrnehmungen und Eindrücke klingen nach und können

miteinander besprochen werden. Subtile Wahrnehmungen, die während der Beratung vorbewusst geblieben sind, steigen auf und werden durch Aussprechen und Abgleichen fassbar und damit nutzbar für eine Einschätzung der Situation.

Reduzierung der Belastung

Weite Fahrstrecken in Hessen mit bis zu 400 km an einem Tag und lange Arbeitszeiten von bis zu 12 Stunden bedeuten eine hohe Belastung. Gemeinsame Fahrten ermöglichen es, sich beim Fahren abzuwechseln, zu entspannen oder sich durch Unterhaltung und Austausch konzentriert zu halten.

Gemeinsam formulierte Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen sind immer ein Gemeinschaftswerk, in das beide Konsulenten ihre Sicht einbringen, was den Focus deutlich erweitert. Einer der beiden Berater formuliert die Rohfassung, für die sich der Drei-Schritt „Situationsanalyse – Verstehenshypothesen – Handlungsempfehlungen“ herausgebildet hat. Der andere Berater überarbeitet das Dokument, bis eine endgültige, gemeinsam verantwortete Fassung vorliegt.

Hilfswissen

Unter Hilfswissen verstehen wir psychologisches Wissen, das wir nutzen, um Deutungshypothesen zu entwickeln, die das herausfordernde Verhalten des Klienten in einen kommunizierbaren psychologischen Zusammenhang einordnen. Die Deutungshypothesen haben die Funktion, gemeinsam mit dem Betreuungsteam und der Leitung über das ins Gespräch zu kommen, was sich im Klienten abspielen könnte, so dass sein herausforderndes Verhalten verständlich wird. Dieses Vorgehen hat nichts mit Diagnostik zu tun. Es mag sein,

dass vorliegende psychiatrische Diagnosen für die Deutungshypothesen zu Rate gezogen werden, aber der Sinn der Deutungshypothesen ist es, sich dem Klienten annähern zu können, seinem Verhalten und seiner Person wieder näher zu kommen, die Fremdheit zu überwinden und dadurch eine offene Betreuungshaltung zu ermöglichen. Das Wiedergewinnen der Handlungsfähigkeit in der Betreuung durch einen veränderten Zugang zum Klienten ist eines der wichtigsten Ziele in der Konsultation.

Ausdrücklich wollen wir darauf hinweisen, dass die Beiträge von Barbara Senckel zur „Entwicklungsfreundlichen Beziehung®“ aus demselben Theoriefundus schöpfen wie wir und ebenfalls die humanistische Psychologie zum Ausgangspunkt nehmen. Wir empfehlen die Beiträge von Frau Senckel deshalb als reichhaltige Quelle für den Erwerb von Hilfswissen für die Konsulentenarbeit. Die Beiträge von Marlis Pörtner fußen – wie auch unsere Arbeit – auf dem Personzentrierten Ansatz. Dort finden sich viele hilfreiche Einsichten zu einer und Hinweise für eine Personzentrierte Betreuungshaltung. Weiterführende Literatur zu möglichen Hintergründen von herausfordernden Verhalten findet sich im Literaturverzeichnis.

Beispiele aus unseren Handlungsempfehlungen für psychologisches Wissen, das wir beim Bilden von Verstehenshypothesen benützen, sind:

- Kollusion: „Seit dem Herbst 2011 führen die beiden Klienten miteinander eine Paarbeziehung und leben seit Oktober 2011 in einer gemeinsamen Wohnung im betreuten Wohnen. Die Paarbeziehung hilft ihnen einerseits dabei, Stabilität aneinander zu finden und nicht erfüllte Bindungs- und Nähebedürfnisse zu befriedigen, andererseits löst dies aber immer wieder starke Abgrenzungswünsche, Zurückstoßungen und Aggressionen in ihnen aus. In dieser Kollusion (unbewusst abgestimmtes Zusammenspiel zweier Personen) übernimmt Herr TT die Rolle des Starken, Tragenden, Frau

DD die Rolle der Anhänglichen, Schwachen. Frau DD verhindert und unterläuft jeglichen Einzelkontakt von Herrn TT zu anderen Bezugspersonen und verweigert solchen Einzelkontakt für sich selbst. Bei Konfrontation droht Frau DD mit Aggression. Die Paardynamik hat eine Tendenz, immer wieder zu eskalieren (gegenseitige Gewalttätigkeiten, Tierquälerei, Androhung von Suizid). Die Beziehung zu den Bezugsbetreuerinnen wird nach der Bereitschaft der beiden ausgerichtet, den erreichten Status (betreutes Wohnen und Paarbeziehung) zu stützen und abzusichern."

- COEX-Systeme: „Das beschriebene aggressive und andere entwertende Verhalten deutet auf ein COEX-System (condensed experience) hin, in das MS unbewusst und ungewollt immer wieder hineingerät und für das sie keine alternativen Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung hat. Als COEX werden Verhaltensmuster bezeichnet, die Erfahrungen aus der Vergangenheit auf bestimmte Situationen der Gegenwart übertragen, wenn diese der ‚bekannten' Situation ähneln oder MS sich an sie erinnert fühlt. Diese Übertragungen sind jeweils voneinander unabhängig und beeinflussen die Wahrnehmung in Bezug auf sich selbst, auf die Umgebung, die Gefühle und Meinungen, Ideen und Verhalten und somatische Prozesse."

- Psychisches Verschmelzen: „Die Klientin leidet möglicherweise unter psychischen Episoden, die ihr innerlich starkes Schmerzerleben vermitteln. Diesen psychischen Druck versucht sie über Selbstverletzung oder durch plötzliche Impulsdurchbrüche abzubauen. Ihre enge Anbindung an eine Mitarbeiterin deuten die Konsulenten als Versuch, über die ‚Verschmelzung' mit der Energie des anderen das eigene

(evtl. frühkindliche) Bedürfnis nach Stabilität, Wohlbefinden und Schmerzfreiheit zu befriedigen und eigenes Unwohlsein zu kompensieren."

- Selbstwirksamkeit: „Die Förderung der Selbstwirksamkeit der Klientin durch die Wahrnehmung eigener Kompetenzen ist ein bedeutsames Ziel in der Begleitung von Frau XX. Die MitarbeiterInnen müssen kreativ sein, um herauszufinden, auf welche Unterstützung XX gut reagiert und was der Wahrnehmung ihrer eigenen Kompetenzen dient. Selbstwirksamkeitserfahrungen unterstützen, dass:
  - XX erfährt, selbst Einfluss auf Prozesse nehmen zu können,
  - sie sich in ihren eigenen Kompetenzen erlebt,
  - sie sich selbst positive Energie zuführen kann,
  - XX weniger auf Zuwendung und permanente Aufmerksamkeit von außen angewiesen ist."

Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen stellen eine stark verdichtete Form der gemeinsam mit dem Team erarbeiteten Konsultationsergebnisse dar. Es hat sich ein Drei-Schritt herausgebildet, der uns sinnvoll erscheint.

1. **Situationsanalyse:** In der Situationsanalyse fassen wir die wichtigsten Fakten zusammen, wie sie uns vom Team vorgetragen werden. Insbesondere für spätere Beratungstermine hilft eine Beschreibung der Ausgangssituation, um die Problemlage rekapitulieren zu können – angesichts der Unübersichtlichkeit durch die zahlreichen Klienten, die wir kennenlernen, ein wichtiger Gesichtspunkt.

2. **Deutungshypothesen:** Die Deutungshypothesen sind keine psychologische oder psychiatrische Diagnostik, sondern mögliche Verstehenszugänge für das herausfordernde

Verhalten des Klienten respektive für sein inneres Erleben, das dieses Verhalten bewirkt. Wir bedienen uns hierfür in gleicher Weise bei psychoanalytischen, humanistischen oder transpersonalen Theorien. Wir reden von Analogien zu den Theorien, von Ähnlichkeiten und Vergleichbarkeiten.

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

Ansonsten verweisen wir auf die unten vollständig und ausführlich abgedruckten exemplarischen Handlungsempfehlungen.

Evaluation

Ein halbes Jahr nach Beendigung der Konsultation versenden wir einen Auswertungsbogen (siehe Anhang), mit dem wir die Zufriedenheit mit und die Nachhaltigkeit der Konsultation abfragen. Natürlich ist die Nachhaltigkeit der Konsultation an die Bereitschaft und die Fähigkeiten der in der Betreuung handelnden Personen gekoppelt. Die hohe Erfolgsrate von 72 % nachhaltiger positiver Veränderung im Verhalten des Menschen mit Behinderung spricht für die Selbststeuerungsfähigkeiten und den Veränderungswillen der Mitarbeiter_innen und der Leitung. Es zeigt sich darin aber auch, dass Personzentrierte Beratung mit Inklusiver Perspektive auf den Klienten in der Lage ist, stark belastete Teams und Leitungen wieder handlungsfähig zu machen, und dass dies wiederum vielen Menschen mit Behinderung den Raum gibt, konstruktive, soziale Verhaltensweisen anstelle von herausforderndem Verhalten zu „wählen“.

Exemplarische Rückmeldungen auf unsere Arbeit sind z.B.:

„Man sollte des Öfteren Meinungen sowie Tipps von Außen einholen, da es unheimlich hilft in der eingefahrenen Arbeit aus dem Trott rauszukommen und seine eigene Sichtweise zu verändern und auch zu vergrößern.“

„Die Beratung durch den Hess. Konsulentendienst hat uns konstruktive Impulse für unsere Arbeit im besprochenen Fall gegeben und uns ermöglicht, unsere Arbeit zu reflektieren. Dies hatte ganz konkrete Auswirkungen auf die beiden Klienten. Vielen Dank."

„Wir bedanken uns für die fachlich kompetente Beratung."

„Die Mitarbeitenden des Konsulentendienstes waren sehr nahe an der Praxis und haben gleichzeitig immer perspektivisch beraten und geführt. Für die Mitarbeitenden war vor allem das große Verständnis für ihre Situation motivierend und stützend und letztlich auch wegweisend, nachdem im Vorfeld der Begleitung durch den Konsulentendienst immer ‚nur' beratende und wohlmeinende Diskussionen mit Heimaufsicht etc. erfolgten."

„Frau X. hat sich inzwischen in M. zur Borderline-Therapie angemeldet. Die Arbeit mit ihr macht Spaß, und sie ist viel ruhiger geworden. Nochmals vielen Dank. Sie waren eine große Hilfe."

„Schön war, dass die Konsulenten im Anschluss an das Gespräch die Klientin nochmals persönlich in Augenschein nahmen."

„Die Beratung durch die Konsulenten hat uns sehr geholfen, einen anderen Blick auf die Bewohnerin zu bekommen, und die Dinge, die nicht zu ändern sind, eher hinzunehmen, mit der Konsequenz, dass für uns Grenzen klar abgesteckt werden müssen."

„Der Klient ist in der mit neuen Impulsen versetzten Zusammenarbeit ruhig und kompetent geworden."

„Sehr hilfreich und uneingeschränkt empfehlenswert - nach zahlreichen Interventionen in diesem Fall."

Selten bekommen wir ausgesprochen negative Rückmeldungen durch den Evaluationsbogen. Wenn sich die Absender zu erkennen geben, nehmen wir zu den Aussagen schriftlich Stellung und bieten eine kostenfreie weitere Konsultation an. In allen drei Fällen, in

denen dies der Fall war, hat die Absender_in von dem Angebot keinen Gebrauch gemacht.

Gelegentlich gibt es auch (manchmal anonyme) negative Rückmeldungen wie:

„Leider war der zwischenmenschliche Aspekt in der Runde sehr problematisch. Man hat sich eingeschüchtert gefühlt. Das hat den offenen Austausch erschwert."

„Die Beratung war kompetent und hilfreich, aber seitens des Konsulententeams wurden voreilige Versprechungen und Hoffnungen gemacht, ohne dass die Erwartungen erfüllt wurden. Das war schade für das Team."

Wir hinterfragen uns sehr gründlich, ob solche Rückmeldungen eine realistische Widerspiegelung der Beratungssituation darstellen und, wenn ja, ob und was wir daran ändern können. In der ersten Rückmeldung geht es um ein subjektives Erleben der Leitung. Dies ist durch uns nicht überprüfbar – aber es bleibt die Frage an uns, ob wir zu dominant in der Beratung waren. Im zweiten Fall ging es um unsere Unterstützung bei der Suche nach einer besser geeigneten Wohnstätte - die wir auch gegeben haben. Allerdings zögerte sich der anstehende Umzug immer weiter hinaus. Haben wir unser Unterstützungsangebot und seine Wirkung zu optimistisch formuliert?

EXEMPLARISCHE BERATUNGSANLÄSSE

Wenn wir einen Auftrag zur Beratung erhalten, ist in der Regel schon viel ausprobiert und versucht worden, um die Situation zu verändern. Die Hilfeanfrage erreicht uns zu einem Zeitpunkt, an dem die Betreuungssituation bereits relativ festgefahren ist. Die Beteiligten in der Umgebung des Klienten erleben sich inzwischen zunehmend hilf- und ratlos. Sie alle haben „ihr Bestes“ gegeben, und doch hat sich die Situation nicht verbessert, weshalb sie unseren externen Blick auf die Situation zu Rate ziehen. Die Beratungsanlässe sind so verschieden wie die Menschen, denen wir begegnen. Wir zeigen hier einige typische Anfrageanlässe auf.

Fremdaggressives Verhalten durch Klienten

Herr AA (34) wird seit 2 Jahren im Rahmen von Betreutem Wohnen begleitet. Er lebt in einem 1-Zimmer-Appartement. Beschäftigt ist er in der WfbM. Bei Aufnahme ins Betreute Wohnen wurde bei der Hilfeplanung besonders darauf geachtet, die Anforderungen und Stressfaktoren so gering wie möglich zu halten, um (aus abgebenden Betreuungseinrichtungen bekannte) gewalttätige Reaktionen auf subjektiv erlebte Anspannungszustände zu vermeiden. Um sich für die besonderen Ansprüche an Herrn AAs Betreuung noch besser zu professionalisieren, hat sich der Bezugsbetreuer in einer gezielten Fortbildung für den optimalen Umgang mit Gefahrensituationen durch aggressive Verhaltensweisen von Klienten weitergebildet. Er befindet sich in einer Ausbildung als Deeskalationstrainer, um seine erworbenen Kenntnisse einrichtungsintern zu multiplizieren. Die Mitarbeiter_innen sind geschult in gewaltfreier Kommunikation und wenden diese im Umgang mit Herrn AA konsequent an. Beim letzten Hausbesuch wurde der Bezugsbetreuer Ziel eines tätlichen Angriffs, als er vor Urlaubsantritt von Herrn AA zusammengeschlagen wurde. Die Leitung sorgt sich nach diesem Vorfall um die Sicherheit des Personals. Obwohl es bereits häufiger zu Tätlichkeiten gekommen ist,

wurde bei dem letzten Angriff eine neue Qualität beobachtet, die als Warnsignal für eine zunehmende Gewaltbereitschaft als Bewältigungsmechanismus zur Energieabfuhr bzw. zum Stressabbau gedeutet wird. Die Betreuer_innen beschreiben Herrn AA als hoch sensiblen Menschen, der über keine angemessene Stresstoleranz verfügt. Bereits eine Veränderung im S-Bahn-Fahrplan oder eine fehlende (von ihm erwartete) Ansage am Bahnhof kann zu einem Impulsdurchbruch mit Gewaltattacken gegen Andere führen. Als besonders belastend erlebt er Trennungssituationen (z. B. wegen Urlaub oder Erkrankung von Mitarbeiter_innen). Die Mitarbeiter_innen stellen dann ihr Auto nicht im Sichtfeld von Herrn AA ab, um es vor Beschädigungen zu schützen, die er in der Vergangenheit in ähnlichen Situationen vorgenommen hat.

Selbstschädigendes Verhalten

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

Frau ZZ (36) zeigt insbesondere bei Störungen des gewohnten Tagesablaufs Anspannung und aggressive Verhaltensweisen, die sich in lautem anhaltendem Schreien, Trampeln, an den Türen Reißen oder in Autoaggression (sie schlägt sich so lange auf das Ohr, bis sie blutet) äußern. Sie reagiert mit Schreien und Aggression auf Belastungssituationen und Anforderung. Sie ist auf die Mitarbeiter fixiert und muss ständig beaufsichtigt werden, weil Mitbewohner sich einerseits durch sie bedroht und belästigt fühlen und sie andererseits

massiv angreifen und beschimpfen. Frau ZZ singt und tanzt gerne, es gelingt jedoch nicht immer, mit dieser Ablenkung ihren Stimmungswandel einzuleiten.

Dissoziales Verhalten

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

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

Suizidalität

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

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

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

In der Wohngruppe ist TT bisher nicht richtig angekommen. Auf Grund seiner Aggressivität, seines hohen Redebedarfs und der wiederkehrenden Suizidankündigungen stehen ihm die Mitbewohner reserviert gegenüber, zum Teil gibt es handfeste Konflikte mit körperlichen Auseinandersetzungen.

TT zeigt sich den Konsulenten als Mensch in einer Krise. Hinter den Suizidankündigungen verbirgt sich spürbar ein erheblicher Leidensdruck und seelisches Unglücklichsein. Offensichtlich leidet TT an der Differenz zwischen seiner realen Lebenssituation und den inneren Bildern, die er vom „guten, richtigen Leben“ hat (wie ein türkischer Mann zu sein hat), aber auch unter den realen Defiziten (z.B. mangelnder Familienkontakt), die er erfährt. Fremd- und Selbstaggression können als Ausagieren des inneren Schmerzes und Leidens verstanden werden, das TT (auf Grund seiner Behinderung?) nicht in sich halten kann. Durch die Behinderung werden auch seine Kompensationsmöglichkeiten für unzulängliche Lebensumstände begrenzt sein. Die Fähigkeit zur Selbststeuerung ist bei TT eingeschränkt.

Besondere Personengruppen unter den Menschen mit Behinderung

Autistische Menschen

Bei einem Viertel der Konsultationen bilden die Ansprüche von Menschen mit autistischen Spektrumsstörungen einen Anlass, den Hessischen Konsulentendienst zur Beratung hinzuzuziehen. Besonders bei jungen Menschen stoßen die Mitarbeiter_innen an ihre Grenzen, wenn sie Verhaltensweisen nicht verstehen, keinen Zugang zu deren Empfinden bekommen oder ihre bisherigen Möglichkeiten, Einfluss auf das Verhalten der Klienten zu nehmen, nicht greifen. Menschen aus dem Bereich der autistischen Spektrumsstörungen haben eine andere Wahrnehmung als die meisten anderen Menschen. Es gibt viele Möglichkeiten der Ausprägung dieser Behinderung. Häufig sind Betroffene in ihren Kommunikationsfähigkeiten eingeschränkt, in der Interaktion sind sie oft mehr an Dingen und Strukturen als an Personen interessiert, sie mögen in der Regel keine Veränderungen und handeln eher spontan als nach Plan. Mit diesen Persönlichkeitsmerkmalen bringen sie innerhalb einer Wohn- oder Arbeitsgruppe immer einen besonderer Bedarf mit, der sie von den anderen dort lebenden Menschen mit Behinderung unterscheidet.

