

Stefan Dold, Schweizerisches Epilepsie-Zentrum  
Zürich

agressif, pédagogie spécialisée, approche systémique

## Zusammenfassung

Postiktale aggressives Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und Epilepsie stellt für die betreuenden Fachpersonen eine grosse Herausforderung dar, insbesondere wenn die Desorientierung der betroffenen Person eine direkte Einflussnahme auf das Verhalten verunmöglicht. Anhand eines Erfahrungsberichtes aus dem Heimbereich des Schweizerischen Epilepsie-Zentrums werden beispielhaft Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, die dennoch die Rückgewinnung von Handlungssicherheit ermöglichen.

Aus systemischer Perspektive werden Massnahmen in den Mittelpunkt gerückt, die sich vor allem auf eine Veränderung von Kontextfaktoren beziehen. Auch wenn das schwierige Verhalten des Betroffenen an sich nicht zu ändern ist, wird es für das soziale Umfeld entschärft.

*Epileptologie* 2011; 28: 134 – 139

**Schlüsselwörter:** Geistige Behinderung, Epilepsie, aggressives Verhalten, Sonderpädagogik, systemische Perspektive

## Agressivité post-ictale chez les personnes handicapées mentales – Compte rendu d'expérience d'un foyer résidentiel pour personnes handicapées mentales et épileptiques

Il s'agit dans cet article du défi que doivent relever les professionnels en charge de personnes handicapées mentales et épileptiques présentant un comportement post-ictal agressif, sur lequel il est difficile d'avoir une influence directe, puisque la personne concernée est encore désorientée.

Sur la base d'un compte rendu d'expérience faite au foyer résidentiel du centre suisse pour l'épilepsie, quelques possibilités d'intervention sont présentées à titre exemplaire, permettant aux professionnels de reprendre de l'assurance dans leurs actions.

Dans le cadre d'une approche systémique, toute l'attention est portée à des interventions ciblant la modification de facteurs contextuels. Même là où le comportement problématique n'est pas modifiable en lui-même, il est possible de désamorcer la situation pour l'environnement social.

**Mots clés :** Handicap mental, épilepsie, comportement

## Postictal Aggression and Intellectual Disability – Field Report of a Residential Home for People with Intellectual Disability and Epilepsy

Postictal aggressive behavior of people with intellectual disability and epilepsy is a big challenge, especially when the disorientation of the person concerned makes a direct influence on the behavior impossible. Our field report from a residential home of the Swiss Epilepsy-Center shows exemplary options, which re-enable confident dealings. Under a systemic perspective, interventions are focused, which refer to a change of context factors. Even if the challenging behavior itself cannot be changed, it can be eased for the social environment.

**Keywords:** Intellectual disability, epilepsy, aggressive behavior, special education, systemic perspective

## Menschen mit geistiger Behinderung und Epilepsie

Menschen mit geistiger Behinderung sind wesentlich häufiger von Epilepsie betroffen als nichtbehinderte Menschen. Dabei scheint sowohl die Häufigkeit als auch die Schwere der Epilepsie mit der Schwere der geistigen Behinderung zu korrelieren. Bei Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung wird von ca. 6 %, bei schweren geistigen Behinderungen von bis zu 50 %, die von Epilepsie betroffen sind, berichtet [1].

An dieser Stelle will betont sein, dass die geistige Behinderung nicht auf die Epilepsie zurückgeführt werden kann. Vielmehr werden gemeinsame ursächliche Bedingungen wie Veränderungen zerebraler Strukturen für die Epilepsie und die geistige Behinderung angenommen.

Wenngleich wegen zahlreicher methodischer Schwierigkeiten ein direkter Zusammenhang von Epilepsien und psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung kaum nachzuweisen ist, zeigen sich verschiedene psychische Störungsbilder überproportional häufig. Diese Symptomatiken werden nach ihrem zeitlichen Bezug zum Anfallsgeschehen unterschieden. Interiktale Störungen treten ohne zeitlichen Bezug zum Anfall, das heisst zwischen den Anfällen auf

und werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt. Periiktale Störungen hingegen sind zeitlich an den Anfall gebunden und zeitlich begrenzte Verhaltensweisen. Sie treten damit unmittelbar vor (präiktal), während (iktal) und nach Anfällen (postiktal) auf. Mit besonderer Beachtung von aggressiven Verhaltensweisen sollen diese periiktalen Störungen betrachtet werden.

## Periiktale psychische Störungen

Im Zeitraum vor dem Anfall (präiktal) werden bei Menschen mit geistiger Behinderung vor allem Gereiztheit, erhöhte Umtriebigkeit, Zurückgezogenheit oder Aggressivität geschildert.

Bei iktalen Störungen handelt es sich um Symptome, die unmittelbar durch die epileptische Aktivität hervorgerufen werden. Angstsymptome stellen hier mit 30 % die am meisten berichtete Aura-symptomatik dar. Als weitere psychische Störungen können, vor allem bei nonkonvulsivem Status epilepticus, paranoid-halluzinatorische Symptome mit Störungen des Bewusstseins, mit Desorientierung und affektiven Symptomen auftreten. Zielgerichtete auto- oder fremdaggressive Verhaltensweisen sind während der Anfälle äusserst selten zu beobachten. Heftige und ungestüme Automatismen können als stereotype und ungerichtete Verhaltensweisen mit Bewusstseinsstörung und nur geringer Möglichkeit der Einflussnahme durch Aussenstehende vor allem bei Frontalhirnepilepsie auftreten.

Das häufigste Vorkommen von periiktalen aggressiven Verhaltensweisen tritt postiktal auf. Vor allem nach Anfällen mit Störung des Bewusstseins und Desorientierung reagieren Betroffene mit Aggressionen, wenn sie von ihrem Umfeld eingegrenzt werden. Solche Eingrenzungen können beispielsweise Versuche sein, die Person zu beruhigen, sie zum Hinsetzen oder Hinlegen zu bewegen [1]. Die Aggressionen sind damit eine Reaktion auf inadäquate Rahmenbedingungen in der Begleitung von Betroffenen und können vermieden werden.

Welche Möglichkeiten aber stehen einem Team von betreuenden Fachkräften zur Verfügung, wenn eine betroffene Person mit geistiger Behinderung postiktal zielgerichtetes fremdaggressives Verhalten vor allem gegen Personen zeigt und gleichzeitig (noch) nicht ansprechbar ist?

## Erfahrungen mit einem Bewohner mit geistiger Behinderung

Hr. N. ist 24 Jahre alt, 1,80 m gross, wiegt ca. 90 kg und lebt seit 2007 in einer geschlossenen Wohnabteilung des Schweizerischen Epilepsie-Zentrums [2]. Vor dieser Unterbringung durchlief er eine Vielzahl von ver-

schiedenen Institutionen. Eine dauerhafte Unterbringung scheiterte seit der Auflösung einer kleinfamiliären und ländlichen Wohnform im Jugendalter an den fortan aufgetretenen interiktalen und zum Teil stark fremdaggressiven Verhaltensweisen.