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

Junge behinderte Menschen mit traumatisierender Vorgeschichte

Obwohl es dafür bislang noch wenig empirische Untersuchungen gibt, gehen wir davon aus, dass Kinder und junge Menschen mit Behinderung wesentlich mehr Risikofaktoren für Traumatisierungen ausgesetzt sind als andere. Dies begründet sich sowohl in personalen, also behinderungsbedingten als auch in umweltbedingten Risiken, die sich durch die gesellschaftliche Stellung und das Lebensumfeld der Menschen mit Behinderung ergeben. Dazu gehört beispielsweise die eingeschränkte kognitive Fähigkeit zur Verarbeitung von Lern- und Erfahrungsprozessen oder eine Reizverarbeitungsschwäche, die dazu führt, dass Einflüsse, Gefühle oder Reize schwer verarbeitet und nicht in brauchbare Handlungsstrategien für ähnliche Situationen umgesetzt werden können. Menschen mit geistiger Behinderung haben dadurch ein höheres Risiko, sich in Situationen wiederzufinden, die sie als bedrohlich empfinden und nicht bewältigen können.

In unserer Beratungspraxis treffen wir Menschen mit Behinderung, von denen bekannt ist, dass sie als Kind körperlicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren. Sie mussten Erfahrungen von Vernachlässigung, Hunger oder psychischer Gewalt machen, wurden früh aus der Familie herausgelöst und in unterschiedlichsten Einrichtungen betreut. Auf diesem Hintergrund lässt sich eine erhöhte Vulnerabilität (psychische Verletzlichkeit) erklären, die Menschen mit einer geistigen Behinderung häufig zusätzlich belasten.

Frau EE (20) wohnt in einer Wohneinrichtung. Zur Vorgeschichte gehören Alkoholismus und Gewalttaten in der Familie und der Verdacht auf massive Kindesvernachlässigung. Mit 15 Jahren wurde sie mit Hilfe der Polizei gewaltsam aus ihrer Familie geholt, wohnte in einer Pflegefamilie, wo die Situation nach wenigen Wochen

eskalierte. Frau EE wurde dann intensiv in einer sozialpädagogischen Einrichtung für Kinder betreut. Es folgten zwei Aufenthalte in der Psychiatrie. Seit 3 Monaten befindet sich Frau EE stationär in einer Fachklinik. Frau EE hatte zuvor in der Wohneinrichtung die Flüssigkeit und Nahrung verweigert und wollte nicht mehr in die WfbM gehen. Außerdem hatten die aggressiven Übergriffe gegenüber schwächeren Mitbewohner_innen zugenommen. In der Nachbarschaft und in mehreren Geschäften fiel sie durch Diebstähle auf. Nun soll sie aus der Klinik entlassen werden und die Einrichtungsleitung möchte Unterstützung durch den Konsulentendienst bei der Entwicklung eines geeigneten Betreuungskonzeptes und der Schaffung guter Rahmenbedingungen, so dass Frau EE in der Wohneinrichtung weiterhin leben und gut betreut werden kann.

Behinderte Menschen mit Epilepsie

Bei Menschen mit geistiger Behinderung treten häufiger als bei nicht behinderten Menschen Epilepsien auf. Die epileptischen Anfälle sind dabei in der Regel ein Symptom unter mehreren und lassen sich nur durch gezielte Untersuchungen diagnostizieren. Bei behinderten Menschen gibt es häufiger schwere Verlaufsformen von Epilepsie als bei Nichtbehinderten, und es können gleichzeitig mehrere verschiedene Anfallsformen auftreten. Neben epileptischen Anfällen treten bei Menschen mit Behinderung oft auch andere motorische Phänomene auf, die nicht einfach von epileptischen Anfällen zu unterscheiden sind. Dadurch wird die medikamentöse Behandlung von Epilepsie erheblich erschwert. Oft ist es schwierig, medikamentös bedingte Nebenwirkungen zu erkennen. Bei Veränderungen der Medikation beispielsweise ist die differenzierte Beobachtung der Menschen aus dem Umfeld besonders wichtig. Die Wechselwirkungen von Begleitmedikationen wie Psychopharmaka sind nur unzureichend erforscht und können individuell sehr unterschiedliche Auswirkungen auf das Befinden und damit auf das Verhalten des Klienten haben.

In unserer Beratungspraxis finden sich immer wieder Klienten mit geistiger Behinderung und Epilepsie, bei denen etwa ab dem 50. Lebensjahr eine Persönlichkeitsveränderung erfolgt, die sich durch die Abnahme der Frustrationstoleranz und eine höhere Sensibilität gegenüber äußeren Reizen zeigt. Das Betreuungspersonal ist durch die Veränderungen, die sie bei den Klienten feststellen, verunsichert und sucht nach neuen Wegen, das Lebensumfeld so zu gestalten, dass der Klient weiterhin gut leben und zufrieden sein kann.

Herr FF (51) zeigt immer wieder verbal und körperlich unbeherrschtes Verhalten, dem einige Betreuer_innen nichts mehr entgegen zu setzen wissen. Diese Situation besteht seit einem psychischen „Einbruch“ vor zwei Jahren. Herr FF erlebt bereits kleine Eingriffe in seinen Handlungsablauf (eine andere Person greift gleichzeitig zum selben Marmeladenglas) als Bedrohung seiner persönlichen Integrität und reagiert mit starker Aggression. Er kann Spannungen und Anforderungen nicht mehr aushalten. Bei erhöhtem Geräuschpegel flüchtet er. Die Mitbewohner haben eine Antipathie gegen Herrn FF entwickelt und schließen ihn aus ihren Aktivitäten aus. Zum Teil wird er von Mitbewohnern bewusst provoziert. Dreimal wurde die Polizei geholt, weil Herr FF randalierte. Er wurde jedes Mal anschließend stationär ins Psychiatrische Krankenhaus eingewiesen. Gegen Herrn FF laufen polizeiliche Ermittlungen nach einer Anzeige wegen körperlicher Gewalt gegen eine Mitbewohnerin.

EINFLUSSNAHME, KRITIK UND GRENZEN IM BERATUNGSPROZESS

Für viele unserer Auftraggeber sind wir die letzte Instanz des Wissens und der Hoffnung, um aus einer festgefahrenen und scheinbar ausweglosen Situation herauszufinden. Bei unserem Beratungsangebot ist es daher die Regel, in krisen- und konflikthafte Situationen zu kommen. In vielen Fällen können wir den Betreuer_innen mit der Perspektive der Klient_innen und mit der Art, wie wir uns einbringen, zu neuen Impulsen verhelfen und damit zu Lösungen in schwierigen Betreuungssituationen und zur Verbesserung der Lebenssituation aller Beteiligten beitragen. Die regelmäßige Evaluation der Beratungsergebnisse sechs Monate nach Beendigung einer Konsultation bestätigt uns dies. Es können sich jedoch auch Beratungssituationen ergeben, die in einer Sackgasse landen und abgebrochen werden müssen, ohne dass das entstandene Missverständnis oder der aufgetretene Konflikt gelöst werden konnten.

Die Gründe für das Scheitern von Beratung sind unterschiedlich. So können einerseits unklare Erwartungen des Auftraggebers oder auch die fehlende Bereitschaft, eigenes Handeln zu hinterfragen oder zu verändern, Ursachen für Misserfolge der Beratungsarbeit sein, aber auch die nicht zu herzustellende Kooperationsbereitschaft von Angehörigen oder Leitung und Mitarbeiter_innen. Gibt es Ungereimtheiten im Team, die nicht offen benannt werden, kann dies ebenfalls ein Grund für Widerstand und fehlende Kooperationsbereitschaft sein. Selbstverständlich kann auch eine Fehleinschätzung der Berater oder eine unpassende Intervention Grund für einen schwierigen Beratungsverlauf sein. Wir versuchen, dieses Risiko mit der Beraterdyade zu minimieren, aber wir sind beide keine perfekten Menschen. Auch hier zeigen wir einige Beispiele aus der Beratungspraxis auf.

Versuche der Einflussnahme oder Instrumentalisierung

Unser Beratungsangebot findet immer in einer Gemengelage unterschiedlichster Einflüsse statt. Die gesellschaftliche Rahmung, aber auch institutionelle Regeln, professionelle Einschätzungen zum Klienten oder zu der Einrichtung, mit der wir arbeiten, können sich auf die Beratungsarbeit auswirken. Auch der Ausbildungsstand und subjektive Einstellungen der Mitarbeiter_innen oder Leiter_innen haben neben der konzeptionellen und methodischen Vorgehensweise Auswirkungen auf den Beratungsprozess. Die Berater thematisieren und bearbeiten nicht nur die Spannungsfelder der Klienten, sondern sie bewegen sich auch selbst darin. Es gibt also eine Wechselwirkung der Einflüsse auf die Beratung und durch die Beratung.

Dies wird besonders deutlich in Konsultationen, bei denen Teilnehmer unterschiedlicher Institutionen oder mit gegensätzlichen Ansprüchen zusammenkommen. Solange noch alle Beteiligten mit dem zur Verfügung stehenden Rahmen für einen Klienten einverstanden sind, ist es relativ sicher, dass eine konstruktive Zusammenarbeit hergestellt werden kann. Unterschiedliche Definitionen darüber, wie der Rahmen geregelt sein sollte, können jedoch dazu führen, dass es zu Versuchen der Einflussnahme kommt. Diese stellen sich in der Regel subtil und wenig offen dar, und es ist in diesen Fällen von besonderer Bedeutung, dass wir auf unserer Unabhängigkeit und manchmal auch auf dem Schutz der Persönlichkeitsrechte des Klienten bestehen.

Fallbeispiel

Während einer Konsultation bitten uns die Mitarbeiter_innen, in die Handlungsempfehlungen eine genaue Formulierung für die Beantragung von zusätzlichem Personal aufzunehmen. Dies lehnen wir ab, sehen darin nicht unsere Aufgabe. Wir können nach dem Gespräch mit dem Team meist sehr genau beschreiben, welche Unterstützung und Betreuung und welche Rahmenbedingungen nach unserer

Einschätzung geeignet wären, die Lebenssituation des Klienten zu verbessern. Wie sich dies auf die personelle Situation auswirkt, obliegt der Entscheidung des Trägers. Er hat den Überblick über die Möglichkeiten zur Umsetzung unserer Handlungsempfehlungen und verantwortet diese gegenüber seinem Personal und dem Kostenträger.

Fallbeispiel

Die Angehörigen sind unzufrieden mit der Betreuungsleistung und wollen dies mit unserer Hilfe „beweisen". Die Eltern von zwei jungen Männern mit Behinderung haben für ihre befreundeten Söhne im eigenen Haus eine Tagesstätte gegründet, in der sie seit 5 Jahren betreut werden. Angestellt sind neben zwei Fachkräften 3 Aushilfen mit unterschiedlichen Stellenanteilen für die Betreuung und Pflege. Weil jetzt gleichzeitig drei Mitarbeiter_innen die Gruppe verlassen, beantragen die Eltern als Betreiber der Einrichtung die Unterstützung der Konsulenten bei der Auswahl der Bewerber_innen für die frei werdenden Stellen. Wegen ihrer wachsenden Unzufriedenheit mit der Betreuung ihrer Söhne in den letzten Monaten beabsichtigen sie gleichzeitig eine Neuausrichtung der Betreuungsinhalte und befürchten, die verbleibenden Mitarbeiter_innen nicht dafür gewinnen zu können. Wie im Erstgespräch deutlich wird, machen sie (unterschwellig) die Leiterin der Gruppe dafür verantwortlich, dass die Betreuung nicht mehr gut läuft. Sie beschweren sich im Gespräch mit uns darüber, dass diese die Wünsche ihrer Söhne nicht ernst nehmen würde, bitten uns aber gleichzeitig darum, dies ihr gegenüber nicht zu thematisieren.

Wir analysieren in mehreren Sitzungen mit den Eltern und in Gesprächen mit den beiden Söhnen ihre Wünsche und unterstützen sie bei der Entwicklung eines Lebensentwurfs für die nächsten Jahre. Im Ergebnis entscheiden sich die beiden jungen Männer für den Wechsel in eine Einrichtung für behinderte Menschen, und die privat geführte Tagesstätte wird aufgelöst.

Umgang mit Kritik an der Konsulententätigkeit

Die Beratungsperspektive des Konsulentendienstes ist der behinderte Mensch und eine Verbesserung seiner Lebensumstände, nicht die Konflikte zwischen Leitung und Team und auch nicht die Optimierung der Führungskompetenz der Einrichtungsleitung. Dies obliegt Supervision und Coaching, auf die wir die Leitung gegebenenfalls hinweisen. Wenn keine gemeinsame Perspektive auf die Beratung mit der Einrichtungsleitung aufgebaut werden kann, beenden wir die Konsultation und verweisen auf geeignete Instrumente der Konfliktklärung oder Organisationsberatung.

Fallbeispiel

Während der Leiter überzeugt ist, unter den vorhandenen Rahmenbedingungen hinsichtlich Räumlichkeiten und Personal dem Klienten aus dem autistischen Spektrum einen angemessenen Wohn- und Betreuungsrahmen anbieten zu können, sehen wir im Team keinerlei Ressourcen, die schwierige Betreuungssituation weiterhin zu bewältigen. Das Personal, das sich bereits vor Aufnahme des Klienten mit seiner Arbeitssituation überlastet fühlte, beschreibt sich als inzwischen völlig erschöpft und überfordert. Mit Aufnahme des Klienten kamen erhöhte Anforderungen auf das Betreuungspersonal zu. So benötigt dieser permanente Einzelbetreuung, wodurch alle Mitbewohner in ihrer Betreuung stark eingeschränkt werden, weil dafür kein zusätzliches Personal zur Verfügung steht. Der Klient neigt zu Impulsdurchbrüchen und Weglaufen. Während der Essens- und Pflegesituation kam es wiederholt zu körperlichen Angriffen auf das Betreuungspersonal und auf Mitbewohner. Er erlitt in der Vergangenheit bereits bei einem spontanen Sprung vor ein fahrendes Auto eine schwere Kopfverletzung. Der Leiter ist überzeugt, dass das Team in der Lage ist, die Situation zu meistern, bis zusätzliches Personal gefunden wurde und fühlt sich durch unser klares Benennen unserer abweichenden Sichtweise allein gelassen. Er schildert seine Sicht auf die Situation, nach der das Team sich erst durch das Äußern unserer

Wahrnehmungen bestärkt gefühlt habe, den Klienten nicht betreuen zu können / wollen. Der Leiter ist überzeugt, dass durch unsere Deutung der Situation die ablehnende Haltung der Mitarbeiter_innen gegenüber dem Klienten begünstigt wurde. Dies teilt er uns per Mail vor der zweiten Konsultation mit und bittet uns um Unterstützung für sein Anliegen, den Klienten auf jeden Fall in der Einrichtung weiter zu betreuen. Als wir im Vorfeld nicht darauf eingehen, sondern sein Anliegen während der Konsultation ansprechen, reagiert er verärgert. Die Mitarbeiter teilen ihre Auffassung mit, nach der sie sich bestätigt fühlen, dass es bei der Konsultation für ihren Vorgesetzten von Anfang darum gehen sollte, ihre ablehnende Haltung gegen die Aufnahme und Betreuung des Klienten zu brechen. Da nach unserer Einschätzung kein Verständnis für die unterschiedlichen Auffassungen über die Problemlage entwickelt werden kann, beenden wir die Konsultation an dieser Stelle.

Grenzen der Beratung

Die positive Wirkung der Konsultationen auf den Menschen mit Behinderung ist maßgeblich davon abhängig, dass die Mitarbeiter_innen die erarbeiteten Handlungsempfehlungen umsetzen. Dies ist aus verschiedenen Gründen nicht immer gegeben. Fehlende Qualifikation, mangelnde Unterstützung durch die Einrichtungsleitung, aber auch Widerstand gegenüber Änderungen am Betreuungskonzept können die Ursache dafür sein.

Fallbeispiel

Beratungsanlass ist die Frage, wie die Rahmenbedingungen sein sollten, um Frau CC in der Wohnstätte weiter betreuen zu können. Frau CC befindet sich zur Zeit der Konsultationen in einer psychiatrischen Klinik, wo sie nach einer Eskalation am auf eigenen Wunsch aufgenommen wurde.

Frau CC ist 25 Jahre alt und wohnt seit sieben Jahren in der Wohnstätte. Von Anfang an hatte sie gelegentlich Phasen, in denen sie herausfordernde Verhaltensweisen zeigte, die sich seit ca. 1,5 Jahren häufen. Sie äußert häufig Bedürfnisse nach materiellen Gütern, deren Anschaffung ihr aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht möglich ist, und reagiert aggressiv, wenn sie diese nicht befriedigen kann. Sie verliert dann ihre Steuerungsfähigkeit und die Situation eskaliert. Sie zeigt starke Stimmungsschwankungen und affektive Entladungen wie das Werfen mit einer Wasserflasche gegen die Zimmertür, selbst- und fremdentwertende Äußerungen sowie die Androhung von Suizid mit einem Messer, das sie gegen sich richtet. Sie hat sehr stark an Körpergewicht zugenommen. Das Zusammenleben in der Wohngruppe gestaltet sich schwierig, weil Frau CC ihre Mitbewohner übervorteilt, ihre Zimmer aufsucht und sie bestiehlt. Absprachen hält sie nicht ein. Alle bisherigen Versuche, pädagogisch zu intervenieren, zeigten keine Wirkung. Frau CC hat eine frühkindliche Hirnschädigung und ist regelmäßig in psychiatrischer Behandlung.

Die Klientin ist auf personzentrierte und intensive Begleitung angewiesen, die neben hoher Personalpräsenz eine eindeutig bewertungsfreie und zugewandte Einstellung gegenüber der Klientin und Verständnis für ihre psychische Not erfordert.

Die Skepsis und negativen Vorerfahrungen der Mitarbeiter_innen in der Wohneinrichtung mit der Betreuung von Frau CC legen die Annahme nahe, dass es in diesem Rahmen kaum möglich ist, die für die Begleitung notwendige wertschätzende Grundhaltung zu gewinnen (unconditional positive regard).

Deshalb hegen die Konsulenten zum Ende der Konsultation begründete Zweifel, dass im Umfeld der Wohneinrichtung eine personzentrierte Betreuung von Frau CC mit der Chance auf die Anbahnung von Verhaltensänderungen möglich ist.

EXEMPLARISCHE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Den Handlungsempfehlungen, die wir nach Abschluss der Konsultationssitzungen verschriftlichen, kommt eine besondere Bedeutung zu. Hier versuchen wir, unsere Eindrücke, Wahrnehmungen, Deutungshypothesen und die sich daraus ergebenden Handlungsempfehlungen zu verdichten. Wir schreiben kein Protokoll der Konsultationssitzung. Der Zeitaufwand und der Ertrag würden in keinem angemessenen Verhältnis stehen. Die Handlungsempfehlungen sind ein Extrakt der Sitzung, auf das Wesentliche konzentriert. Abwechselnd erarbeitet einer von uns beiden die Grundaussagen, der andere liest, ergänzt und erweitert das Manuskript, das von beiden gemeinsam verantwortet wird. Die Empfehlungen werden der Einrichtungsleitung per Post zugesandt. Diese gibt eine Kopie an alle an der Konsultation Beteiligten weiter.

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen sind anonymisert und in allen Personenangaben verändert worden.

Schmieren mit Kot bei einem jungen Mann mit autistischer Behinderung

Situationsanalyse: Herr XX (Jg. 1990) wohnt seit wenigen Wochen in der Wohnanlage in der neu eingerichteten Wohngruppe III mit sieben weiteren Klienten. Vorangegangen ist dort ein Probewohnen im Rahmen der Kurzzeitpflege, bei dem sich XX unauffällig verhielt. Es sind bei XX das Turner-Syndrom (Chromosomen-Anomalie), Verhaltensweisen aus dem autistischen Spektrum und eine Pankreatitis diagnostiziert. Außerdem zeigt XX gelegentlich Symptome einer Darmerkrankung. Auch eine Glutenunverträglichkeit scheint vorzuliegen. XX zeigt zwanghaftes Verhalten: Z.B. isst er nur Lebensmittel, die in seiner Gegenwart zubereitet wurden.

Seit 3 – 4 Jahren zeigt XX herausforderndes Verhalten: Aggressionen gegen die Mutter, extreme Schlaflosigkeit, Gewichtsverlust bis 56 kg,

Ängste und Zwänge, hinzu kommen körperliche Beschwerden (Magenschleimhautentzündung, Refluxösophagitis).

Im Rahmen der Wohnstätte äußert sich das herausfordernde Verhalten dadurch, dass XX sich – sobald er ohne Aufmerksamkeit und Zuwendung ist - in den After greift und Wände, Decke, Steckdose, aber auch die Betreuerinnen mit Kot beschmiert. Die Eltern deuten das Kotschmieren als Ausdruck körperlichen Missbehagens, von Schmerzen und Unwohlsein. Es kommt gelegentlich zu heftigen fremdaggressiven Ausbrüchen. Eine Mitarbeiterin wurde heftig ins Gesicht geschlagen, als sie XX bittet, auf sein Zimmer zu gehen, wenn er onanieren möchte.

In der WfbM beginnt XX inzwischen ebenfalls zu schlagen.

XX versteht viel von verbaler Kommunikation, äußert sich aber selten und nur mit wenigen Worten.

Die Konsulenten erleben XX als einen sehr verängstigten jungen Mann, der mit ihnen keinen Blickkontakt aufnehmen kann und sofort die Vertrautheit des begleitenden Betreuers sucht. Offensichtlich ist XX bisher nicht in der Wohneinrichtung innerlich beheimatet.

Die Mitarbeiter/innen der Wohnstätte sind einem hohen psychischen Druck, Überforderungssituationen und schwierigen Gefühlen (Ekel, Scham, Aggression) ausgesetzt.

Die Konsulenten deuten das Verhalten von XX – neben den somatischen Beschwerden - als Ausdruck von gravierenden „Anpassungsschwierigkeiten“ an die durch die körperliche und psychische Reifung geforderten Entwicklungsschritte, aber auch an seine veränderte Lebenssituation:

- Körperliches Unbehagen: Gemeinsam mit den Eltern sollten alle Maßnahmen ergriffen werden, um körperliche Ursachen für das Verhalten von XX auszuschließen. Dazu gehören eine Liste der gut verträglichen Lebensmittel und eine Abklärung der Medikation (gemeinsam mit dem behandelnden Arzt)
- Stressreduktion:

- Reduktion des Betreuungspersonals auf eine überschaubare Anzahl
- Reduktion der medizinischen Untersuchungen auf das unbedingt erforderliche Maß
- Klare Strukturen und Absprachen für den Wechsel zwischen Wohnstätte und Elternhaus (Wochenendregelung)
- Veränderungen sollten generell langsam eingeführt werden (z.B. Rückführung der Unterstützung beim Toilettengang)
- Beheimatung im neuen Lebensumfeld: XX kann bei der Beheimatung in der Wohnstätte unterstützt werden,
- indem sein Zimmer noch wohnlicher und ähnlich wie im Elternhaus gestaltet wird (bereits umgesetzt)
- indem gewohnte Regelungen der Eltern übernommen werden (z.B. Toilettengang um 6 Uhr morgens – bereits umgesetzt)
- Visualisierung des Tagesablaufes, der betreuenden Personen etc.
- Arbeit mit Hilfsmitteln für autistische Menschen (TimeTimer etc.)
- Ablösung aus einer nahen Mutterbeziehung, die XX ein hohes Maß an Aufmerksamkeit garantiert hat: Eine 1:1-Betreuung durch Mitarbeiter/innen, die willens und in der Lage sind, mit XX einen „Herzkontakt“ zu pflegen, kann die Ablösung aus der Mutterbindung fördern.
- Im Kontakt mit XX gibt das Gespräch und die Erklärung über das augenblickliche Tun des Mitarbeiters, insbesondere in einer Situation, wo er sich von XX räumlich entfernt, Sicherheit und Orientierung. Die jeweils betreuenden Mitarbeiter/innen sollten so kontinuierlich den „Kontaktfaden“ zwischen sich und XX halten.
- eine enge und zeitnahe Evaluation der Wirkweisen der veränderten Rahmenbedingungen helfen dabei, die jeweils angemessene Modifikation vorzunehmen und „Fortschritte“ hinsichtlich des „Ankommens“ von XX in der neuen Situation erkennen und einordnen zu können

- „Übergangsobjekte“ können die Ablösung erleichtern (Stofftiere, Gegenstände, Bilder etc.)
- Sexualität leben können: Sexuelle Stimulation scheint auf XX beruhigend zu wirken, aber es ist auch altersgemäß, Sexualität zu leben.
- Onanieren im geschützten Raum
- Angebot von Partnersuche im Internet
- Möglichkeiten der Begegnung mit behinderten Frauen
- Erfahrungen von Selbstwirksamkeit: Hilfreich ist ein Angebot von Aktivitäten in der Freizeit,
- z.B. Begleitung der Betreuerin bei ihren Aufgaben im Haus
- eine Auswahl an Tätigkeiten, die ihm Spaß machen (Sammeln, Sortieren, Collagen, Mandala-Malen, Biografie-Kiste)

Weiterhin empfehlen die Konsulenten:

- Entwicklung eines Konzeptes für Elternarbeit:
- Wertschätzung der Lebensleistung der Eltern bei der Betreuung und Erziehung ihres behinderten Kindes
- Ernstnehmen der Beobachtungen und Deutungen der Eltern für das Verhalten von XX
- Regelmäßige Gespräche nach Absprache (nicht nur Tür-und-Angel-Gespräche), die eine Person (evtl. Bezugsbetreuerin oder Gruppenleiterin) führt
- klare Übereinkünfte treffen (bei wichtigen Themen mit Protokoll)
- Entlastung des Teams, z.B. durch vermehrten Einsatz von Putzkräften (bereits umgesetzt)
- Unterstützung des Teams bei der Bearbeitung schwieriger Gefühle durch selbsterfahrungsorientierte Supervision
- Fortbildung im Umgang mit Menschen mit Autismus (www.kleine-wege.de)
- Personzentrierte Fortbildung für den Umgang mit Menschen mit herausforderndem Verhalten (www.konsulenten-hessen.de)

Konsultation 2

Situationsanalyse: Die Umsetzung der ersten Handlungsempfehlungen hat nach Angaben des Teams eine deutliche Verbesserung der Betreuungssituation gebracht.

Bei der zweiten Konsultation wird deutlich, dass XX zur Zeit auf eine 1:1-Betreuung angewiesen ist; wenn vertraute Personen fehlen, verstärkt sich das herausfordernde Verhalten; bei zu wenig Aufmerksamkeit schmiert XX weiterhin mit Kot; XX lacht und ist nicht mehr so abweisend; es gibt keine Aggressionen mehr. Die Gesprächssituation mit den Eltern ist sehr viel entspannter, eine Fortbildung zum Thema Angehörigenarbeit ist für die nächsten Wochen geplant. Die Kooperation mit der WfbM wurde intensiviert und gestaltet sich gut. Das Zimmer von XX wurde mit vertrauten Gegenständen eingerichtet. Der LWV hat zusätzlich 10 Wochenstunden Betreuung genehmigt.

Wenige Wochen später berichtet eine Betreuerin in einer Mail, dass es wieder vermehrt zu Kotschmieren kommt. Außerdem hat XX ohne ersichtlichen Grund seine Betreuer in der WfbM geschlagen und verletzt. Die WfbM hat es daraufhin abgelehnt, XX in der betreffenden Woche weiter zu betreuen.

In der dritten Konsultation wird deutlich, dass sich die Betreuungssituation dramatisch verschärft hat.

- XX schmiert an allen Orten, an denen er sich im Wohnheim aufhält, mit Kot. Dieses Verhalten wird inzwischen von anderen Bewohnern übernommen (Imitation oder Gegenwehr gegen den Geruch?).
- XX befindet sich immer wieder in einem Zustand hoher Selbstbezogenheit. Er zieht sich die Decke über den Kopf, und es ist nicht möglich, mit ihm psychischen Kontakt aufzunehmen. Er beschäftigt sich mit seinem Kot und seinen Genitalien. Er isst auch seinen eigenen Kot, schmiert sich diesen ins Gesicht und in die Nasenlöcher. Er uriniert in sein Zimmer, er stimuliert sich sexuell ohne Schamgrenze.

- XX geht auf Angebote (Duschen etc.), die ihm bisher Freude machten, nicht mehr ein. Die Mitarbeiter_innen erleben XX oft als unerreichbar. Versuche, XX mit anderen Gerüchen abzulenken, waren ohne Erfolg.
- Die Betreuungssituation ist inzwischen schwieriger als zu Beginn der Konsultation zu Jahresbeginn. Durch das starke Bekoten sehen sich die Betreuer_innen außer Stande, eine intensive, nahe, von Herzoffenheit geprägte Betreuungsbeziehung aufrecht zu erhalten. Durch den Kotgeruch wird die Integrität der Betreuer_innen und Mitbewohner_innen in hohem Maße tangiert.

Deutungshypothesen

Für die starke Selbstbezogenheit von XX, sein Interesse an seinem Kot und seinen Genitalien bieten die Konsulenten zwei Deutungshypothesen an:

1. XX befindet sich in einem Zustand der nun erlaubten körperlichen „Selbstentdeckung“ (anal und früh-genital).

2. XX befindet sich durch ein Erleben von Stress, Angst, Überforderung, Unsicherheit und Traumatisierung (Anlass?) in einem Zustand der gespannten, autistischen Selbstbezogenheit, also in einem inneren Rückzug auf sich selbst.

3. Das Bekoten kann auch als Form der (dysfunktionalen) Kontaktaufnahme verstanden werden.

Handlungsempfehlungen

- Die hygienische Situation in der Wohneinrichtung ist durch das Bekoten von Räumen (auch der Küche!) und Personen und durch das Kotessen von XX latent

gesundheitsgefährdend (Infektionsgefahr). Die Konsulenten empfehlen die Überprüfung der Situation durch das Gesundheitsamt.

- Mitarbeiter_innen und Mitbewohner_innen sind durch das nachhaltige Bekoten von Wänden und Kleidung in einer Überforderungssituation, die mit den in der Wohneinrichtung zur Verfügung stehenden Mitteln nicht zu bewältigen ist. Die Konsulenten empfehlen den baldigen Umzug von XX in eine geeignete Wohneinrichtung.
- Den Eltern sollte intensive Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohneinrichtung und bei der Bewältigung der für sie schwierigen Lage gegeben werden. Die Konsulenten bieten hierfür ihre Beratung an.
- Der LWV sollte über die veränderte Situation und das weitere Vorgehen informiert werden.

Psychotischer junger Mann mit dissozialem Verhalten

Situationsbeschreibung: Herr AA hat eine durch Drogenmissbrauch indizierte Psychose und lebt seit acht Jahren im Mheim. Er teilt sich ein Doppelzimmer, mit seinem Mitbewohner hat er keine Konflikte. Die Mitarbeiter beschreiben Herrn AA als kaum in die Wohngruppe integriert, und alle Bemühungen, ihn an eine Tagesstruktur mit Wechsel zwischen Arbeit und Freizeit zu gewöhnen, waren bislang erfolglos. Herr AA gestaltet sich seinen Tag selbst, indem er in der Regel morgens das Haus verlässt, um mit dem Bus nach G. zu fahren. Zu seinen Angehörigen im hessischen F. hat er regelmäßigen Kontakt, und es finden gegenseitige Besuche statt. Innerhalb der Einrichtung und zu den Mitbewohnern bestehen kaum Kontakte. An den Mahlzeiten nimmt er unregelmäßig teil. Er zeigt dissoziales Verhalten, bestiehlt Mitbewohner und zieht deren Unmut auf sich, wenn er sich an Schwächeren bereichert und keine Schuldeinsicht zeigt. Es ist nicht möglich, Vereinbarungen mit ihm zu treffen. Herr AA widersetzt sich den Interventionen des Betreuungspersonals nicht aktiv, reagiert gelegentlich aggressiv, wenn er sich durch Mitbewohner

gestört fühlt. Es gab wiederholt Anzeigen wegen kleinerer Diebstähle in Tankstellen, die jedoch keine Strafverfolgung oder andere Auswirkungen nach sich zogen.

Im persönlichen Gespräch mit den Konsulenten wirkt Herr AA freundlich und aufmerksam. Sein äußeres Erscheinungsbild ist ordentlich und relativ gepflegt, die Haare sind offensichtlich frisch gewaschen, Haut und Kleidung sind sauber. Herr AA nimmt mit dem jeweiligen Gesprächspartner Blickkontakt auf und hält ihn während des Dialogs aufrecht. Bei einer Äußerung, die er nicht versteht, fragt er zum Verständnis nach. Er berichtet, dass er gerne im Mheim lebe und zufrieden dort sei. Seine liebste Beschäftigung sei Musikhören und nach G. fahren. Nach 5 Minuten beendet er das Gespräch, indem er sich dem Gesprächsverlauf angemessen von den Konsulenten mit Handschlag und einer Grußformel verabschiedet.

Verstehenshypothesen

- Das Mheim hat für Herrn AA nicht die Bedeutung eines Betreu-ungsortes, sondern ist für ihn Wohn- und Schlafplatz.
- Er ist mit den Strukturen im Wohnheim und mit der Behandlung durch die Mitarbeiter zufrieden.
- Herr AA ist dauerhaft auf den stützenden Rahmen einer stationären Wohneinrichtung mit ihren zuverlässigen Strukturen und Angeboten angewiesen. Er selbst äußert nicht den Wunsch, seine Situation (z. B. durch einen Wechsel in eine ambulante Wohnform) zu ändern.
- Der Kontakt zu seiner Familie bedeutet ihm viel; Eltern und Bruder sind wichtige Bezugspersonen für ihn.
- Herr AA empfindet seine momentane Lebenssituation nicht problematisch. Er hat keinen „Leidensdruck“, fühlt sich wohl, und aus seiner Perspektive gibt es keine Notwendigkeit zu einer Veränderung.
- Herr AA formuliert keine eigenen Ziele für sein Leben, er scheint über kein formulierbares Selbstkonzept zu verfügen, so dass er stark auf die Begleitung und Unterstützung von außen angewiesen ist.

- Sein Verhalten und seine Persönlichkeit deuten auf eine Beeinträchtigung seiner Hirnfunktionen hin, die nicht mehr veränderbar scheint. Interventionen und Medikamente wirken nur bedingt.
- In einigen Teilbereichen sind evtl. noch Bahnungen durch Konditionierung zu bewirken (z. B. regelmäßige, immer gleich ablaufende Medikamenteneinnahme, Erinnerungszettel im Zimmer o. ä.).
- Sein hohes Bedürfnis nach persönlicher Integrität und die Aggression, wenn er seine Integrität als verletzt erlebt, sind Anzeichen seiner Vulnerabilität.
- Im Umgang mit Herrn AA ist der Personzentrierte Ansatz, mit eher therapeutischer als pädagogischer Haltung und der entsprechenden Kommunikation, hilfreich.

Handlungsempfehlungen:

- Interventionen, die auf eine Mobilisierung seiner Ressourcen zielen, sind nicht hilfreich, da er sie nicht in sich verankern kann. Es fehlt die Möglichkeit, intrinsische Motivation zu entwickeln, und es ist nicht zu erwarten, dass dies zu einem späteren Zeitpunkt gelingen könnte.
- Herr AA benennt keine Wünsche hinsichtlich seiner Wohn- oder Betreuungsform. Vereinbarungen zur Betreuung können mit ihm nicht getroffen werden, da er für den Sinn von deren Einhaltung kein Verständnis aufbringen kann. Das vorrangige Ziel ist daher die Abfederung der Folgen seines Handelns für ihn und sein Umfeld durch:
- Unterstützung bei der Bedürfnisbefriedigung durch die Mitarbeiter (Süßigkeiten, Essen, Musikhören, Kopfhörer, Ruhebedürfnis...)
- Die (wichtigsten) Regeln und Strukturen im Haus müssen Herrn AA bekannt und für ihn deutlich erkennbar sein.
- Zuverlässiger Schutz der Gemeinschaft und Mitbewohner vor Übergriffen von Herrn AA - geschützt durch z. B. Verschluss von

persönlichen Räumlichkeiten und Wertsachen, Wiedergutmachung durch die Beschaffung gestohlener Gegenstände, Konfrontation durch den Mitarbeiter bei Regelverstößen.

- Es empfiehlt sich, im Begegnungsgeschehen mit Herrn AA große Achtsamkeit für die Qualität des Kontaktes zu entwickeln. Veränderung bei einem so stark gestörten Menschen ist ausschließlich durch eine „Berührung“ seines psychischen Wesenskerns zu bewirken. Die Konsulenten schätzen die Einübung einer offenen, Personzentrierten Beziehungsgestaltung im Umgang mit Herrn AA als wirksam ein.
- Die Gestaltung der Beziehungskontakte zwischen Mitarbeitern und Herrn AA können zu Begegnungen werden durch sehr intensive und ausschließliche Konzentration auf seine Person.
- Es ist gut, möglichst viele positive Kontakte zu Herrn AA aufzunehmen, um mit ihm und seiner psychischen Energie in Kontakt zu kommen. Dies kann über Medien wie Musik und Gespräche über seine Neigungen erfolgen.
- Unterstützend für die Bereicherung der Gesprächsthemen mit Herrn AA kann Biographiearbeit sein.
- Schulung der Mitarbeiter_innen in Personzentrierter Gesprächsführung.

Junge Klientin mit emotionaler Behinderung

Situationsanalyse

Frau BB befindet sich aktuell stationär in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie wohnt seit vier Jahren in der Wohneinrichtung. In der Zeit davor wurde sie überwiegend in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen betreut; sie wechselte innerhalb von 9 Jahren 8-mal die Einrichtung. Nach Schilderung der anwesenden Mitarbeiterinnen wurde BB bereits im Alter von drei Jahren wegen psychischer Störungen erstmals in einer Klinik behandelt.

BB reagiert heute bei fehlender Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Aufmerksamkeit und Kontakt mit Impulsdurchbrüchen. Sie

bekommt dann Wutanfälle, schreit herum, schubst, kneift andere und spuckt. Sie fühlt sich zurückgesetzt, wirft den Mitarbeitern vor, andere zu bevorzugen. Stellt sich ihr jemand in den Weg oder widerspricht ihr, schlägt sie nach ihm oder wirft unkontrolliert mit Gegenständen wie dem Kaffeeautomaten. Es kam in der Vergangenheit auch zu autoaggressiven Handlungen, indem BB ein Messer gegen sich selbst gerichtet hat. Wiederholt wurde die Polizei zur Regulierung der Eskalation gerufen. BB zeigt im Nachhinein Einsicht in die Problematik ihrer Handlungen.