Als junger Mann ist er sehr bewegungsfreudig, läuft und rennt gerne. Seine lebenspraktischen Fähigkeiten entsprechen einem analogen Entwicklungsalter von ca. fünf Jahren, womit er viele, auch feinmotorische Handlungen des alltäglichen Lebens selbständig zu verrichten vermag. Er teilt sich verbal-sprachlich und gut verständlich mit. Hr. N. fordert eine sehr enge und konstante emotionale Begleitung. Immer wieder sucht er Rückversicherung bei der Bezugs- oder Betreuungsperson und kann nur selten für kurze Momente allein sein. Gleichzeitig entdeckt er sein Grössenselbst, seine Selbstwirksamkeit und möchte diese ausleben. Er versucht diese Ambivalenz zu überbrücken, indem er mit Vehemenz um die Vorherrschaft und Führung in Beziehungen ringt. Die gemeinsame Anwesenheit seiner Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und mehrerer Mitarbeitenden auf der Wohngruppe scheint für ihn immer wieder eine willkommene Gelegenheiten zu bieten, um das eigene Grössenselbst durch provozierende, drohende und übergreifende Manipulation der ihn umgebenden Personen auszuleben. Eine geringe Frustrationstoleranz führt wiederholt zu aggressiven Eskalationen, wenn sich natürliche Grenzen im sozialen Zusammenleben einstellen. Der psychoemotionale Entwicklungsstand entspricht einem analogen Entwicklungsalter von ca. einem Jahr. Befindet er sich ausserhalb von gewohnten Settings des Wohnheimes, ist Hr. N. eine sozial sehr interessierte Persönlichkeit, die einen sozial adäquaten Kontakt zu ihm begegnenden Menschen sucht. Hr. N.s kognitive Möglichkeiten entsprechen einem analogen Entwicklungsalter von ca. vier bis fünf Jahren. Er ist sehr an eine egozentrische Anschauung gebunden. Auf deutlich geringerem Entwicklungsstand zeigt sich das Norm- und Wertebewusstsein. Hr. N. weiss um die Gültigkeit von Regeln und Verboten, ist aber nicht in der Lage, diese selbständig einzuhalten. Er probiert deren Gültigkeit systematisch und wiederholend aus. Diese Leistungen entsprechen einem analogen Entwicklungsalter von ca. drei Jahren.

Die Wohn- und Lebenssituation im jetzigen Heimbereich war und ist gekennzeichnet durch Wechsel von Zeiten relativ ausgeglichener Befindlichkeit mit verminderten fremdaggressiven Eskalationen, sowohl in Qualität als auch in Quantität, und Phasen stark erhöhter Spannungen mit vermehrten Eskalationen.

Die Diagnose von Hr. N. lautet auf kryptogene (wahrscheinlich symptomatische) Epilepsie mit fronto-temporalen Lokalisation. Dabei zeigt Hr. N. tonische Anfälle, die sich gelegentlich zu (sekundär) generalisierten tonisch-klonischen Anfällen ausweiten können. Die Häufigkeit der öfter auftretenden tonischen Anfälle variiert bis heute stark. Auf mehrere anfallsfreie Tage fol-

gen Tage mit einzelnen oder mehreren, zum Teil seriel- len Anfällen. Auch die Dauer der Anfälle variiert. Meist bleibt ihr Auftreten auf wenige Sekunden beschränkt, und Hr. N. kann danach an seine zuvor ausgeübte Tä- tigkeit anknüpfen. In selteneren Fällen von längerer An- fallsdauer zeigte Hr. N. in der Vergangenheit während postiktaler Phasen autoaggressive Verhaltensweisen. In solchen Situationen war Hr. N. aber bereits wieder ansprechbar und er konnte sich durch eine gelassene, erklärende Begleitung nach sehr kurzer Zeit deutlich beruhigen.

Die Therapie dieser Anfälle stellt bis heute eine grosse Herausforderung dar. Immer wieder stellen sich Zeiträume von überproportionaler Häufung der Anfälle ein. Hinzu kamen Veränderungen in der Erscheinungs- form der Anfälle. In den regelmässig stattfindenden epilepsiebezogenen Visiten wurden diese Verände- rungen aufgegriffen und Korrekturen der medikamen- tösen Behandlung vorgenommen. Erst eine immer wieder korrigierte und sensibel eingestellte Medikation aus der Zusammenarbeit zwischen Epileptologie und Psychiatrie konnte und kann die Voraussetzung dafür schaffen, dass Hr. N. wach und ausgeglichen am Alltag teilnehmen kann. In einer solchen psychischen Kon- stitution, die immer wieder erreicht werden konnte, gelang es dem Betreuungsteam die notwendigen Rah- menbedingungen zu schaffen, welche fremdaggressive Verhaltensweisen deutlich verringerten.