Ihr Verhalten in den beiden Lebensbereichen Arbeit und Wohnen ist für Mitbewohner und Kollegen ebenso belastend wie für das Betreuungspersonal. BB wechselte während der Berufsbildungsphase aufgrund ihres auffälligen Verhaltens wiederholt den Einsatzort. Sie wurde in der Tagesstätte betreut und arbeitet zurzeit im Ahof (Berufsbildungsbereich), wo sie überwiegend mit der Pflege von Tieren beschäftigt ist. Aufgrund ihres Verhaltens ist die Beendigung der Berufsbildungsmaßnahme in diesem Arbeitsbereich angedroht. Hat BB die ungeteilte Aufmerksamkeit eines Mitarbeiters, ist sie umgänglich und hilfsbereit. Sie sucht körperliche Nähe und kann es nicht ertragen, wenn sie abgewehrt wird.

Handlungsempfehlungen

- BB hat einerseits ein hohes Bedürfnis nach Wahrung ihrer persönlichen Integrität, andererseits braucht sie die Nähe der Mitarbeiter. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass sie unter der ungeteilten Aufmerksamkeit durch Einzelzuwendung eines Mitarbeiters konzentrationsfähig, ausgeglichen und lernbereit ist. Dieser Aspekt muss in der Betreuungsplanung berücksichtigt werden.
- BBs Fähigkeit zur Selbststeuerung ist stark eingeschränkt. Gezielte Förderung der Selbstwirksamkeit durch das Wahrnehmen eigener Kompetenzen können sich positiv auf das Aushalten schwieriger Situationen auswirken. Dadurch kann kontinuierlich die Frustrationstoleranz gesteigert werden.
- Die Mitarbeiter sollten Frau BBs Aussagen nicht objektiv überprüfen, sondern eher als Ausdruck ihres inneren

Zustandes verstehen. Daher sollten sie Frau BB Gelegenheit bieten, ihren Gefühlen Raum zu geben, sie aussprechen lassen, um Verständnis für ihr inneres Erleben zu bekommen.

- Alle Interventionen für den Umgang mit BB sollten nach ihrer Wirkung ausgesucht werden. Sanktionen scheinen kaum wirkungsvoll zu sein, weil BB sich ihnen widersetzt bzw. entzieht. Über unerwünschtes Verhalten sollte mit ihr regelmäßig gesprochen und Regeln dazu vereinbart werden. Ziel aller Interventionen sollte die zunehmende Verantwortungsübernahme von BB für ihr Verhalten sein (intrinsische Annahme).
- Für die begleitenden Mitarbeiter ist eine professionelle Haltung im Umgang mit BB wichtig, damit sie sich nicht emotional verstricken. Supervision kann dabei helfen, die eigene Betroffenheit zu bearbeiten.
- Die Mitarbeiter sollten sich gezielt auf die Möglichkeiten zur Unterstützung der Selbststeuerungsfähigkeit hin schulen lassen (Personzentrierte Weiterbildung).

Konsultation 2

Situationsanalyse: Vor wenigen Tagen wurde Frau BB aus der Psychiatrischen Klinik entlassen und kehrte in die Wohnstätte zurück. Sie wird medikamentös behandelt und die neuen Medikamente scheinen positiv zu wirken. Sie kann Veränderung und Frustration besser akzeptieren und ist bisher nicht aggressiv geworden. Mit ihrem weiterhin bestehenden permanenten Anspruch nach ungeteilter Aufmerksamkeit wird sie von den Mitarbeitern als sehr anstrengend wahrgenommen.

Ihre Beschäftigung im Bauernhof konnte Frau BB nach Entlassung aus der Klinik nicht wieder aufnehmen, ihr wurde wegen mangelnder Werkstattfähigkeit gekündigt; die Berufsbildungsmaßnahme als beendet (bzw. ruhend) erklärt. Sie wird daher zurzeit in der Tagesstätte betreut. Ihre Wiedereingliederung in die WfbM wird

angestrebt, es erfolgt derzeit die Vorbereitung auf diesen Arbeitsbereich mit einfachen, neigungsbezogenen Tätigkeiten.

Im persönlichen Gespräch wirkt BB angespannt, sie ist aber freundlich und zugewandt. Sie kann sich sehr gut ausdrücken und spricht offen über ihr Befinden, das durch einen Tremor in beiden Händen, Unruhe und hohe Sensibilität gegenüber lautem oder (subjektiv empfunden) bevormundendem Umgang stark beeinträchtigt ist. Sie berichtet über ihr inneres Erleben, das bei Druck von außen durch Zunahme des Zitterns und Atemnot bis hin zu Hyperventilation gehe und damit sehr bedrohlich auf sie wirke. Sie erscheint sehr verletzlich und psychisch labil. Nach Einschätzung der Konsulenten aus dem 6-Augen-Gespräch, könnte eine Gesprächs- oder Traumatherapie geeignet sein, um BB bei der Stabilisierung ihrer psychischen Beeinträchtigung zu unterstützen.

Die Handlungsempfehlungen, die nach der ersten Konsultation erstellt wurden, gelten weiterhin uneingeschränkt.

- BB ist auf eine zuverlässige Struktur sowohl in der Tages- als auch in der Wohnstätte angewiesen, um sich an einen geregelten Ablauf gewöhnen zu können. Angebote sind immer darauf zu überprüfen, ob sie kontinuierlich und zuverlässig gemacht werden können. Gesprächsangebote z. B. sollten regelmäßig erfolgen; es können 10 Minuten vollständiger ungeteilter Aufmerksamkeit ohne Anspruch ausreichen, um BBs Bedürfnis nach Zuwendung zu stillen.
- Aufgrund ihrer Lebensgeschichte ist BB nicht in der Lage, Bedürfnisse zurückzustellen. Sie kann die Impulskontrolle verlieren, wenn sie dies muss. Mit dem Verständnis, nachdem BB das psychische Entwicklungsalter eines ca. 3jährigen Kindes hat, lässt sich der situationsangemessene Umgang der Mitarbeiter ableiten (im Sinne von Nachbeelterung). Es ist immer wieder neu zu überprüfen, ob und in welchem Umfang BB in der jeweiligen Situation zur Erledigung einer Aufgabe oder Einhaltung einer Vereinbarung in der Lage ist.

- Es ist hilfreich, wenn alle Maßnahmen auf ihr psychisches Entwicklungsalter abgestimmt sind. Time-Timer oder andere Überbrückungsobjekte können als unterstützende Hilfsmittel zum Nachlernen und Einüben neuer Handlungsmuster helfen.
- Mit einer Anzahl von maximal fünf Betreuer_innen, die ihr engen Kontakt anbieten, neues Verhalten mit ihr einüben und Gespräche führen, behält BB die Orientierung und wird weniger Stress und Frustration erleben
- Die Förderung ihrer Selbstwirksamkeit durch die Wahrnehmung eigener Kompetenzen ist ein bedeutsames Ziel in der Begleitung von BB. Die MitarbeiterInnen müssen kreativ sein, um herauszufinden, auf welche Unterstützung BB gut reagiert und was der Wahrnehmung ihrer eigenen Kompetenzen dient.
- Selbstwirksamkeitserfahrungen unterstützen, dass:
  - BB erfährt, selbst Einfluss auf Prozesse nehmen zu können
  - sie sich in ihren eigenen Kompetenzen erlebt
  - sie sich selbst positive Energie zuführen kann
  - BB weniger auf Zuwendung und permanente Aufmerksamkeit von außen angewiesen ist
- Reale positive Erfahrungen ermöglichen neue neuronale Vernetzungen im Gehirn der Klientin. Dabei unterstützen die Mitarbeiter BB durch:
  - absolute Zuwendung (2 Minuten können reichen)
  - das Verbalisieren des inneren Erlebens von BB, um ihr Worte dafür anzubieten. Dies erleichtert BB die Einordnung ihres Erlebens.
  - Konkretes und realistisches Lob durch Benennung von Erfolgen oder den guten Anteilen ihres Handelns
  - Nicht-Erwähnung von Negativem
  - Vermeidung von Frustrationserlebnissen durch die Definition von überschaubaren und realisierbaren Zielen (merke: auf eine Frustrationserfahrung müssen fünf positive Erfahrungen folgen, um sie zu egalisieren)

- Transparenz und Information zu allen sie betreffenden Angelegenheiten in angemessener Form geben BB Sicherheit und Orientierung.

- Gibt es Unsicherheit hinsichtlich anstehender Entscheidungen ist es hilfreich, BB in die eigene Suchbewegung mit einzubeziehen.
- Stärkung der intrinsischen Motivation durch Einbezug und Ernst-nehmen der Wahrnehmung der Klientin.
- Selektive Kongruenz (der Mitarbeiter muss mit BB nicht über alles, sein eigenes Erleben und seine Wahrnehmung Betreffende sprechen, aber alles, über das er mit BB spricht, muss der Wahrheit entsprechen).
- Bedingungslose Wertschätzung für alles Erleben, das BB äußert. Bei Schwierigkeiten und Frustration ist der Wechsel von der Sach- auf die Beziehungsebene hilfreich (was drückt das Verhalten über BBs Befinden aus?), um das innere Erleben der Klientin zu verstehen.
- Gruppengespräche helfen, bei den Mitbewohnern Verständnis für die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Menschen in der Wohngruppe zu entwickeln.

Konsultation 3

Es liegen von den beiden ersten Konsultationen ausführliche Handlungsempfehlungen vor, die uneingeschränkt gelten.

Aktuelle Situation:

- BB war zwischenzeitlich stationär in der Psychiatrie. Zuvor musste wegen Kreislaufproblemen ein Notarzt gerufen werden, der Ritalin absetzte. Dies löste eine Krise aus, die zur stationären Einweisung führte. Während ihres Klinikaufenthaltes telefonierte jeden Abend ein Mitarbeiter des Wohnhauses mit ihr, um den Kontakt nicht zu unterbrechen. In der Klinik wurde BB von ihrer Zimmernachbarin geschlagen und bestohlen.

- Inzwischen ist bei BB eine psychische Grundstabilität festzustellen, sie wurde in der Psychiatrie neu mit Ritalin eingestellt.
- Die Personalsituation in der Wohneinrichtung ist zu knapp für die intensive Betreuung, die BB benötigt. Hier ist dringender Handlungsbedarf.
- Die WfbM hat eine zunächst erteilte Zusage über die Aufnahme von BB wieder zurückgezogen
- Eine Betreuerin berichtet über die Erstellung eines detaillierten Tagesplans für die Tagesstätte gemeinsam mit BB.
  - BB ist in der Spülküche der Tagesstätte beschäftigt und wird 1:1 betreut.
  - Die Betreuung wechselt zwischen dem Angebot der Arbeit (Vormittag) und Ergotherapie, Laufen, kognitive Arbeit, Hallensport, PC u. a. m. am Nachmittag.
  - BB ist nicht immer bereit zur Arbeit, der Umgang mit Arbeitsverweigerung bereitet dem betreuenden Personal Schwierigkeiten.
  - Bislang kam es in der TaFö nicht zu größeren Ausbrüchen.
  - Als störend wird die hohe Anzahl von Ansprechpartnern und die damit verbunden Außenreize in der Tafö benannt.
- Zurzeit laufen Gespräche mit der Werkstatt in X, um dort eine Aufnahme von BB zu prüfen. Dies ist eine Werkstatt, in der psychisch kranke und behinderte Menschen beschäftigt werden.

Verstehenshypothesen:

- BB hat eine schwere psychische Störung und dadurch bedingt kein stabiles Selbstkonzept. Das führt dazu, dass sie sich schnell in ihrer Integrität verletzt fühlt. Sie ist eher für therapeutische als für erzieherische Interventionen bzw. Umgehensweisen erreichbar.
- Bisher kann sie keine Korrektur verarbeiten, da sie dies sofort als Angriff wahrnimmt und Widerstand provoziert.

- BB ist emotional und psychisch eher vergleichbar mit einem dreijährigen Kind als mit einer pubertierenden Jugendlichen mit Emanzipationsbestrebungen.
- Sie ist auf Nachbeelterung angewiesen. Für die Beziehungsqualität bedeutet dies einen Umgang ähnlich dem mit einem Kind, mit offenem Herzen, angesiedelt zwischen Therapie und Pädagogik.
- Das menschliche Gehirn und die Psyche verändern sich auch durch Erfahrungen in echten Beziehungen und durch soziale Zuwendung.

Handlungsempfehlungen:

- BB ist nach Einschätzung der Konsulenten therapiefähig. Es empfiehlt sich die Vermittlung einer Psychotherapie, um ihre derzeitige psychische Stabilität zu fixieren. Eine Kinder- und Jugendtherapeutin könnte besonders gut für die Arbeit mit BB geeignet sein.
- Es ist darauf zu achten, dass die Anzahl der Personen, die in der Wohnstätte und in der Tagesstätte mit BB arbeiten, so gering wie möglich ist. Nehmen mehrere Personen gleichzeitig Kontakt mit ihr auf oder sprechen sie an, verschließt sie sich und wird unerreichbar.
- Für die Betreuung einer so anspruchsvollen Bewohnerin wie BB ist ein schlüssiges und für alle verbindliches Betreuungskonzept wichtig. Die inhaltliche, sachliche und fachliche Ausgestaltung, Durchführung und Evaluation dieses Konzeptes verantwortet die Wohnstättenleitung.
- Es ist wichtig, im Team einen gemeinsamen Umgangsstil zu vereinbaren und diesen zu praktizieren.
- Das Personal sollte nicht versuchen, BB zu verändern, sondern kreativ, experimentierfreudig und verständnisvoll auf ihr Bedürfnis nach Nähe eingehen.
- Gruppengespräche helfen, dass die Mitbewohner Verständnis für BB und ihr Verhalten aufbringen.

- Auch gutes Befinden, ein positives Klima, kann BB Stress bereiten, weil sie dieses Gefühl kaum kennt und daher nicht einordnen kann.
- Termine (Arztbesuche u. ä.) müssen dem jeweils anderen Lebensraum (Tafö/Wohnheim) schriftlich mitgeteilt werden, um Missverständnisse und belastende Situationen zu vermeiden.
- Der Umgang mit BB bedeutet für den/die jeweiligen Mitarbeiter, dass er/sie eine klare Struktur haben und beibehalten muss, um die Klientin bei „Schleifen und Umwegen" begrenzen zu können.

Empfehlungen für den Umgang in Überforderungssituationen

- Anschließend (in wieder beruhigter Phase) Reflexion über die Gruppensituation, die im Augenblick nicht angemessen für BB ist.
- Ggf. Vereinbarung eines Triggers, der BB aus der belastenden Situation führen kann – ein schriftlicher Vertrag kann dabei helfen, die Erwachsenen-Anteile in BB zu stärken.
- Prüfung des Einsatzes eines Placebos als Hilfe aus einer krisenhaften Situation.
- Anstehende Ereignisse, wie z. B. Gruppenangebote, mit BB im Vorfeld besprechen und deren Durchführung planen. Dazu gehört die Benennung eines Mitarbeiters, der während des Angebotes für BB der Ansprechpartner ist. Alle anderen begleitenden Mitarbeiter halten sich bei diesen Gelegenheiten BB gegenüber zurück.
- Die Begleitung von BB bedeutet, immer neue individuelle Absprachen mit ihr zu treffen.
- Zurückweisungen vermeiden, die Mitarbeiter steuern liebevoll mit Worten.
- Bloßstellung (um z. B. eine Situation zu klären) vermeiden. Konflikte sollten an dem Ort geklärt werden, wo sie entstanden sind. An der jeweils anderen Stelle hat sie die Möglichkeit darüber zu sprechen, wie sie die Situation erlebt hat,

ohne dass dort auf ihre Darstellung im Sinne von „Richtigstellung“ oder Kritik Einfluss genommen wird. Es geht um das ehrliche Interesse an BBs Erleben und um ihre Wahrnehmung, um ein Verständnis dafür zu entwickeln.

Gewalttätiger Klient im ambulanten Wohnen

Verstehenshilfen

Herr ZZ wirkt im persönlichen Gespräch freundlich und ruhig, aber auch wie ein Mensch, in dem viel Energie gestaut ist. Er legt offenbar großen Wert auf seine Außenwirkung; als besonders kränkend stellt er Situationen dar, in denen Dritte ihn als schwach, dumm oder als Opfer wahrnehmen könnten. Die Betreuer berichten, dass es immer wieder zu Impulsdurchbrüchen kommt (Spucken aufs Auto, Heckscheibe einschlagen, mit dem Messer bedrohen). Herr ZZ hat mit seinem Vater eine schwierige und mit seinem jüngeren Bruder eine ambivalente und sehr konflikthafte Beziehung. Herr ZZ „verbiegt“ immer wieder die Realität, d.h. er deutet Erlebnisse entgegen der Realität auf Grund prägender Erfahrungen. Verstehenshintergrund: Theorie der coex-Systeme – condensed experience. COEX-Systeme sind Verhaltensmuster, die Erfahrungen aus der Vergangenheit auf bestimmte Situationen der Gegenwart übertragen, wenn diese der „alten“ Situation ähneln oder die Person (für Außenstehende meist nicht erkennbar) einen Zusammenhang herstellt. Diese Übertragungen sind jeweils voneinander unabhängig und beeinflussen die Wahrnehmung in Bezug auf sich selbst, auf die Umgebung, die Gefühle und Meinungen, Ideen und Verhalten und auf somatische Prozesse, oder lösen solche aus.

- In bestimmten Situationen hat Herr ZZ keine Kontrolle über Affekte wie Ärger und Wut, und daraus können sich bedrohliche, gewalttätige Handlungen mit erheblichem Gefahrenpotential für den Betreuer ergeben. Das gilt es Ernst zu nehmen!

- Hilfreiche Grundhaltung des Betreuers: Eskalationen vermeiden, keine Machtkämpfe ums Rechthaben, keine unnötigen „Befehle“ und Anweisungen; Absprachen in gegenseitigem Einvernehmen erzielen. Nicht in den Machtkampf gehen, wenn Herr ZZ Absprachen einseitig ändert, vielmehr versuchen, ihn in seiner Motivation für die Änderung zu verstehen.
- Bei aufkeimenden Konflikten sofort das Gespräch von der Sach- auf die Beziehungsebene lenken und klären, was Herr ZZ gerade innerlich erlebt.
- Keine Wiederholung affektiv stark besetzter Situationen, z.B. „jüngerer Bruder“ (= junger Betreuer) sagt Herrn ZZ, was er zu tun hat.
- Absprachen früh treffen und stützend und fördernd einfädeln (Beispiel: Mitfahrt im Bus oder eigenständig mit der Bahn).
- Keine nur rhetorischen oder sogar falschen, nicht haltbaren Aussagen treffen.
- Absprachen mit Herrn ZZ müssen für ihn belastbar sein und ihm gegenüber eingehalten werden. Bei Nichteinhaltung von Absprachen frühzeitige Absage und Entschuldigung.
- Die Steigerung der Toleranz gegenüber unattraktiven Geschehnissen und Entwicklungen im Alltag ist das vorrangige Ziel in der Arbeit mit Herrn ZZ, um Eskalation und Gewaltausbrüche langfristig zu vermeiden. Dazu bedarf es eines klar umrissenen Betreuungskonzeptes für den Umgang mit Herrn ZZ, das für ihn und die handelnden MitarbeiterInnen Handlungssicherheit und Transparenz hinsichtlich der Aufgabenverteilung sicherstellt.
- Die Erhöhung der Frustrationstoleranz ist zu erreichen durch:

  - Treffen von Absprachen (die zunehmend auch für Herrn ZZ unangenehme Themen einschließen)

  - Dazu ist es sinnvoll, zunächst eine Rollenverteilung in der Betreuung vorzunehmen: Person 1 (Vorschlag: Frau D, Leitung) übernimmt die Rolle der Autorität; stellt Regeln auf,

macht Verhaltensvorgaben und führt regelmäßig (zunächst ca. 14tägig) reflektierende Gespräche mit Herrn ZZ. Person 2 (die Betreuerin) übernimmt die Rolle der Begleitung im Lebensalltag, vorwiegend mit der Aufgabe der Gestaltung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung und Sicherung eines Orientierung gebenden Rahmens.
- Kontinuierliche Steigerung der Einbeziehung konfrontativer Themen in die Reflexionsgespräche.
- Regelmäßige Modifizierung des Betreuungskonzeptes.
- Einbezug der Mutter zur Unterstützung der Zielerreichung.

Konsultation 2

Situationsanalyse: Bereits in der ersten Handlungsempfehlung haben die Konsulenten auf das erhebliche Gefahrenpotential hingewiesen, das die Betreuung von Markus ZZ in sich birgt. Ein hohes Aggressionspotential verbunden mit erheblichen Körperkräften und einem unvermutet eintretenden Verlust der Affektsteuerung macht die Betreuungsarbeit zu einem „Drahtseilakt". Diese Einschätzung ist nach der zweiten Konsultation zu bekräftigen.

- ZZ hat in der Zwischenzeit einen zweiten Messerangriff gegen einen Arbeitskollegen geführt, der zum Verlust seines Arbeitsplatzes führte.
- Frau T hat die Betreuung von ZZ eingestellt, nachdem er sie beleidigt, aggressiv angegangen und projektiv beschuldigt hat. Es gab daraufhin keine compliance (Kooperation als Grundlage) mehr bei ZZ für eine Betreuung. Die zunächst gute Betreuungssituation kippte im Juli, nachdem die Partnerin von Herrn ZZ eifersüchtig auf Frau T reagierte und ZZ unter Druck setzte.
- Es kommt wiederholt zu Konflikten mit Mitbewohnern im betreuten Wohnen, die sich inzwischen weigern, Freizeitaktivitäten zu besuchen, wenn ZZ oder seine Partnerin daran teilnehmen.
- Auch in der Paarbeziehung zwischen ZZ und seiner Freundin gibt es heftige Aggressionen und gewalttätige Auseinandersetzungen (Schlagen).
- Das Paar bildet miteinander eine anale Kollusion, in der es sich gegen die „böse Welt" zusammenschließt und sich gegen die scheinbare Bedrohung miteinander solidarisiert, aber sich auch gegenseitig aufstachelt. Diese Paardynamik wirkt bei ZZ eskalationsfördernd.
- ZZ hat keinerlei Einsicht in seine Störung. Im Gegenteil sieht er bei sich keinerlei Betreuungsbedarf und hat deshalb von sich aus die Betreuung beendet.

- Die Mitarbeiter versuchen Situationen mit ZZ zu vermeiden, die zu Eskalation führen könnten. Damit ist eine angemessene Betreuung kaum mehr möglich.
- ZZ zeigt keine Einsicht in seinen Hilfebedarf und keine Kooperationsbereitschaft. Damit ist die Grundlage für eine Betreuung nicht gegeben.

Phänomenologischer Zugang und Deutungen der Konsulenten für das innere Erleben von ZZ:

- Hohe Vulnerabilität: ZZ ist psychisch sehr verletzlich. Er deutet Sätze immer wieder (auch gegen den offensichtlichen Wortlaut) als persönliche Entwertung.
- Bedrohung der persönlichen Integrität: ZZ kann es nicht aushalten, wenn jemand eine gegenteilige Position vertritt (z.B. Abfahrtzeit des Zuges). Kleinigkeiten führen zu rechthaberischen Streitigkeiten, die jederzeit eskalieren können.
- Hoher Aggressionsstau: Es ist in der Begegnung spürbar, dass ZZ ein inneres „Pulverfass“ in sich trägt, das nur auf Entladung wartet. (Möglicher Hintergrund: Eine sehr konfliktafte Familiengeschichte mit dem Vater und dem jüngeren Bruder. Die Mutter berichtet, dass ZZ sich als Kind selbst verletzt hat, aber auch mit einer Spielzeugpistole „eine Bank überfallen“ hat.)
- Zu diesen ihn überwältigenden Aggressionen produziert sein „mind“ die passenden Begründungen, um subjektiv die persönliche Integrität aufrecht erhalten zu können. Die Begründungen für seine Affekte sind dann nicht sachgemäße Zuschreibungen, z.B. dass der Betreuer ihn belügen, hintergehen, nicht mögen würde.
- Geringe Frustrationstoleranz und hohe Ansprüchlichkeit an Betreuungspersonen: ZZ erwartet von den Betreuern, dass sie bei Bedarf unverzüglich zur Verfügung stehen. Er kann Wünsche und Erwartungen nur sehr schwer oder gar nicht aufschieben und reagiert mit Aggression.

- Starke Ambivalenzen: Im Kontakt zu den Betreuungspersonen schwankt ZZ zwischen Anziehung und Abstoßung, Mögen und Hass.
- Überlastung: Die Arbeitssituation auf dem ersten Arbeitsmarkt (Schlafmangel), die konflikthafte Paarbeziehung und die hohe innere Verletzlichkeit bewirken Überlastung und begünstigen dadurch den Verlust der Selbststeuerung und der Affektkontrolle.

Handlungsempfehlungen

- Es empfiehlt sich eine genaue Beobachtung der Arbeitssituation in der Gärtnerei, wohin ZZ nach dem Verlust des Arbeitsplatzes gewechselt ist. Vielleicht ergibt sich hier eine Beruhigung durch den geringeren Stress am Arbeitsplatz.
- Die Freundin befindet sich derzeit in einem Praktikum, das sie beenden möchte, um in der WfbM in der Nähe von ZZ sein zu können. Davon ausgehend, dass eine gelegentliche räumliche Trennung des Paares sich beruhigend auf ZZ und die Beziehung auswirkt, ist die Möglichkeit zu prüfen, dem Wunsch nach Nähe am Arbeitsplatz momentan nicht zu erfüllen.
- Herr W, der die Partnerin von ZZ betreut, ist für diesen auch ein „latenter" Ansprechpartner („latent", weil die Betreuung offiziell beendet wurde, aber ein de-facto-Kontakt über die Partnerin besteht). Es braucht eine genaue Beobachtung, ob Herr W jetzt zur Projektionsfläche für die Aggressionen von ZZ wird.
- Diagnostik durch einen Mediziner: Nachdem der behandelnde Psychiater bisher nicht bereit war, die Beobachtungen des Betreuerteams mit in seine Einschätzung der Persönlichkeit von ZZ aufzunehmen, liegt es nahe, zusammen mit ZZ und seiner gesetzl. Betreuerin (der Mutter) einen kooperationswilligen Mediziner aufzusuchen und eine Begutachtung zu erbitten. Diese wäre eine wichtige Hilfe bei einer

gegebenenfalls nötigen Einweisung von ZZ in ein Psychiatrisches Krankenhaus.

- Falls ZZ den Besuch bei einem ihm bisher nicht bekannten Arzt verweigert, empfiehlt sich ein Runder Tisch mit dem Hausarzt, dem bekannten Psychiater und den Konsulenten.
- Medikation: Der behandelnde Arzt möge prüfen, ob ZZ mit einem aggressionsdämpfenden Medikament behandelt werden kann.
- ZZ selbst hat den Wunsch nach einer Kur geäußert (er hat in der Vergangenheit eine positive Kurerfahrung gemacht). Die Konsulenten werden dafür Vorschläge unterbreiten.
- Bei einer erneuten akuten Bedrohung gegen Leib und Leben durch ZZ empfiehlt es sich, unmittelbar die Polizei zu alarmieren, die die Einweisung in ein Psychiatrisches Krankenhaus veranlassen kann.
- Die kommenden 10 Wochen bis zur nächsten Konsultation dienen der Prüfung, ob und wie ein loser Betreuungskontakt mit ZZ und seine Teilnahme an Freizeitaktivitäten des BWMK überhaupt noch möglich sind und ob die Partnerin unter diesen Umständen weiter betreut werden kann.

Paarkonflikte im ambulanten Wohnen

Verstehenshypothese: Herr TT und Frau DD haben auf Grund von Behinderung (bei Frau DD) und ihrer Lebensgeschichte (bei beiden) nur eine labile Selbststruktur und zum Teil sogar keine Selbststruktur entwickeln können. Ihre Fähigkeit zur Affektsteuerung ist gering, selten ist ihre Wahrnehmung von Situationen realitätsgerecht, ihre Selbststeuerung ist schwach (z.B. Übernahme von Verantwortung, Einhalten von Absprachen). Seit einem Jahr führen beide miteinander eine Paarbeziehung und leben seit diesem Zeitpunkt in einer gemeinsamen Wohnung im betreuten Wohnen. Die Paarbeziehung hilft ihnen einerseits dabei, Stabilität aneinander zu finden und nicht erfüllte Bindungs- und Nähebedürfnisse zu befriedigen, andererseits löst dies aber immer wieder starke Abgrenzungswünsche,

Zurückstoßungen und Aggressionen in ihnen aus. In dieser Kollusion (unbewusst abgestimmtes Zusammenspiel zweier Personen) übernimmt Herr TT die Rolle des Starken, Tragenden, Frau DD die Rolle der Anhänglichen, Schwachen. Frau DD verhindert und unterläuft jeglichen Einzelkontakt von Herrn TT zu anderen Bezugspersonen und verweigert solchen Einzelkontakt für sich selbst. Bei Konfrontation droht Frau DD mit Aggression. Die Paardynamik hat eine Tendenz, immer wieder zu eskalieren (gegenseitige Gewalttätigkeiten, Tierquälerei, Androhung von Suizid). Die Beziehung zu den Bezugsbetreuerinnen wird nach der Bereitschaft der beiden ausgerichtet, den erreichten Status (betreutes Wohnen und Paarbeziehung) zu stützen und abzusichern.

- Auf Grund der fehlenden bzw. labilen Selbststruktur sind Absprachen mit Herrn TT und Frau DD nur sehr schwach belastbar. Zugeständnisse und Entgegenkommen der beiden Klienten sind auch durch den Beziehungswunsch zu den Bezugsbetreuerinnen und den Wunsch, die Betreuungssituation aufrecht erhalten zu können, motiviert. Dies gilt es bei allen Vereinbarungen realistisch im Auge zu haben.
- Die Bezugsbetreuerinnen haben – um nicht eskalationsfördernd zu wirken – an verschiedenen Stellen die Konfrontation, Klärung oder gesonderte Beratung von Frau DD unterlassen. Diese Strategie der Deeskalation um den Preis der Vermeidung muss immer wieder auf ihre Tauglichkeit überprüft werden. Hilfreich ist eine klare Verständigung der Betreuerinnen über Grenzen, deren Überschreiten das Ende der Betreuung bedeutet.
- Die Betreuungsinhalte (Aufgaben der Bezugsbetreuerinnen) müssen für und mit beiden Klienten überarbeitet werden. Dabei haben die professionelle Beziehungsgestaltung und wenige (1-2), aber verbindliche und realistische Ziele Priorität.
- Die Betreuungssituation ist nicht planbar, die jeweils aktuell angetroffene Situation nie vorhersehbar. Aufgabe der Bezugsbetreuerinnen ist es nicht, die Klienten vor den Konsequenzen ihres eigenen Handelns zu schützen, sondern sie

bieten einen stabilisierenden Rahmen mit einem klaren Beziehungsangebot („Ich bin da.“ „Die Verantwortung für das, was geschieht, liegt bei Ihnen.“) Die Bezugsbetreuerinnen sollen versuchen, im Sinne der „Nacherziehung“ den Rahmen dessen, was ein von ihnen akzeptiertes Verhalten ist, festzulegen. Stichworte: Tierquälerei, Gewalt, Straftaten, Sozialverhalten

- Die Bezugsbetreuerinnen benötigen externe Supervision, um ihre Betreuungspraxis reflektieren zu können. Insbesondere die subtile Verschiebung von Grenzen (z.B. bei Gewalttätigkeit) durch „Gewöhnung“ ist dabei im Blick zu behalten.
- Neben der verpflichtenden Dokumentation durch die Bezugsbetreuerinnen braucht es eine Dokumentation durch Aktenvermerke (über Gewalttätigkeiten, Eskalationen etc.), die an die gesetzlichen Betreuer weitergeleitet werden. Dies dient der schnellen Information der gesetzlichen Betreuer und der staatlichen Behörden und damit auch der juristischen Absicherung der Bezugsbetreuerinnen.

Konsultation 2

Die Lebenssituation von Herrn TT und Frau DD ist seit der ersten Konsultation unverändert. Verbessert hat sich die Zusammenarbeit der beiden Betreuerinnen: Es gibt nun regelmäßige Absprachen und Nachbesprechungen; das überbordende Verhalten der beiden Klienten wurde besser kanalisiert, z.B.: Ziele wurden formuliert und konsequent durchgehalten; Termine müssen durch die Klienten eingehalten werden; die Medikamenteneinnahme wird überprüft; es gibt keine Telefonate mit den Klienten außerhalb der abgesprochenen Zeiten; keine Nachrichtenübermittlung an die gesetzl. Betreuer; für das Thema „Umgang mit Geld“ werden die Klienten an die gesetzl. Betreuer verwiesen; die Hausbesuche wurden neu definiert. Zwischen Herrn TT und Frau DD zeigt sich weiterhin eine verstrickte und verstrickende Paardynamik.

- Frau DD hält in ihrem Haushalt zahlreiche Tiere. Der Tierschutzverein wurde bereits eingeschaltet. Er hat die Tierhaltung begutachtet und für zulässig erklärt. Diese externe Prüfung sollte regelmäßig wiederholt werden.
- Die Betreuerinnen sollen keine dysfunktionalen Systeme unterstützen (z.B. kein Futter für die Tiere mitbringen).
- Sie sollten ihre eigene Haltung zu der Situation klar benennen.
- Frau DD und Herr TT können von ihrer psychischen Struktur her keine Begrenzungsenergie aufbringen. Begrenzung müssen die Betreuerinnen leisten.
- Eine eindeutige Abgrenzung von psycho-sozialer und gesetzlicher Betreuung und unmissverständliche Absprachen zwischen beiden Systemen sind unerlässlich.
- Eine besondere Herausforderung in dieser Betreuungsarbeit besteht darin, die Klienten und ihre Lebensform in keine Richtung zu manipulieren – damit würden die Betreuerinnen „existentielle Verantwortung“ übernehmen, die nicht zur Betreuungsarbeit gehört. Es geht darum, dass Herr TT und Frau DD (unter den gegebenen gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen) ihren Weg gehen können. Weder sollte ein nicht lebensfähiges System durch äußere Unterstützung aufrecht erhalten werden noch sollte ein Zusammenbruch des Systems aktiv betrieben werden!
- Das Betreuungsangebot sollte auch das regelmäßige Angebot Personzentrierter Gespräche umfassen. Hier liegt der Schwerpunkt darauf, das (vermutete) innere Erleben des Klienten zu verbalisieren und den Klienten in seiner Selbstempathie zu unterstützen (vgl. den gemailten Beitrag von Marlis Pörtner).

Mutistische Klientin in fester Elternbindung

Abschlussbericht

Die Konsultation zu Frau JJ, umfasste 5 Beratungen innerhalb von 7 Monaten. In den Räumlichkeiten von „CA“ (Betreuungseinrichtung) erfolgten 4 Gespräche, ein Termin fand im Elternhaus der Klientin statt. Teilnehmer waren bis auf den letzten Termin jeweils die Eltern, die begleitende Mitarbeiterin des Betreuten Wohnens, Frau R, sowie die Konsulenten Frau Martin und Herr Dr. Jochheim. Der Geschäftsführer von „CA“, Herr A, hat am dritten, vierten und fünften Termin teilgenommen. Zum Termin im Elternhaus am waren alle Personen aus JJs direktem Umfeld eingeladen. JJ beteiligte sich an keinem der Gespräche.

Situationsanalyse: JJ ist eine 27-jährige Frau, die vor 10 Jahren psychisch erkrankte. Es folgten etliche ärztliche und klinische Untersuchungen. Die Diagnose lautet unter anderem auf Schizophrenie und selektiver Mutismus. Die Persönlichkeitsveränderung zeigt sich durch Sozialangst, Frau JJ geht in den sozialen und kommunikativen Rückzug. Auf Anforderung und Stress reagiert sie mit Widerstand, der sich in Totalverweigerung und Aggression gegen Personen oder Gegenstände in ihrem Umfeld äußern kann. Schulische oder berufliche Perspektiven sind durch die Erkrankung in den Hintergrund geraten und zunächst nicht weiter verfolgt worden. Frau JJ lebt im elterlichen Haushalt und wird von den Eltern, der Großmutter und weiteren Helfern zuhause betreut.

2008 nahmen die Eltern Kontakt mit der Einrichtung auf, und seitdem wird Frau JJ im Rahmen von Betreutem Wohnen mit 4 Wochenstunden durch Frau R. (Ergotherapeutin; Erziehungswissenschaftlerin) zuhause begleitet. Ihr ist es gelungen, einen Zugang zu Frau JJ zu bekommen und für sie zwei freizeitpädagogische/therapeutische Angebote (Trommeln und Reiten) außerhalb des Elternhauses anzubahnen, zu denen sie Frau JJ regelmäßig begleitet.

Die Konsultation begann auf Initiative von Frau R von „CA“. Beratungsanlass war die Frage nach weiteren Fördermöglichkeiten für JJ

und Möglichkeiten zur Entlastung der Eltern bei der Betreuung ihrer Tochter. Die Eltern zeigten sich in der ersten Beratungssituation aufgeschlossen und kooperativ; deutlich wurde bereits im ersten Gespräch die starke Belastung aller Familienmitglieder durch die hohe Anforderung, die die Betreuung der psychisch kranken Angehörigen erfordert. JJ hat offenbar die Mittelpunktstellung in der Familie und konzentriert alle Aufmerksamkeit auf sich. Sie bedarf der ständigen Beaufsichtigung, bleibt nicht allein, verlässt kaum das häusliche Umfeld, droht mit Weglaufen etc.

Die zweite Konsultation fand im Elternhaus der Klientin statt. Zu diesem Termin waren alle Personen eingeladen, die mit JJ in Verbindung stehen: Die jüngere Schwester, die Großmutter, eine Freundin der Mutter und eine Mitarbeiterin der Diakonie, die JJ mit 4 Wochenstunden betreut. JJ läuft kurz vor diesem Termin aus dem Garten davon ins freie Feld, alle Familienmitglieder suchen sie. Sie wird im Feld gefunden und zurückgebracht. Die Beratung beginnt mit 30-minütiger Verspätung, die Mutter bleibt während der ersten Stunde bei ihrer Tochter. Die jüngere Schwester berichtet von einem inzwischen guten Verhältnis zu JJ (nach dem ersten Schock bei Ausbrechen der Störung). Sie ist die einzige Person, mit der JJ in ganzen Sätzen flüssig spricht. Die Schwester erzählt, dass JJ ihr gegenüber äußere, von einem normalen Leben ohne Angst zu träumen, sie wolle eine Aufgabe haben, in der sie sich in ihren Fähigkeiten spürt. Zur Schwester habe sie auch davon gesprochen, eine Tagesstruktur haben zu wollen. JJ befasse sich viel mit ihrem IPad, hier nutze sie Apps zu Autismus, Spiele, Filme. JJ sei naturverbunden, sie liebe Tiere und Musik.