Seit mehreren Monaten sieht sich das Betreuungs- team mit einer neuen Herausforderung konfrontiert. Das zuvor als postiktale Autoaggression auftretende Verhalten veränderte sich zur Fremdaggression. Im di- rekten Anschluss an oben benannte längere tonische Anfälle geht Hr. N. zielgerichtet und tötlich naheste- hende Personen an. Im Unterschied zu den vorherigen Autoaggressionen ist er während dieser Episoden für die Dauer von ein bis zwei Minuten nicht ansprechbar und sein Verhalten damit nicht beeinflussbar. Nach die- ser kurzen aber bedrohlichen Zeitspanne ist Hr. N. wie- der orientiert, kann sich aber an das Geschehene nicht erinnern und bedauert die Vorkommnisse deutlich, wenn er vom Vorfall erfährt.

### Erste (Ver-) Suche zum Umgang mit postiktalen Aggressionen

In der bestehenden, abrupt einsetzenden Situa- tion, in welcher kein Einfluss auf die Person und ihr Verhalten genommen werden kann, finden sich Mit- bewohnerinnen und Bewohner sowie die Betreuenden gleichermaßen in einer sehr hilflosen und bedrohten Situation wieder. Dabei betrifft dies die Mitarbeitenden in doppelter Hinsicht. Sie sehen sich selbst in ihrer kör- perlichen Unversehrtheit und Integrität gefährdet und wollen gleichzeitig ihre Verantwortung zum Schutz der Mitbewohnerinnen und Bewohner wahrnehmen. Eine solche zunächst als ausweglos wahrgenommene Situa-

tion erzeugt Unsicherheit und Angst.

Bei anhaltend grossem Interesse am Thema Ag- gression und Krisen existieren in der Sonderpädagogik eine Vielzahl von Konzepten zum Umgang mit Krisen und akuten Eskalationen [3-6]. Ihnen allen aber ist gemeinsam, dass von Verhaltensweisen einer Person ausgegangen wird, die zumindest bei Bewusstsein und ansprechbar ist. Es wird vorausgesetzt, dass auf die Person Einfluss genommen, oder dass das Verhalten in Abhängigkeit von verschiedenen Kontextvariablen und damit als bewusste und funktionale Reaktion auf be- stehende Rahmenbedingungen in ihrer Lebenswelt be- trachtet werden kann. Die hier spezielle Situation von postiktaler Fremdaggression verlangt andere Zugänge, um den Schutz der Mitarbeitenden, Bewohnerinnen und Bewohner, wie auch die Lebensqualität von Hr. N. bestmöglich zu gewährleisten. Personenbezogene An- sätze in der Agogik geraten in der gegebenen Situation deutlich an ihre Grenzen. Wenn der Fokus ausschliess- lich auf Hr. N. gerichtet bleibt, kann es kaum Raum für eine Entspannung geben. Es gilt demnach, den Fokus zu verschieben und die Situation aus einer anderen Per- spektive zu betrachten. Ziel dieser Betrachtung sollte ein neues oder verändertes Verständnis der Situation sein, welches die postiktalen Aggressionen als gegeben akzeptiert. Anstelle der Frage, wie diese Aggressionen abzubauen oder zu verhindern wären, müssen neue Fragen gestellt werden.

### Perspektivenwechsel durch eine systemische Be- trachtung

Die Theorien der systemischen Pädagogik machen dabei darauf aufmerksam, dass ein Verhalten immer erst durch seinen Bezug zur jeweiligen Situation, in der es auftritt, Bedeutung erlangen kann. Störungen eines Systems werden damit in Abhängigkeit zu ihren Kon- textbedingungen und nicht mit Bezug zur betroffenen Person begriffen. Eine solche Sichtweise lenkt den Blick auf verbliebene Einflussmöglichkeiten, auch wenn die betroffene Person und das von ihr gezeigte Verhalten sich einer bewussten Einflussnahme entziehen. Auf grundlegende Ausführungen zum systemischen Ansatz in der Pädagogik soll an dieser Stelle verzichtet und auf die Literatur verwiesen werden [7-9]. Anstelle dessen sollen einzelne Inhalte vorgestellt werden, die sich in der vorliegenden Situation als hilfreich erwiesen: das Verhaltensskript [7] und das interne Hilffssystem [8] vor dem Hintergrund der Ressourcenorientierung.

### Das Verhaltensskript

Eine systemische Pädagogik, Beratung oder Thera- pie beschäftigt sich vor allem mit den Interaktionen, die zwischen den Systemmitgliedern stattfinden. Die Handlungen und Verhaltensweisen, die eine Person

innerhalb dieser Interaktionen zeigt, entstammen dabei ihren Annahmen darüber, wie sich in bestimmten Kontexten und im Zusammenspiel mit bestimmten Systemmitgliedern verhalten werden soll. Das Verhaltensskript bezeichnet ein solches Bündel von Annahmen und daraus resultierende Verhaltensweisen, die einem bestimmten Kontext zugehörig sind. Es widerspiegelt die „Spielregeln“ innerhalb eines bestimmten Kontextes. Treten nun Störungen oder Veränderungen innerhalb eines Systems auf, stellt sich die Frage, ob die vorhandenen Verhaltensskripte noch in der Lage sind, erfolgreiche Handlungsstrategien innerhalb dieser veränderten Situation hervorzubringen. Die Situation von Hr. N. verursachte zunächst den Verlust der bestehenden Handlungsmöglichkeiten. Während mehrerer Jahre konnte das Team der Betreuenden intensiv Erfahrungen mit Hr. N. machen und dabei immer passgerechtere Rahmenbedingungen gestalten, so dass sich die interiktal gezeigten Verhaltensauffälligkeiten deutlich weniger häufig und weniger heftig zeigten. Dieses Handlungswissen aber blieb in Situationen von postiktalen Fremdaggressionen ohne Relevanz. Die Wiederherstellung von Handlungssicherheit besass nun oberste Priorität. Anhand kontextbezogener Fragen wurden die Einflussfaktoren der schwierigen Situation identifiziert [vergleiche 9]: Für welche Dinge muss Verantwortung übernommen werden, für welche nicht? Welches sind erreichbare Ziele? Welche Sachverhalte in dieser Situation sind verhandelbar bzw. veränderbar? Welche Ressourcen verbleiben zur möglichen Veränderung der bestehenden Umstände?

Das Stellen und Beantworten solcher Fragen wirkt ein so genanntes Reframing. Der Fokus rückt ab vom bedrohlichen Verhalten der betroffenen Person. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit gelangen stattdessen Rahmenbedingungen, die, im Gegensatz zum bedrohlichen Verhalten, beeinflussbar sind. Das System und seine Mitglieder erhalten einen gewissen Grad an Kontrolle und Einflussmöglichkeit zurück, Handlungsfähigkeit kann wieder hergestellt werden. In der vorliegenden Situation nutzte das Betreuungsteam des Wohnbereichs besonders die Möglichkeit und Methode eines Gesprächs zur ethischen Entscheidungsfindung (vergleiche Wehr in dieser Ausgabe), um sich über die eigenen Werte, Ziele, Möglichkeiten und Grenzen Klarheit zu verschaffen. Eine Abklärung rechtlicher Rahmenbedingungen definierte weitere Kriterien des verbleibenden Handlungsspielraumes.