Alle nachfolgenden Handlungsempfehlungen stehen unter dem Vorbehalt, dass die Konsulenten die Klientin nicht persönlich kennenlernen konnten.

- JJ hat innerhalb der Familie (und der Gesellschaft) eine Sonderrolle ohne Verpflichtungen und Aufgaben. Dies ist aus Sicht der Konsulenten für eine 27-jährige Frau keine zufriedenstellende Lebenssituation, weil die Entwicklungs- und Wachstumsmöglichkeiten für einen Menschen dieses Alters zu sehr eingeschränkt sind. JJ braucht eine berufliche

Aufgabe, die sie aus dem familiären Umfeld löst und in eigenständiges Arbeiten hineinführt (Selbstwirksamkeit). Sie hat Interessen und Präferenzen, die als Grundlage für entsprechende Maßnahmen der Aktivierung von beruflicher Eingliederung dienen können. Allerdings braucht dies ein hohes Maß von Vertrautheit und Sicherheit in der Beziehung zwischen JJ und Betreuer.

- Mittelfristig ist auch ein Wechsel in eine andere Wohnform sinnvoll. Bei beiden Veränderungszielen besteht die Schwierigkeit darin, die Klientin in die Veränderung „hineinzulocken", um nicht gegen ihren Widerstand arbeiten zu müssen. Das setzt auf Seiten der Betreuer ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen voraus, die Fähigkeit, Nähe und Distanz angemessen regulieren zu können, emotionale Reaktionslosigkeit gegenüber verstrickendem Verhalten von JJ etc.
- Die Eltern befinden sich wegen des Rückzugs ihrer Tochter aus der Lebenswelt in einer ambivalenten Situation: Zum einen sehen sie sich in der Verantwortung für die Gestaltung der Lebensplanung ihrer Tochter, zum anderen sind sie selbst in hohem Maße Betroffene in einem dysfunktional gewordenen Familiensystem. Beide Elternteile äußern, dass sie durch die Lebensumstände erhebliche gesundheitliche Belastungen und Beeinträchtigungen haben. Dieser Zustand stellt durch die Wahrnehmung der gesetzlichen Betreuung (die objektive Kriterien für die Zukunftsplanung zugrunde legen muss) einerseits und der elterlichen Sorge um ihre Tochter andererseits einen zusätzlich belastenden Zustand dar. Aus Sicht der Konsulenten wäre eine Trennung der gesetzlichen Betreuung von der elterlichen Fürsorge sehr hilfreich, um für JJ eine neue Bahnung ihrer persönlichen Perspektiven einzuleiten. Es ist aber zu erwarten, dass die Eltern die Trennung der Aufgaben nicht als Entlastung, sondern als Eingriff in ihre elterliche Fürsorgepflicht erleben und der Übernahme nicht zustimmen werden. Es obliegt der Betreuungsbehörde bzw. dem zuständigen Gericht, ob es hier

zugunsten der Klientin einen Wechsel in der gesetzlichen Betreuung anordnet.

- Zudem hat die Beratung ergeben, dass es unter den Eheleuten auch mit Blick auf die Weiterentwicklung der Wohn- und Arbeitssituation ihrer Tochter unterschiedliche Einschätzungen gibt, die nicht zu einem Ausgleich zu bringen sind. Die Konsulenten haben Vorschläge gemacht für einen langsamen, gewaltfreien, mit JJ gemeinsam initiierten Übergang in eine andere Wohn- und Arbeitsform. Dazu wäre eine Kontaktaufnahme mit geeigneten Einrichtungen nötig (eine Liste geeigneter Einrichtungen wurde erstellt), Kennenlern-Besuche, Klärungen mit der Einrichtungsleitung, welches Angebot erstellt werden kann, um auf die besonderen Bedarfe von JJ einzugehen etc. (immer alles gemeinsam mit JJ). Die Eltern konnten sich nicht auf einen solchen Fortschritt verständigen. Auch dadurch ergibt sich eine Blockade in der Beratungssituation.
- In der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Mitarbeitern von „CA“ kam es wiederholt zu Krisen, wenn sich die Sicht der Mitarbeiter auf ihre professionelle Aufgabe und die im Rahmen einer sozialpädagogischen Dienstleistung notwendigen Erfordernisse (wie Vertretungsregelung oder Dienstzeiten) nicht mit den Vorstellungen der Eheleute JJ deckten. Diese unterschiedlichen Auffassungen zu den Aufgaben der Mitarbeiter von „CA“ führten dazu, dass sich auch die Kooperation zwischen der Klientin JJ und dem Betreuungspersonal zunehmend verschlechterte bis zu dem Punkt, dass die Möglichkeit einer Betreuung überhaupt in Frage gestellt ist.
- Aus Sicht der Konsulenten ist ein Blockadezustand erreicht, der mit den Mitteln der Fachberatung nicht aufzulösen ist. Die Konsulenten haben den Eheleuten deshalb angeraten, gemeinsam psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen, um zu einer von beiden Elternteilen vertretenen Perspektive für die Weiterentwicklung der Lebens- und Arbeitsbedingungen ihrer Tochter zu finden. Die Eheleute sehen sich nach eigener Aussage dazu nicht in der Lage.

- Aus Sicht der Konsulenten wäre es dringend notwendig, das bisherige Arbeitsbündnis zugunsten einer langfristigen Weiterentwicklung der Wohn- und Arbeitssituation von JJ neu zu organisieren. Mit den Mitteln der Fachberatung (Konsulentendienst) ist dies nicht möglich! Die Konsulenten haben Zweifel, ob dies im Augenblick angesichts der verschiedenen Blockaden überhaupt möglich ist!
- Am Naheliegendsten scheint es, dass die Eltern in Zusammenarbeit mit dem LWV auf der Grundlage des persönlichen Budgets nach Möglichkeiten suchen, bei unveränderter Wohnform Entlastung für sich selbst zu finden und eine irgendwie geartete Anbahnung einer neuen Berufsperspektive zu ermöglichen.
- Die Sorge der Konsulenten ist es, dass bei unveränderter Wohn- und Arbeitsform von JJ die Eltern durch den hohen Grad der Belastung nachhaltige gesundheitliche Schäden erleiden und sich für die Klientin eine sich zuspitzende Engführung ihrer Lebenssituation mit entsprechenden möglichen Auswirkungen (z.B. Suizidalität) ergibt.

Autistischer Klient, der große Sachbeschädigungen verursacht

Situationsanalyse: Herr EE (18 Jahre alt) wohnt seit einem Jahr in der Autisten Wohngemeinschaft. Bereits im ein Jahr zuvor gab es eine Konsultationsanfrage aus dem Kinderheim wegen EE, die aber wegen seines anstehenden Auszugs nicht durchgeführt wurde. Der Auszug verzögerte sich dann nachhaltig. Vor dem Einzug in die Autisten-WG war EE für acht Wochen bei Mutter und Großmutter.

EE ist Autist und fällt durch seinen hohen Bewegungsdrang und die sehr geringe Affektkontrolle auf. Als die Konsulenten ihn kennenlernen, läuft er mit Armen, die wie Windmühlenflügel rotieren, durch den Gang der Tagesstätte. Mit den Konsulenten nimmt er keinen Kontakt auf. EE stammt aus einer deutsch-russischen Familie, die vor ca. 15 Jahren nach Deutschland übersiedelte. Der Vater, mit dem EE

eine enge Beziehung hatte, starb unter ungeklärten Umständen und wurde tot im nahe gelegenen Fluss gefunden.

Das herausfordernde Verhalten von EE zeigt sich in Gewalt gegen Menschen und Sachen. Unvermittelt schlägt Zärtlichkeit (er küsst einen Mitbewohner auf den Kopf) in Beißen um, ohne dass dafür ein Anlass erkennbar wäre. EE gerät sehr schnell und leicht in massive Erregungszustände, die nicht mehr zu steuern sind. Eine fehlende Tagesstruktur (wegen eines Feiertags) führt zu Gewaltausbrüchen in der WG, bei denen er einen Heizkörper abreißt. In der Tagesstätte tritt EE bei einem Ausraster die Wand ein. Die Bereichsleitung schätzt die bisher durch EE verursachten Schäden am Inventar auf ca. € 30.000.-.

EE hat mehrfach Mitbewohner geschlagen, die nun vor ihm Angst haben. Auch Mitarbeiter/innen werden immer wieder Opfer von gewaltsamen Attacken. Angesichts seiner Größe und seines Gewichts kann EE von einem Mitarbeiter alleine nicht gebändigt werden. Ausgang mit EE ist nur in 2:1-Betreuung möglich. Eine Mitarbeiterin hat wegen der Gewalterfahrungen den Arbeitsplatz gewechselt. Die Anlässe für Gewaltausbrüche sind z.T. unvermeidbar: EE zerstört den Kassettenrecorder in seinem Zimmer, um wenig später auszurasten, weil er seine „Beruhigungs-CD“ nicht mehr anhören kann. EE ist nach seinen Ausbrüchen selber schuldbewusst und tituliert sich dann als „böse“. Nach einem Polizeieinsatz wegen massiver Gewalt ist er sehr verzweifelt.

EE wird medikamentös ambulant von Frau Dr. K (niedergelassene Ärztin und Institutsambulanz) betreut. Es fand sich keine Einrichtung, die EE für eine stationäre Medikamenteneinstellung aufgenommen hätte. Die Medikamenteneinstellung ist noch nicht abgeschlossen.

Die Wohnstätte kann durch die baulichen Vorgaben EE keinen time-out-Raum und kein zweites Wohnzimmer anbieten. Die Wohnverhältnisse sind für einen Menschen mit derart hohem Bewegungsdrang sehr eng. Der Gartenzaun ist nicht hoch genug, um EE alleine in den Garten zu lassen. es gibt dort bisher keine Klettergeräte.

Die Mitarbeiter/innen der WG stehen unter erheblichem Druck. Sorge um den Klienten, eigene Gewalterfahrungen, Sorge um die Mitbewohner und die eigene Sicherheit und Gesundheit, Ohnmacht und Hilflosigkeit, aber auch eigene Ansprüchlichkeiten, einen derart herausfordernden Klienten in der WG betreuen zu können, lasten auf ihnen. Eine flache Hierarchie im Team verzögert oder verhindert immer wieder anstehende Entscheidungen wie die Installation eines passenden Türgriffs an der Balkontür, was die Betreuung von EE zusätzlich erschwert.

Verstehenshypothesen

EE hat wenig innere Struktur ausgebildet, die es ihm ermöglicht, seine Energie zu steuern und zu kontrollieren. Diese fließt frei flottierend in körperliches Agieren. Konzentration fällt EE sehr schwer (im Normalfall nur 2 -3 Minuten bei der Arbeit). Näheimpulse und Aggressionsimpulse liegen dicht nebeneinander und fließen ineinander über. Aggression ist nicht nur reaktiv, sondern äußerlich unmotiviert durch innere Impulse aus dem Unbewussten bedingt. EE ist darin keine Selbststeuerung möglich. EE hat grundlegende Werte internalisiert; es macht ihm Stress, wenn er selbst diese durch Gewaltausbrüche verletzt. EE ist sehr unsicher und braucht dringend Beheimatung in einer stabilen, sicheren, Halt gebenden, auf Dauer angelegten Umgebung.

Ohne Zweifel ist EE ein Klient, dessen Betreuung eine extreme Herausforderung darstellt, die sich nicht mit üblichen Betreuungsanforderungen vergleichen lässt. Aus Sicht der Konsulenten muss sich dies in der Fortbildung der Mitarbeiter, in System und Struktur der Wohneinrichtung widerspiegeln. Allerdings stellt sich die Frage, ob es in Hessen überhaupt eine Einrichtung gibt, die einem derart herausfordernden Klienten im Augenblick einen freien Wohnplatz anbieten kann.

- Aus Sicht der Konsulenten sind das System und die Struktur der Autisten Wohngemeinschaft mit der Betreuung von EE überlastet. Weder kann EE angemessen betreut noch können die Mitbewohner angemessen

geschützt werden. Mittelfristig sollte nach einer anderen Wohneinrichtung für EE gesucht werden bzw. eine solche durch Neubau erstellt werden – die Planung dafür läuft in der Organisation.

- Die Räumlichkeiten in der WG sind nicht geeignet. Die Räume sind zu eng, weder EE noch die anderen Bewohner haben Ausweichmöglichkeiten.
- Ein Team, das derartigen Herausforderungen gegenüber steht, braucht aus Sicht der Konsulenten eine berufserfahrende und entscheidungsfreudige Leitung. Eine straffe Hierarchie mit kurzen Entscheidungswegen hilft dabei, in den ständig auftretenden neuen und schwierigen Betreuungssituationen mit EE schnell Entscheidungen fällen und durchführen zu können.
- Die Zusammenarbeit mit dem Facility Management der Organisation ist für schnelle Veränderungen zu träge. Geplante Änderungen – wie der Einbau einer massiven Zimmertür – ziehen sich über einen langen Zeitraum und erschweren dadurch die Betreuungsarbeit in der Wohnstätte.

Konzeption

- Es bedarf der Überprüfung der Gesamtkonzeption für die WG durch die Bereichs- und Einrichtungsleitung, um zu klären, welche Klienten unter den herrschenden Bedingungen dort betreut werden können. In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, ob EE unter den faktischen Wohn- und Arbeitsverhältnissen weiter dort wohnen bleiben kann.
- Mit Hilfe qualifizierter Supervision sollten die Mitarbeiter die Grenzen ihrer Belastbarkeit klären. Damit soll der Überforderung durch eine Mentalität des „Wir schaffen alles!“ entgegen gewirkt werden.
- Erlittene Gewalterfahrungen der Mitarbeiter müssen beraterisch und supervisorisch aufgearbeitet werden.

Mitarbeitern, die Gewalt durch EE erfahren, sollte das Angebot einer Trauma-Beratung gemacht werden.

Struktur

- Bereichsleitung und Team sollten die Entscheidungsstrukturen im Team auf ihre Tauglichkeit und Kommunikation überprüfen. Das Konsensprinzip ist nicht immer die beste Wahl.
- Die Bereichsleitung sollte mit dem Facility Management Kontakt aufnehmen, um den vorrangigen Bedarf in der WG zu klären.
- Der Dienstplan sollte so eingerichtet sein, dass immer ein Mitarbeiter Dienst tut, der EE körperlich gewachsen ist.
- Leerzeiten (wie an Feiertagen) sollten mit Aktivitäten gefüllt werden. Die Tagesstätte stellt ihre Räume zur Verfügung.
- Im Garten sollte ein Seil gespannt werden und eine Schaukel installiert werden, um EE körperliches Agieren zu ermöglichen.
- In Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin sollte die Suche nach einer optimalen Medikamentierung fortgesetzt werden.
- Für Krisensituationen braucht es ein Notrufsystem.
- Generell gilt, dass es immer wieder Teamgespräche braucht, um die Erfahrungen in der Betreuung von EE reflektieren und Interventionen evaluieren zu können.

Interventionen

- Der Trainer der Behinderteneinrichtung. für fremdaggressives Verhalten sollte in die Arbeit mit EE einbezogen werden.
- Der Betreuer AS hat einen Kletterschein und könnte EE ein Kletterangebot machen.
- Gewichtsmanschetten an Armen und Beinen beim Spazierengehen können EE helfen, Energie abzubauen.

- Möglichst täglich sollte EE eine Stunde begleiteten Ausgang in die Natur haben. Für diese Zeit braucht es einen zweiten Betreuer.
- Das Erleben von Selbstwirksamkeit (etwas tun, erledigen, z.B. Äste sammeln im Wald) ist für EE eine wichtige Hilfe zur psychischen Stabilisierung.
- Emotionale Zuwendung (nicht Berührung!) im 1:1-Kontakt hilft, EE zu beruhigen.
- Eine Reduktion der Reize (z.B. Konfrontation mit Mitbewohnern) mindert die Gefahr von Eskalationen.

Fortbildung und Supervision

- Die Bereichsleitung schlägt den Wechsel des Supervisors vor.
- Die Bereichsleitung schlägt eine Fortbildung mit Herrn K. vor zum Thema „Umgang mit schwierigen Menschen“ vor.

FALLBEISPIEL: KONSULTATION IN EINER WERKSTATT DER INTEGRA GMBH, HÖCHST IM ODENWALD

Der Klient, Herr BO, und sein gesetzlicher Betreuer haben der Veröffentlichung dieses Fallbeispiels zugestimmt.

1. Konsultation: Die Handlungsempfehlungen der Konsulenten

Situationsanalyse: Herr BO (Jg. 1971) arbeitet in der WfbM in Höchst. Von September bis November 2012 absolvierte er ein Praktikum im Berufsbildungswerk Tagwerk. Am 28.11.2012 wurde gegen ihn ein Arbeitsverbot erlassen wegen eines sexuellen Übergriffs gegen eine Beschäftigte. Seit dieser Zeit hält er sich tagsüber auf der Wohngruppe auf. Er hat keinen festen Tagesrhythmus mehr. Die Wohnstätte sucht in dieser Situation dringend Entlastung durch einen Arbeitsplatz; die WfbM sieht keine Möglichkeit, Herrn BO ohne Änderungen in der Betreuung weiter zu beschäftigen, weil die Mitarbeiterinnen der Werkstattgruppe vor ihm geschützt werden müssen.

BO hat 1986 bei einem Mofa-Unfall ein Schädelhirntrauma erlitten. Seitdem leidet er unter einer spastischen Tetraparese und einem hirnorganischen Psychosyndrom. Er ist an den Rollstuhl gebunden. Zum Zeitpunkt des Unfalls befand sich BO nach dem Hauptschulabschluss in der Ausbildung zum Bäcker.

BO arbeitet in einer Gruppe von 30 Mitarbeiter/innen; diese werden von zwei Gruppenleitern und einer Hilfskraft betreut. Wiederholt kam es zu sexuellen Übergriffen durch BO gegenüber Mitarbeiterinnen (z.B. an die Brust fassen). Er ließ sich im Rahmen von „Deals“ (mit der Gegenleistung von zwei Zigaretten) von Mitarbeiterinnen auf der Toilette sexuell befriedigen. Sanktionen blieben ohne Erfolg. Aus Langeweile (?) zündet er Plastikmüll an, raucht auf der Toilette, spuckt auf den Boden und wirft mit Müll umher. Gespräche über die in der WfbM geltenden Regeln blieben ohne Verhaltensänderung.

Weitergehende Überwachung von BO ist auf Grund des Betreuungsschlüssels nicht möglich. BO nutzt jede sich bietende Möglichkeit, um sich der Aufsicht und Kontrolle in der WfbM zu entziehen.

Das Praktikum im Tagwerk hatte das Ziel, BO ein Arbeitsumfeld anzubieten, in dem Menschen arbeiten, die ihm Paroli bieten können. Der Wechsel geschah einvernehmlich. Die ersten Erfahrungen im Praktikum waren gut, auch wenn es kleinere Regelverstöße gab, eben bis zu dem besagten sexuellen Übergriff.

In der Wohngruppe wohnt BO gemeinsam mit seiner Lebenspartnerin in zwei Räumen. Insgesamt wohnen 12 Personen zwischen 22 und 85 Jahren auf der Wohngruppe. BO ist der fiteste Bewohner. Sexuelle Übergriffe gibt es hier nicht, aber Handlungen unter Absehung von Schamgrenzen (z.B. fortgesetztes Onanieren, auch wenn ein Betreuer den Raum betritt).