In der praktischen Umsetzung bedeutete dies zunächst, dass Hr. N. das Institutionsareal nicht verlassen durfte, solange sein Verhalten nicht beeinflussbar war. Die Sicherheit Dritter besitzt in diesem Fall Vorrang. Aufgrund der Vorerfahrung mit Hr. N.s Verhalten wurden die Areale auf dem Institutionsgelände identifiziert, in welchen die Gefahr einer Schädigung Dritter am geringsten erschien. Dies implizierte ebenfalls, dass einige Areale, wie zum Beispiel das Restaurant oder der Parkplatz, wo fremdes Eigentum oder aussen-

stehende Personen zu Schaden kommen könnten, gemieden wurden. Dagegen konnte ein Fussballplatz in der Nachbarschaft genutzt werden, solange sich dort keine weiteren Personen aufhielten. Dieser Platz ist zur angrenzenden Strasse hin mit stabilen und hohen Netzen gesichert, so dass Hr. N. hier nicht der Gefahr eines Verkehrsunfalls während postiktaler Desorientierung ausgesetzt war. In diesem definierten Areal wurde für Hr. N. eine ständige und auf ihn abgestimmte Einzelbegleitung intensiviert, die aufgrund der bestehenden interiktalen Verhaltensauffälligkeiten schon zuvor sichergestellt war. Es wurde darauf geachtet, dass nur erfahrene Mitarbeitende, die Hr. N. und vor allem seine Anfälle gut kennen, diese Begleitung übernahmen. Durch ihr Vorwissen sind sie in der Lage, sich zum eigenen Schutz rechtzeitig von Hr. N. zu entfernen, wenn aufgrund der Anfallsdauer die Gefahr von Fremdaggressionen besteht. Bei genauer Beobachtung der postiktalen Aggressionen zeigte sich, dass Hr. N. vor allem Personen anging, auf die er durch Geräusche aufmerksam wurde. Auch diese Einflussmöglichkeit wurde genutzt. Sollten sich in der Nähe befindliche Personen nicht schnell genug aus der Gefahrenzone entfernen können, zog der für die Begleitung von Hr. N. verantwortliche Mitarbeitende das Interesse auf sich und lenkte Hr. N. von diesen Personen weg.

Diese Inhalte zur Neudefinition eines Verhaltensskripts im Kontext der direkten Begleitung von Hr. N. wurden von den Mitarbeitenden selbst erarbeitet. Dies gewährleistet die Passung zu den Möglichkeiten der Teammitglieder und erhöht die tatsächliche Realisierbarkeit.

In diesem ersten Schritt stellten Betreuende vor allem Überlegungen an, die sich auf die Rahmenbedingungen der unmittelbaren Problemsituation bezogen.

Die systemische Sozialpädagogik [8] geht über diese unmittelbare Situationsbetrachtung hinaus und macht auf weitere angrenzende Systeme aufmerksam, die zum grösstmöglichen Nutzen für alle Beteiligten einbezogen werden.

### Internes Hilffsystem: Wohnbereich und angrenzende Dienstleistungsbereiche

Neben externen Hilffsystemen und dem Klientensystem, hier begriffen als das Zusammenspiel von Betreuenden und Betreuten, wird das interne Hilffsystem unterschieden. Dieses Hilffsystem wiederum ist unterteilt in eine Vielzahl von Subsystemen, welche in wechselseitigen und aufeinander bezogenen Austauschprozessen stehen. Im vorliegenden Beispiel wurden vor allem die verschiedenen angrenzenden Dienstleistungsbereiche des Zentrums und architektonische Gegebenheiten im Wohnheim als systemische Einflussgrössen berücksichtigt.

Das Schweizerische Epilepsie-Zentrum besteht aus verschiedenen Dienstleistungsbereichen, die sich zum

grossen Teil auf einem Areal der Institution befinden, auf dem Areal, das den wesentlichen Lebensraum von Hr. N. darstellt. Die Mitarbeitenden, die in der direkten Zusammenarbeit mit Hr. N. standen, stellten fest, dass sie zur Gewährleistung bestmöglicher Sicherheit auf die Mitarbeit des Personals anderer Bereiche angewiesen sind. In Rücksprache mit der eigenen Bereichsleitung wurde deshalb ein Informationsschreiben versendet, welches die Mitarbeitenden aller Bereiche auf dem Areal über die besondere Situation von Hr. N. aufklärte und Handlungsanweisungen im Fall von postiktalen Aggressionen enthielt. Hauptsächlich wurde der Appell weitergegeben, den Anweisungen der betreuenden Personen Folge zu leisten und im Bedarfsfall für den notwendigen Sicherheitsabstand zu sorgen. Wichtig war hier vor allem, die postiktalen Aggressionen als Ausnahmesituationen zu betonen und gleichzeitig das ansonsten sehr grosse soziale Interesse von Hr. N. und den gefahrlosen Kontakt zu unterstreichen. Eine Gestaltung von Rahmenbedingungen fand damit in bereichsübergreifender Zusammenarbeit und zur zusätzlichen Unterstützung der Betreuenden von Hr. N. statt. Mit all diesen Massnahmen verringerten sich potenzielle Gefahrenmomente, was wiederum die Handlungssicherheit der Betreuenden stärkte.

Da das Institutionsareal viel Platz bietet, ist es hier gut möglich, die benötigte Distanz zu schaffen, wenn postiktale Aggressionen das erfordern. Anders verhält es sich bezüglich der räumlichen Möglichkeiten innerhalb der Wohngemeinschaft von Hr. N., wo er zusammen mit fünf weiteren Bewohnerinnen und Bewohnern in einer geschlossenen Abteilung für Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und geistiger Behinderung lebt. Um hier schnellstmöglich den Schutz der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner gewährleisten zu können, wurde eine zusätzliche Türe eingebaut. Sie trennt im Bedarfsfall Hr. N.s Zimmer und den Essraum von den restlichen Schlaf- und dem Wohnzimmer ab. Es können entweder die Mitbewohnerinnen und Bewohner oder Hr. N. selbst in eine der abgetrennten Wohnungshälften begleitet oder separiert werden. In beiden Arealen ist genügend Bewegungsfreiheit gegeben, so dass die vorübergehende Einschränkung keine grosse räumliche Einengung bedeutet.

Durch die Suche nach Einflussmöglichkeiten und Ressourcen auf verschiedenen Kontextebenen im Umfeld der postiktalen Aggressionen gelang es den betreuenden Fachkräften, ihre eigene Handlungssicherheit wiederherzustellen und bestmöglich ihrem Auftrag und Anspruch nach Lebensqualität und Unversehrtheit nachzukommen. Demgegenüber wurde die Lebensqualität von Hr. N. durch die enorme Eingrenzung seiner Lebens- und Erfahrungswelt deutlich eingeschränkt. Um auch ihm grösstmögliche Lebensqualität bieten zu können, wurden vielfältige, sich an seinem Lebensstil und an seinen Interessen orientierende Ideen und Möglichkeiten zu Alltagsgestaltung zusammengetragen und realisiert, wie sie vom Konzept der Positiven

Verhaltensunterstützung [10] vorgeschlagen werden. Der Fokus dieses Artikels galt der Orientierung an kontextbezogenen Einflussvariablen, so dass diese Massnahmen nicht weiter ausgeführt werden.

## Fazit

Menschen mit geistiger Behinderung sind deutlich häufiger von Epilepsie betroffen als Nichtbehinderte. Periiktale Aggressionen treten dabei äusserst selten auf. Am häufigsten sind sie als postiktale Störungen beschrieben, die in den meisten Fällen vermieden werden können. Wie die Einzelfalldarstellung zeigt, gibt es Ausnahmen, die sich einer willentlichen Beeinflussung durch das Umfeld entziehen. Pädagogische Konzepte, welche die betroffene Person und ihr als problematisch erlebtes Verhalten in den Vordergrund rücken, verlieren gänzlich ihre Relevanz, wenn durch Desorientierung und Bewusstseinsstörung der Zugang zur betroffenen Person fehlt.