Deutungs- und Verstehenshypothesen

BO zeigt ein Verhalten, das auch bei anderen Klienten mit Hirnschädigung zu beobachten ist.

- Verlust der Möglichkeit der Perspektivübernahme und Empathie: BO zeigt keine Möglichkeit, die Auswirkungen seines Handelns auf andere angemessen einzuschätzen.
- Verlust des Schamgefühls
- Verlust bzw. Einschränkung der Möglichkeit, innere Bewertungen vor zu nehmen und Handlungen vorab situationsangemessen zu überprüfen.
- Eingeschränkte Möglichkeit, bei starken Triebimpulsen (Sexualität) sein Verhalten willentlich zu steuern.

Konsequenzen

- Personzentrierte Betreuung: Direktive Anweisungen an BO sind dysfunktional, da er sie bei starken Impulsen nicht

umsetzen kann. Deshalb sind auch Sanktionen unwirksam. Es braucht einen Personzentrierten Umgang mit ihm, bei dem besprochen und ausgehandelt wird, wie viel Verzicht auf unmittelbare Befriedigung im Augenblick möglich ist und wie eine situationsangemessene Befriedigung aussehen kann.

- Kongruentes, handlungsfähiges Gegenüber: BO braucht in seinem Umfeld Menschen, die ihm Grenzen setzen und sich wehren können („Ich möchte nicht, dass du mich anfasst“).
- Selbstwirksamkeit: BO braucht eine Arbeitssituation mit genügend kognitiven Anforderungen, um seine Kompetenzen konstruktiv auszuschöpfen.

Umsetzungsmöglichkeiten

- Erhöhung des Betreuungsschlüssels und Personzentrierte Kompetenz beim Betreuer.
- Umbau und Verkleinerung der Werkstattgruppe nur mit „starken“ Mitarbeitern.
- Enge Begleitung von BO in den Pausen.

Selbstäußerungen von Herrn BO im Gespräch mit den Konsulenten:

- Er möchte gerne weiterhin im Tagwerk arbeiten.
- Bei den Übergriffen hätte er „Scheiße gemacht“, es tue ihm Leid.
- Er wolle sein Verhalten ändern.

2. Konsultation: Die Handlungsempfehlungen der Konsulenten

Situationsanalyse: Der Stand ist heute, am XX.XX.2013, gegenüber der ersten Konsultation unverändert. Herr Birkenstock erläutert die Situation während des Praktikums im Tagwerk als sehr problematisch und das Verhalten von Herrn BO als „systemsprengend“. Die

negativen Auswirkungen haben sich sowohl auf die psychisch behinderten Beschäftigten als auch öffentlichkeitswirksam dargestellt, weil Besucherinnen und Gäste eines im gleichen Haus befindlichen Fitnessstudios BOs distanzlosem Verhalten und Pöbeleien ausgesetzt waren und es zu Beschwerden kam. Das Betreuungskonzept im Tagwerk passt nicht mit dem Bedarf von Herrn BO überein.

Der Betreuungsalltag in der Wohneinrichtung zeigt, dass sich Herr BO während der Anwesenheit von Betreuungspersonal angepasst verhält. Nach intensiver Diskussion und Erörterung aller Möglichkeiten der Betreuung von Herrn BO kommt es zu folgender Vereinbarung:

1. Es gibt eine dreimonatige Testphase bei der Integra. Sie beginnt am Montag, den 08.04.2013, und dauert bis Freitag, den 05.07.2013.
2. In dieser Zeit wird BO durch die Integra mit 1:1 betreut. Der Landeswohlfahrtverband stellt für diesen Zeitraum die finanziellen Mittel zur Verfügung, um zu überprüfen, ob BO unter diesen Bedingungen ein Arbeitsplatz angeboten werden kann. Die Integra prüft bis zu Beginn der Testphase intern, in welcher Werkstatt eine engmaschige Betreuung durch einen geeigneten Mitarbeiter am besten umzusetzen ist.
3. Aufgabe des begleitenden Mitarbeiters ist die engmaschige Begleitung und Beaufsichtigung von BO, um die anderen MitarbeiterInnen der Werkstatt vor Übergriffen zu schützen und um eine Verhaltensänderung bei BO anzubahnen. Die Beaufsichtigung erfolgt nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch auf allen Wegen (vom Bus zum Arbeitsplatz, zur Toilette, in den Pausen). BO erhält klare Verhaltensmaßregeln und auf ihre Einhaltung wird jederzeit geachtet. Dies geschieht einerseits als Schutz für die anderen Beschäftigten, zum anderen mit dem Ziel, BO allmählich auf ein angepasstes Verhalten zu konditionieren.
4. In welcher Form die Beschäftigung von BO erfolgt steht zum Ende der 2. Konsultation noch nicht fest. Die Integra entscheidet

über den Ort und die Ausgestaltung der Betreuung nach interner Prüfung. Einigkeit besteht darüber, dass ein Arbeitstisch mit vier Arbeitsplätzen eingerichtet werden soll, der durch einen (zusätzlichen) Mitarbeiter betreut wird, der bei Regelverstößen sofort interveniert. Die Beschäftigten in der Nähe des Arbeitsplatzes von BO sollen danach ausgewählt werden, ob sie in der Lage sind, ihn zu begrenzen.

5. Die Kollegen in BOs Umgebung sollen ein Selbstbehauptungstraining erhalten, um sich von ihm abgrenzen zu lernen.
6. Vor Ablauf der vereinbarten Testphase von drei Monaten findet am 02.07.2013 eine weitere Konsultation statt mit der Aufgabe, die Erfahrungen zu evaluieren und weitere Vereinbarungen für die Betreuung von BO zu treffen.

Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen durch die Mitarbeiter in der WfbM, Teil 1

(von Detlev Blitz / Fred Rehkopf / Karlheinz Weyrauch)

Als erstes waren wir mit der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz beschäftigt. In Werk 2 fanden wir passende Räumlichkeiten, eine angemessene Gruppengröße, männliche Kollegen, die Paroli bieten konnten, und geringere Reize.

Mehrere Umbaumaßnahmen waren nötig: Es wurden Fahrwege gekennzeichnet, automatisch öffnende Türen in Auftrag gegeben, Poller angebracht, der Arbeitsplatz wurde ergonomisch gestaltet, Vollgummireifen am Rollstuhl angebracht.

Als nächstes planten wir das Kennenlernen des neuen Betreuers mit BO. Er sollte BO s Ressourcen und Fähigkeiten feststellen, Vertrauen aufbauen, BO zum Fahrdienst begleiten, Regeln festlegen, BO unverzüglich hinweisen bei Nichteinhaltung der Regeln, kontinuierlich anwesend sein und helfen, neue Verhaltensstrukturen zu stabilisieren.

Nach und nach sollte sich die Bezugsperson aus der Betreuungsbeziehung herauslösen.

Der Ist-Zustand

BO kann sich selbstständig mit dem Rollstuhl fortbewegen; seine Motorik ist eingeschränkt; er braucht Hilfe bei den Mahlzeiten; er kann sein Geld nicht einteilen (bettelt, und macht Schulden); die Kommunikation ist schwierig.

BO braucht Hilfe bei Toilettengängen; er nimmt seine Behinderung nicht an; er hat eine geringe Stresstoleranz und schlägt gegen seinen Arm; er hat Schmerzen in Arm und Bein und braucht neue Orthesen; er möchte gerne ins Betreute Wohnen wechseln, weil er sich im Wohnheim nicht wohl fühlt (es sei zu laut).

Verlauf der Betreuung

Es gab eine einwöchige Kennenlernphase, in der der Betreuer, Herr Weyrauch, ein Vertrauensverhältnis zu BO aufbaute. Herr Weyrauch vereinbarte mehrere Verhaltensregeln:

- Pünktlichkeit
- angemessenes Verhalten gegenüber dem Fahrdienst
- respektvoller Umgang gegenüber den anderen Mitarbeitern
- BO solle die Anweisungen von Herrn Weyrauch befolgen
- er solle das Gelände nicht verlassen
- er solle das Rauchverbot in der Werkstatt einhalten

Die Regeln wurden gut sichtbar in der Werkstatt aufgehängt. BO wurde erläutert, dass bei gravierendem Fehlverhalten die Maßnahme beendet würde. Er würde seine Tagestruktur und sein Einkommen verlieren, Erfolgserlebnisse würden rar und die Perspektive wäre ein sozialer Abstieg.

Ein wichtiger Veränderungspunkt war es, die Toilette so umzugestalten, dass BO diese selbständig benutzen konnte.

Die Wirkung der Maßnahmen

Die Auswirkungen dieser Maßnahmen waren sehr positiv. BO verhielt sich überwiegend angemessen, er konnte Nähe und Distanz regulieren; zwar mussten die Regeln immer wieder in Erinnerung gerufen werden, aber BO arbeitete konzentriert in seiner Kleingruppe mit.

Deutlich wurde, dass BO immer wieder Schmerzen in Arm und Bein hat. Hinzu kommt ein hoher Kommunikationsbedarf. BO will immer wieder über seine Probleme im Wohnheim sprechen. Täglich wird in regelmäßigen Gesprächen die Situation reflektiert. Dabei geht es um Themen wie sein Sozialverhalten oder seinen Umgang mit Sexualität.

BO s Deutungen sind: In Werk 1 sei er unterfordert gewesen, habe zu wenig Aufmerksamkeit bekommen, es sei zu laut gewesen, und er sei von Mitarbeitenden provoziert worden.

Fazit / Ausblick

Die Aufgabe bleibt, weiterhin das Sozialverhalten und die Tagesstruktur von BO zu fördern, um ihn zu stabilisieren. BO benötigt eine enge Betreuung durch den Gruppenleiter. Dieser kann helfen, das neu gelernte Verhalten einzuüben und bei Fehlverhalten einzugreifen. Das geänderte Verhalten muss langfristig trainiert werden (Verhaltensverbesserung durch Gewohnheit). Mittelfristig ist das Ziel, die 1:1-Betreuung wieder aufzugeben und die Übergabe an den regulären Gruppenleiter einzuleiten. Eine zu schnelle Übergabe gefährdet die erzielten Erfolge.

BO kann nur in Kleingruppen arbeiten, sonst erleidet er eine Reizüberflutung. Er überschätzt seine Fähigkeiten mit Blick auf das

Betreute Wohnen. Eine Schmerztherapie sollte ins Auge gefasst werden.

3. Konsultation: Die Handlungsempfehlungen der Konsulenten

Situationsanalyse: Herr Weyrauch hat die 1:1-Betreuung für BO übernommen und stellt die Maßnahmen und ihre Umsetzung anhand von Fotografien und Overheadfolien dar. Alle Teilnehmer_innen der Sitzung erhalten dazu eine Dokumentation. Zusammenfassung: Die Maßnahmen erreichen ihr Ziel im Sinne von konstruktiven Verhaltensänderungen bei BO. Um Nachhaltigkeit zu erzielen, bedarf es einer Fortführung über einen längeren Zeitraum.

Vereinbarungen

- Herr Strelow Castillo erklärt sich für den Landeswohlfahrtverband bereit, die 1:1-Betreuung bis zum 31.12.2013 zu finanzieren. Dann soll die Intensiv-Betreuung binnen 3 Monaten auf ein Normalmaß zurückgefahren werden.
- Die Konsulenten erklären sich bereit, die Konsultation kostenfrei durchzuführen. Im Gegenzug erklären sich Herr Weyrauch, Herr Rehkopf und Herr Blitz bereit, den Prozess und die Maßnahmen beim Fachtag Konsulentendienst im Juni 2014 in einem Workshop vorzustellen.
- Die Konsulenten erklären sich bereit, die Mitarbeiter_innen der WfbM, die mit BO arbeiten werden, in einer eintägigen kostenfreien Fortbildung zum Thema „Personzentrierte Beziehungsgestaltung“ zu schulen.
- Herr Strelow Castillo regt an, die Wohnsituation von BO zu überprüfen, um seinem Wunsch nach Sozialkontakten ohne Stress und Lärm entgegen zu kommen.
- Es sollen BO Angebote für Traumaberatung und Schmerztherapie gemacht werden. Die Konsulenten mailen dazu Vorschläge an Herrn Rehkopf (Sozialdienst).

- Für den 19.09.2013, 10 Uhr, wurde eine 4. Konsultation zur Auswertung der Maßnahmen verabredet.

Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen durch die Mitarbeiter in der WfbM, Teil 2

(von Detlev Blitz / Fred Rehkopf / Karlheinz Weyrauch)

Umsetzung Phase 2

Einleitung: In der ersten Phase wurde ein erhöhter Förderbedarf festgestellt, deshalb wurde die Maßnahme um drei Monate verlängert. BO benötigt eine längerfristige Unterstützung zu seiner Stabilisierung. Durch vorgegebene Strukturen wurde sein Verhalten konstruktiver. In der zweiten Phase geht es darum, seine Eigenverantwortung in Werkstatt und Wohnheim zu fördern und sein Sozialverhalten durch Teamarbeit zu verbessern.

Zielsetzung: Eigenverantwortliches Handeln

BO soll lernen Verantwortung zu übernehmen für

- Medikamenteneinnahme
- angemessene Kleidung
- selbständiges Einhalten der Pausen
- selbständiges Organisieren von Arbeitsmaterial
- die Kontrolle des Arbeitsraumes nach Arbeitsende

Planung

Verschiedene Unterstützungsmaßnahmen für BO werden eingeleitet:

- Psychotherapie

- Schmerztherapie
- Physiotherapie
- Orthopädie

Bei Problemen und Konflikten sollen folgende Maßnahmen greifen:

- Kommunikation mit Wohnheim über die Probleme
- Regeln werden schriftlich festgehalten und kontrolliert
- Neue Arbeiten werden in der WfbM entwickelt
- die Teamarbeit wird gefördert
- erlerntes Verhalten soll stabilisiert werden
- Fortschritte sollen unmittelbar gewürdigt werden
- eine tägliche Reflexion soll BO unterstützen

Befund

- Psychotherapie am 08.10.13
- Früherer Termin wurde von Arzt abgesagt
- Schmerztherapie seit dem 09.08.13
- BO hat neue Orthesen erhalten

Pädagogische Begleitung

Um BO nicht zu überfordern, wurden Veränderungen nur in kleinen Schritten angegangen. Ein kooperativer Betreuungsstil hilft mit Mitbestimmung Vertrauen aufzubauen. Fehlverhalten wird unmittelbar thematisiert. Alle Regeln werden schriftlich festgehalten. BO wird beim Entwickeln neuer Arbeiten in der WfbM einbezogen. Das stärkt seine kognitiven Fähigkeiten und fördert seine Selbständigkeit. Bei Konflikten mit anderen Mitarbeitern versuchen wir, Kompromisse zu bilden und Benachteiligungen zu vermeiden.

BO wird angelernt, mit Werkzeugen zu arbeiten. Bei neuen Arbeitsschritten benützen wir die Vier-Stufen-Methode (vormachen - nachmachen lassen - üben lassen - kontrollieren). Der Arbeitsplatz wird ergonomisch umgestaltet (Licht – Frischluft – Arbeitstische - Lautstärke). Täglich gibt es eine Reflexion unter vier Augen, um anstehende Probleme zu erkennen und auszuräumen.

Verlauf

Im persönlichen Gespräch wurde die Maßnahmen mit BO vorbereitet. Ziele und Regeln wurden festgelegt und von BO unterschrieben. BO forderte seine Medikamente selbständig im Wohnheim an. Es übergab die Mittagsmedikation an Herrn Weyrauch. BO forderte auch sein Kaffeegeld im Wohnheim selbständig an. Bo achtete auf angemessene Kleidung.

Zu seiner Unterstützung wurde eine Liste erstellt. Diese Liste legte er zur Kontrolle vor. Sie wurde unregelmäßig protokolliert. BO war mehrmals morgens unpünktlich am Fahrdienst.

- BO war im Wohnheim inkontinent
- In der Werkstatt wurden feste Zeiten für Toilettengänge abgesprochen.
- Am 15.07.13 erschien BO nicht auf der Arbeit
- BO klagt über Schmerzen im Bereich des oberen Torsos
- BO ist mit Wohnsituation nicht zufrieden
- Wir beantragen die Einschränkung der Benutzung des E-Rollstuhls
- BO ist motiviert, wieder gehen zu lernen (Kontakt Physiotherapeut).
- Er kann weitgehend auf den Rollstuhl in Werkstatt verzichten.

Zielüberprüfung

Mit Abschluss der Konsultation wurden nachhaltige Verbesserungen im Verhalten des Klienten erzielt. Der Klient ist in die Werkstattgruppe integriert, es fanden keine Eskalationen mehr statt. Es war eine konstruktive Zusammenarbeit mit dem Klienten mit hoher Eigenmotivation möglich. Die Veränderungen waren im Einzelnen:

- Die Stabilisierung von erlerntem Verhalten wurde erreicht.
- Es gab kein Fehlverhalten mehr (Spucken, Sexuelle Übergriffe, Rauchen in Werkstatt, Fahrdienst).
- Eigenverantwortung wurde teilweise erreicht.
- Die Medikamente wurden überwiegend eingenommen.
- Das Kaffeegeld wurde regelmäßig beantragt.
- Die Pausen wurden unregelmäßig eingehalten.
- Der Arbeitsbereich wurde überwiegend in Ordnung gehalten.
- Das Organisieren von Arbeitsmaterial gelang selten.
- Die Teamarbeit verbesserte sich durch die Sozialkompetenz aller Beteiligten

FORT- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTE

Die Weiterbildungsdefizite, die sich bei Mitarbeiter_innen während der Konsultationen zeigten, haben uns dazu motiviert, eintägige Inhouse-Schulungen in den Einrichtungen anzubieten. Dafür gibt es inzwischen eine rege Nachfrage. Fünf Seminarangebote haben wir ausgearbeitet:

Umgang mit behinderten Menschen mit herausforderndem Verhalten

Behinderte Menschen mit herausforderndem Verhalten stellen Wohneinrichtungen, Werkstätten und Tagesförderstätten vor besondere Herausforderungen. Dazu gehören eigen- und fremdaggressives Verhalten, Selbstschädigung, Diebstahl, Sachbeschädigung, Beschimpfungen, extreme Unruhe oder massive Regelverletzungen durch Klienten. Dieses Verhalten beeinträchtigt das Zusammenleben und –arbeiten in hohem Maße und erschwert die Integration des behinderten Menschen in sein Umfeld erheblich. Das eintägige Seminar dient der Verbesserung des Verständnisses für die Hintergründe herausfordernder Verhaltensweisen und bietet Gelegenheit der Fallarbeit an praktischen Beispielen aus dem Betreuungsalltag der Teilnehmenden.

Inhalte:

- Entstehungszusammenhänge und Erklärungsansätze des Verhaltens
- Personzentrierte Handlungsweisen
- Übertragung theoretischer Kenntnisse in den Betreuungsalltag
- Deeskalierende Kommunikation
- Fallarbeit

Ziele:

- Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung

Methoden:

- Sinn des Verhaltens verstehen
- Reflexion der eigenen Haltung
- Entwicklung alternativer Handlungskonzepte
- Theorieinput und Rundgespräch
- Fallarbeit in Kleingruppe
- Supervision eigener Fälle im Halbplenum

Personenkreis: Mitarbeiter/innen aus dem Betreuungsdienst (max. 16 Personen)

Umgang mit Menschen mit autistischen Verhaltensweisen in der Krise

Umbruchssituationen sind für Menschen mit autistischen Verhaltensweisen eine besondere Herausforderung, auf die sie häufig mit aggressivem und systemsprengendem Verhalten reagieren. Solche Umbrüche können der Wechsel der Wohneinrichtung, der Arbeitsbeginn in einer WfbM oder andere gravierende biographische Einschnitte sein. Um wieder Stabilität zu erreichen, ist in solchen Phasen eine individuell auf den jeweiligen Menschen ausgerichtete, langfristig angelegte Begleitung erforderlich. Für viele Betroffene sind Routine und Ordnung von großer Wichtigkeit.