In Anlehnung an eine systemische Perspektive können sich dennoch neue Handlungsoptionen eröffnen, und eine zunächst verloren geglaubte Handlungssicherheit kann wiedergewonnen werden. Durch die Orientierung an Kontextbedingungen können Variablen identifiziert werden, die veränderbar sind. Eine solche unmittelbare Kontextvariable stellen die Verhaltensweisen der betreuenden Fachpersonen dar. Durch sorgfältige Klärung des Verantwortungsbereiches, der erreichbaren Ziele, Interventionsmöglichkeiten und Grenzen kann das Verhaltensskript des Einzelnen erweitert oder verändert werden, so dass sich die zunächst als Bedrohung und Gefährdung darstellende Situation in ihrer Bedeutung zumindest abschwächt. Auch wenn sich das Verhalten nicht ändert, wird es für das soziale Umfeld entschärft. Dieser Effekt wird umso stärker, je mehr passende Handlungs- und damit Kontrollmöglichkeiten gefunden werden.

Zur Unterstützung dieser Handlungsmöglichkeiten und zur Steigerung von deren Effektivität legt die systemorientierte Sozialpädagogik eine Vernetzung über das Klientensystem hinaus nahe. Wie oben beispielhaft gezeigt wurde, können solche hilfesystembezogenen Massnahmen sowohl auf das erweiterte personale Umfeld, als auch auf strukturelle oder bauliche Rahmenbedingungen oder Subsysteme bezogen sein.

Wenn Sonderpädagogik im Bereich von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung bedeutet, dass entwicklungsförderliche und die Lebensqualität unterstützende Rahmenbedingungen realisiert werden, dann bedeutet Sonderpädagogik bei Menschen mit zusätzlicher Epilepsie und im hier geschilderten Fall eine Anpassung von Rahmenbedingungen an die Anfälle und die sich daraus für alle Beteiligten ergebenden Bedürfnisse. Zur Erfüllung dieses Anspruches vermag eine systemische Sichtweise nicht nur in diesem Fall einen wertvollen Beitrag zu leisten.

## Referenzen

1. Martin P. Epilepsie (FO) und psychische Störungen bei Intelligenzminde-  
rung. In: Schanze C (Hrsg): *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei  
Menschen mit Intelligenzminderung*. Stuttgart, New York: Schattauer,  
2007: 51-63
2. Schelbert B. Anforderungen an Wohnraum für „Systemsprenge  
nde Personen“. Unveröffentlichte Masterarbeit. FHS St. Gallen, 2010
3. Wüllenweber E, Theunissen G (Hrsg): *Handbuch Krisenintervention.  
Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernet-  
zung*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2001
4. Lingg A, Theunissen G. *Psychische Störungen und geistige Behinde-  
rungen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2008
5. Heinrich J (Hrsg). *Akute Krise Aggression. Aspekte sicheren Handelns  
bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag,  
2005
6. Heijkoop J. *Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Be-  
hinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung*. Weinheim, Basel:  
Beltz Verlag, 2002
7. Palmowski W. *Nichts ist ohne Kontext. Systemische Pädagogik bei „Ver-  
haltensauffälligkeit“*. Dortmund: Verlag modernes lernen, 2007
8. Simmen R, Buss G, Hassler A, Immoos S. *Systemorientierte Sozialpädago-  
gik*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag, 2008
9. Von Schlippe A, Schweitzer J. *Systemische Interventionen*. München: Van-  
denhoeck & Ruprecht, 2009
10. Theunissen G. *Positive Verhaltensunterstützung*. Marburg: Lebenshilfe-  
Verlag, 2008

### **Korrespondenzadresse:**

**Stefan Dold, Dipl. Päd. Sonderpädagoge**  
**Sozialpädagogische Prävention und**  
**Krisenintervention (SPKS)**  
**Schweizerisches Epilepsie-Zentrum**  
**Bleulerstrasse 60**  
**8008 Zürich**  
**Tel. 0041 44 387 61 11**  
**Fax 0041 44 387 63 97**  
**stefan.dold@swissepi.ch**