Das eintägige Seminar gewährt einen Einblick in theoretische Basiskenntnisse und bietet Raum für die Bearbeitung von Fallbeispielen der Teilnehmenden.

Die „jungen Wilden". Umgang mit jungen Menschen mit regelverletzendem Verhalten im ambulanten Setting

Das betreute Wohnen gehört inzwischen zum festen Bestandteil der Wohnangebote von Trägern in der Eingliederungshilfe. Zunehmend

finden Menschen auch ohne den „Umweg“ über eine stationäre Einrichtung Aufnahme in ambulante Wohnformen. Diese Menschen haben auf ihrem Lebensweg bis jetzt oftmals nur ungenügend soziale Regeln und Normen erlernt und „genießen“ die neue, offene Lebensform „in vollen Zügen“. Konsequenz daraus ist, dass das begleitende Personal große Schwierigkeiten in seiner Arbeit hat, weil es kaum möglich ist, verbindliche Absprachen zu treffen und Verhaltensweisen zu vereinbaren. Das stellt die begleitende Arbeit vor große Herausforderungen.

Der Schwerpunkt der eintägigen Fortbildungsveranstaltung liegt in der Entwicklung eines professionellen Verständnisses für die besonderen Anforderungen des Personenkreises der jungen Menschen mit Behinderung und ihrer Begleitung unter ambulanten Rahmenbedingungen.

Personzentrierte Beziehungsgestaltung im Umgang mit behinderten Menschen mit herausforderndem Verhalten

Behinderte Menschen mit herausforderndem Verhalten stellen Wohneinrichtungen, Werkstätten und Tagesförderstätten vor besondere Herausforderungen. Dazu gehören eigen- und fremdaggressives Verhalten, Selbstschädigung, Diebstahl, Sachbeschädigung, Beschimpfungen, extreme Unruhe oder massive Regelverletzungen durch Klienten. Dieses Verhalten beeinträchtigt das Zusammenleben und –arbeiten in hohem Maße und erschwert die Integration des behinderten Menschen in sein Umfeld erheblich. Das eintägige Seminar dient der Verbesserung des Verständnisses für die Hintergründe herausfordernder Verhaltensweisen, fördert die Kompetenz in einer Personzentrierten Gestaltung der Betreuungsbeziehung und bietet Gelegenheit für die Fallarbeit an praktischen Beispielen aus dem Betreuungsalltag der Teilnehmenden.

Personzentrierte Angehörigenarbeit

Gespräche mit Angehörigen behinderter Menschen gehören zu den besonderen Herausforderungen in der Betreuungsarbeit. Hohe Erwartungen der Angehörigen mit unrealistischen Vorstellungen an die Betreuer, neurotische Bindungsmuster und verstrickende Kommunikation machen solche Gespräche zur echten Herausforderung, der sich Betreuer am liebsten entziehen möchten.

Das eintägige Seminar soll dabei helfen, solchen Gespräche mit Neugier, Interesse und Gestaltungswillen zu begegnen. Dazu dienen die Verbesserung des Verständnisses für das Verhalten der Angehörigen, die Förderung der Kompetenz in einer Personzentrierten Gesprächsführung und die Fallarbeit an praktischen Beispielen aus dem Betreuungsalltag der Teilnehmenden.

Über die verändernde Kraft von bedingungsloser positiver Beachtung

Carl Rogers wagte es, die bedingungslose positive Beachtung / Unbedingte Wertschätzung (unconditional positive regard) mit der Agape, der göttlichen Liebe, zu vergleichen. Er beschreibt damit „eine Art von Liebe dem Klienten gegenüber, so wie er ist; … das Gefühl, das ich beschreibe, ist weder patriarchalisch noch sentimental, auch ist es nicht von einer oberflächlich-liebenswürdigen Zuwendung. Es achtet den anderen Menschen als eigenständiges Individuum und ergreift nicht Besitz von ihm." Ich habe in diesem Buch immer wieder den Begriff der „Menschenfreundlichkeit" benützt, um diese Haltung zu versprachlichen.

Meine Erfahrung ist, dass eine Beratungsbeziehung, die von bedingungsloser positiver Beachtung für das momentane Erleben des Ratsuchenden getragen ist, die größten Chancen in sich birgt, dass sich die konstruktiven Wachstumskräfte in diesem entfalten. Menschen sind Wesen, die lebenslang ein tiefes Bedürfnis nach „positive regard" haben, das Bedürfnis nach einem wertschätzenden, liebevollen Blick auf sich – so wie sind! Das gilt auch für Mitarbeiter_innen mit ihrem Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schmerz, Sorge, Wut und Enttäuschung, so wie ich ihnen in den Konsultationen begegne.

Die Erfahrung von Mitarbeiter_innen, in der Konsultation für alle ihre schwierigen Gefühle bedingungslose positive Beachtung zu finden, ist eine starke Kraft, die sie unterstützt, um wieder die Bereitschaft in sich zu entdecken, einen schwierigen Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten zugewandt und warmherzig weiter zu betreuen. Bedingungslose positive Beachtung kann diesen Einstellungswechsel unterstützen – „machen" kann sie ihn nicht.

Deshalb ist Konsulentenarbeit nach meinem Verständnis, weil es wesentlich um diese Menschenfreundlichkeit gegenüber den Ratsuchenden geht, „eine Art der Zuneigung, die Kraft hat und die nicht fordert." (C. Rogers)

LITERATURVERZEICHNIS

Bibliographie zur Konsulentenarbeit

(von Petra Schürmann, Mainz, Mobiles Fachteam Rheinland-Pfalz)

Bradl, C. (2005): Herausforderndes Verhalten und Teilhabe. Marburg: Lebenshilfe. URL:http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/Bradl-HerausforderndesVerhalten.pdf [31.08.2011]

Bradl, C. (2003): Umgang mit Aggressionen in Wohngruppen. In: Furger, M., Kehl, D. (Hrsg.): „...und bist Du nicht willig, so brauch ich Gewalt". Luzern (Edition SZH/CSPS)

Bradl, C. (1999): „Diese Aggressionen halte ich nicht mehr aus...": In: Seidel, M., Hennicke, K. (Hrsg.): Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung: Reutlingen (Diakonie-Verlag)

Braun, R.; Ströbele, T. (2003): Consulentenarbeit in den Niederlanden und beim Landschaftsverband Rheinland. In: Theunissen, G. (Hrsg.): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. Stuttgart, S. 101-108

Braun, R., Elger, I. & Thimianidou, B. (2010): Externe Beratung in festgefahrenen Situationen. In: Teilhabe 2, S. 82-88

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

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hrsg.) (2010): Ausgrenzen – Begrenzen – Entgrenzen? Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten (Tagungsbericht DHG/Netzwerk Intensivbetreuung) Heidelberg/Jülich

Dieckmann, F. (2006) Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten - Evaluation eines Modellversuches. In: Hennicke, K. (Hrsg.),

Psychologie und geistige Behinderung. Materialien der DGSGB Berlin (Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung), S. 141-161

DHG-Fachgespräch (2008): Teilhabe von Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten. 19./20. Sept. 2008 in Hamburg. URL: http://www.dhg-kontakt.de/tagungen.htm (31.08.2011).

Dieckmann, F.; Giovis, C. (2006): Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten. Karlsruhe (KVJS)

Dieckmann, F.; Haas, G. (Hrsg.) (2007) : Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndes Verhalten. Stuttgart

Eekelaar, H. C. J. Y. (1999): Erfahrungen mit Konsulententeams. In: Petry, D.; Bradl, C. (Hrsg.): Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Konzepte. Bonn, S. 160-176

van Gemert, G. H. (1999): Respekt, Raum, Rationalität und Realismus. In: Petry, D.; Bradl, C. (Hrsg.): Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Konzepte. Bonn, S. 243-252

Heidelberger Appell (2010): Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft & Netzwerk Intensivbetreuung: Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten. URL: http://www.dhg-kontakt.de (31.08.2011).

Heijkoop, J. (2007): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim

Hennicke, Klaus (2008): Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe – Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke, Klaus (Hg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe – Fluch oder Segen? Berlin (Eigenverlag der DGSGB), S. 4-22

Hünewinkell, M.; Cranen, W.; Tietjen, H. (2011): Konsulentenarbeit wirksamer gestalten. Fallbeispiele Methoden. Jülich

Irblich, Dieter (2003). Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In: D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen, S. 312-388

Kühn, A., Metzler, H. & Rauscher, C. (2002). Hilfebedarf von Menschen mit geistiger Behinderung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. Abschlussbericht eines Modellprojekts im Auftrag des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V. und des Staatsministeriums für Soziales, Jugend und Familie Sachsen. Tübingen (Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“, Universität Tübingen)

Lingg, A. & Theunissen, G. (2008): Psychische Störungen bei geistig Behinderten. 5. überarb. und aktual. Aufl., Freiburg u. a. (Lambertus)

Lunenborg, C. (2009): Additional Support for Individuals with Intellectuell Disabilities and Challenging Behaviour. Groningen (Stichting)

Michalek, S. (2000): Gewalt- und Konflikterfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung im Lebenskontext Heim. Dissertation an der Universität Dortmund Dortmund: Universität Dortmund URL: https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/2920/1/michalekgesunt.pdf [31.08.2011]

Projektteam Berliner Clearingstelle für Menschen mit geistiger Behinderung (2009): Abschlussbericht des Modellprojekts der Berliner Clearingstelle für Menschen mit geistiger Behinderung. Gefördert von der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Integration und der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Chefarzt Prof. Dr. Diefenbacher an der Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH.

Berlin. URL: http://www.bethel.de/fileadmin/Bethel/downloads/e-book/Abschlussbericht_Berliner_Clearingstelle.pdf

Sarimski, Klaus (2005). Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Göttingen

Schulteiss, J. (2007): Aggressives und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung. In: Geistige Behinderung 46, S. 202-214

Seifert, M. (2004): Das Consulentenprojekt der Heilpädagogischen Heime des Landschaftsverbandes Rheinland zur Unterstützung der professionellen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. Evaluation im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland. Berlin: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin URL: http://www.lvr.de/app/resources/evalunik%C3%B6ln.pdf [31.08.2011]

Seifert, M. (2006): Aufbrechen festgefahrener Situationen durch Konsulentenarbeit. Evaluation des Konsulentenprojekts der Rheinischen Heilpädagogischen Heime. In: Geistige Behinderung 4, S. 283-295

Seifert, M. (2007): Das Konsulentenprojekt der Heilpädagogischen Heime des Landschaftsverbandes Rheinland. In: Dieckmann, F. & Haas, G. (Hrsg.): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen. Stuttgart (Kohlhammer), S. 41-64

Theunissen, G. (2008): Positive Verhaltensunterstützung. Marburg (Lebenshilfe-Verlag)

Theunissen, G. (2009). Positive Verhaltenunterstützung und kontextverändernde Maßnahmen. Teilhabe 48, S. 129-136

Wüllenweber, E. (2000): Entwicklungstendenzen in der Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 69 (3), S. 377-379

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

Wüllenweber, E. (2002): Krisenintervention aus heilpädagogischer Sicht. In: Geistige Behinderung 41 (4), S. 331-345

Wüllenweber, E. (2009): Krisen und Behinderung. Hamburg (Elbe-Werkstätten GmbH)

Wüllenweber, E. (2009): Soziale Konflikte als pädagogisches Problem. Eine Studie zum pädagogischen Handeln in kritischen Situationen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe. Hamburg (Elbe-Werkstätten) 2. Auflage

Personzentrierter Umgang mit behinderten Menschen und die entwicklungsfreundliche Beziehung®

Luxen, U. & Senckel, B (1996): Wer mag mich schon wirklich? Abbau von depressiver Selbstentwertung und ödipaler Rivalität bei einer leicht geistig behinderten jungen Frau in Psychotherapie und Alltag. In: Geistige Behinderung 35, S. 42-55 (auch als Download unter: www.efbe-online.de)

Luxen, U. & Senckel, B. (1999): Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48, S. 37–51

Luxen, U. (2001): Schwere Verhaltensstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als Herausforderung für Psychotherapie und heilpädagogischen Alltag. Ein Bericht aus der Praxis. In: Geistige Behinderung 40, S. 350 – 361

Luxen, U. (2009): Die entwicklungsfreundliche Beziehung. Eine mehrdimensionale Methode der Persönlichkeitsförderung. In: Theunissen, G. & Wüllenweber, E. (Hrsg.): Zwischen Tradition

und Innovation. Methoden und Handlungskonzepte in der Heilpädagogik und Behindertenhilfe. Marburg (Lebenshilfe-Verlag), S. 253-259.

Luxen, U. & Senckel, B. (2011): Das befindlichkeitsbezogene Entwicklungsprofil für normal begabte Kinder und für Menschen mit Intelligenzminderung (BEP-KI). Vorstellung eines neuen Verfahrens zur Erhebung des Entwicklungsniveaus. In: BHP heilpaedagogik.de, Ausgabe 2, (auch als Download unter: www.efbe-online.de)

Pörtner, Marlis (2006): Erstnehmen – Zutrauen – Verstehen: Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. (Klett-Cotta) 4. Auflage

Pörtner, Marlis (2000): Erstnehmen – Zutrauen – Verstehen: Ein Personzentriertes Alltagskonzept für den Umgang mit psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag vom 5.11.1999. Materialien der DGSGB. Band 2. Berlin. (auch als Download unter: www.dgsgb.de/downloads/band%202.pdf)

Pörtner, Marlis (2007): Brücken bauen: Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten. (Klett Cotta) 2. Auflage

Prouty, Garry / Van Werde, Dion / Pörtner, Marlis (2011): Prä-Therapie. (Klett Cotta) 3. Auflage

Senckel, B. (2010): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. München (C. H. Beck), 9., durchgesehene Auflage

Senckel, B. (2011): Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung. München (C. H. Beck) 4. Auflage

Senckel, B. (2001): Die entwicklungsfreundliche Beziehung. Ein Angebot für Menschen mit schwerer Verhaltensauffälligkeit. In: Geistige Behinderung 40, S. 337-349 (auch als Download unter: www.efbe-online.de)

Senckel, B. (2006): Beziehungsgestaltung als Persönlichkeitsförderung – Die „entwicklungsfreundliche Beziehung“. In: Klauß, Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung – Psychologische Perspektiven. Heidelberg, S. 111 – 119

Senckel, B. & Pohlmann, I. (2008): Die „entwicklungsfreundliche“ Krise. In: heilpaedagogik.de 4, S. 15-20 (auch als Download unter: www.efbe-online.de)

Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Behinderung

Došen, Anton (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen u.a. (Hogrefe)

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

Heijkoop, Jacques / Uitgevers, Bomm (2011): Herauforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung: Neue Wege der Begleitung und Förderung (Beltz Juventa, Edition Sozial) 5. Auflage

Hogenboom, Marga (2010): Menschen mit geistiger Behinderung besser verstehen: Angeborene Syndrome verständlich erklärt. (EV Reinhardt) 3. Auflage

Theunissen, Georg (2011): Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten: Ein Lehrbuch für die Schule, Heilpädagogik und außerschulische Behindertenhilfe. (UTB) 5. Auflage

Sarimski, Klaus / Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Ratgeber psychische Störungen bei geistiger Behinderung: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. (Hogrefe)

Schanze, Christian (2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch. (Schattauer), Nachdruck 2009

Weitere Literatur

Art. Soziale Inklusion. In: www.wikipedia.de

Bauer, Joachim (2005): Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg

Bielefeldt, Heiner (2009): Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin (Deutsches Institut für Menschenrechte, Essay No. 5)

Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Jochen Eckert / Hans-Joachim Schwartz (2003): Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart 9. Auflage

Kriz, Jürgen (2013): Humanistische Psychotherapie im Kontext des deutschen Gesundheitssystems. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 44, 64 - 71

Rogers Carl R. (1980): Klientenzentrierte Therapie. (1980) In: Carl R. Rogers / Peter F. Schmid: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz 1991, 185-235

Rogers, Carl R. (1983): Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: Ders. Therapeut und Klient. Frankfurt/Main, 211-231

Sander, Klaus (1999): Personzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Köln / Weinheim / Basel

Schmid, Peter F. (1998): Souveränität und Engagement. Zu einem Personzentrierten Verständnis von „Person“. In: Carl R. Rogers / Peter F. Schmid: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz 3. Auflage, 15 – 164

Schmid, Peter F. (2002): Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. In: Person 1, 16–33

Schnoor, Heike (2013): Psychosoziale Beratung im Spannungsfeld von Gesellschaft, Institution, Profession und Individuum.

ANHANG

1. Anmeldebogen zur Hilfeanfrage

Persönliche Daten des Menschen mit Hilfebedarf

Name:
……..

Vorname:
……

Geburtsdatum: ……

Wohnadresse: ……

Arbeitsadresse / Tagesförderstätte:……

Antragsteller / Einrichtung

Name: ……

Einrichtung / Adresse:……

Tel. / Fax / E-Mail:……

Träger ist Mitglied der LAG Wohnen e.V.: . Ja / Nein

Ausgangssituation / Darstellung der Problemlage:

……

Zielsetzung der Beratung

……

Rückmeldung der Konsulenten betreffs Empfehlungen an

……

Datum Stempel der Einrichtung Unterschrift der Leitung

2. Evaluationsbogen

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Arbeit der Konsulenten

Die Konsulenten des Hessischen Konsulentendienstes der LAG Wohnen waren zur Beratung in Ihrer Einrichtung. Mit der Beantwortung der folgenden Fragen geben Sie uns eine Rückmeldung über ihre Arbeit und tragen dazu bei, die Angebote und Leistungen des Konsulentendienstes zu verbessern. Bitte überlegen Sie, wie zufrieden Sie mit der Unterstützung durch unseren Dienst waren.

Entspricht die Unterstützung durch die Konsulenten den Erwartungen, die Sie an diese Art der Hilfe haben?					
Sehen Sie die Bedürfnisse der Klienten, der Mitarbeiter, der Organisation durch die Konsulenten ausreichend berücksichtigt?					
Haben Sie den Eindruck, dass die Konsulenten Verständnis für alle Beteiligten hatten?					
Haben Sie den Eindruck, dass die Konsulenten die für Ihre speziellen Fragestellungen notwendige Kompetenz mitbringen?					
Ist die Ausdrucksweise der Konsulenten für Sie verständlich und nachvollziehbar?					

Haben Sie den Eindruck, dass die Konsulenten präzise und intensiv arbeiten?					
Konnten die Konsulenten Ihnen neue und wertvolle Impulse für die Arbeit mit dem Klienten vermitteln?					
Hatte die Beratung der Konsulenten auf die Lebenssituation des Klienten nennenswerte Auswirkungen?					
Haben Sie die Beratung der Konsulenten neutral und unabhängig empfunden?					
Hat es im Umgang mit den Konsulenten Anlass gegeben, sich zu ärgern?					

Hier können Sie Ihre Antworten näher erläutern oder weitere Anregungen angeben:

Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, unsere Fragen zu beantworten.