Notfallpsychologische Maßnahmen bei Menschen mit Geistiger Behinderung

Dieter Irblich
Auel

2. Fachtagung Notfallpsychologie
Potsdam 27./28.11.2010

Ausgangsfragen

1. Was wissen wir über Menschen mit geistiger Behinderung in Notfallsituationen?

2. Gibt es Bedarf an behindertenspezifischer Notfallpsychologie?

3. Wenn ja, wie sollte diese aussehen?

Einwände

„Notfälle sind im Behindertenbereich zu selten, als dass sich Prävention lohnt.“

„Die Vorbereitung auf solche Ereignisse würde geistig behinderte Menschen nur unnötig beunruhigen.“

„Die Betreuungspersonen wissen schon, wie sie mit Behinderten in Notsituationen richtig umzugehen haben.“

„Behinderte verstehen oft nicht, was passiert bzw. vergessen das Erlebte rasch wieder.“

Notfälle bei geistig Behinderten seltene Ereignisse?

Vorfall 1 (03.09.2010)

„Eine **Reisegruppe einer Behinderteneinrichtung** aus Iserlohn ist am Freitag gegen 13.30 Uhr auf der A 1 kurz vor Bremen **verunglückt**. Die 53-jährige **Reiseleiterin kam dabei ums Leben**; eine **weitere Person** schwebte gestern Abend laut Polizei noch in **Lebensgefahr. Fünf Personen wurden teils schwer verletzt**; sie kamen in umliegende Krankenhäuser. Die Gruppe war mit drei Kleinbussen unterwegs zu einem Feriencamp an der Ostsee.“ (DerWesten)

Vorfall 2 (10.09.2010)

„Im Rahmen des **Schwimmsportangebotes** der "DELME-Werkstätten Sulingen" war eine Gruppe von körperlich und geistig behinderten Menschen im Hallenbad in Sulingen in der Breslauer Straße. Ein 49-jähriger Mann wurde plötzlich von einer Person aus der Gruppe heraus **leblos auf dem Boden eines Entspannungsbeckens** bemerkt. Der Mann wurde aus dem Wasser gezogen, die begleitenden Aufsichtspersonen begannen umgehend mit der **Reanimation** des Mannes. Der sofort herbeigerufene Notarzt, der die Reanimation fortsetzte, **konnte jedoch nur noch den Tod feststellen**.“

Vorfall 3 (27.09.2010)

„In einem **Wohnheim für körperlich und geistig behinderte Menschen** ist am späten Sonntagabend in Berlin-Mitte ein **Brand ausgebrochen**.

Verletzt wurde niemand, wie die Polizei am Montag mitteilte. Vermutlich hatte ein auf einem Deckenfluter abgelegter Gegenstand Feuer gefangen. Der betroffene Raum brannte aus. **14 Bewohner der Einrichtung in der Chausseestraße mussten während der Löscharbeiten ihre Zimmer verlassen.**“ *(dapd)*

Vorfall 4: (7.10.2010) „Im Kreis Heinsberg bei Aachen geriet eine 70-Jährige Autofahrerin mit ihrem Pkw in den Gegenverkehr und fuhr frontal in einen **Bus mit geistig behinderten Kindern**. Bei dem Zusam-menstoß wurden acht Kinder im Alter von sechs und sieben Jahren sowie drei Erwachsene **verletzt, vier davon schwer**...

(stern.de; welt online)

Erfreulich trotz aller Tragik ist die Tatsache, dass beim Eintreffen der ersten Funkstreifenwagenbesatzung sich bereits rund **zehn Ersthelfer** um die Verletzten kümmerten. Dabei handelte es sich um Fahrzeuginsas-sen nachfolgender Fahrzeuge, die das Unfallgeschehen zum Teil als Zeuge miterlebten.“

Vorfall 4 (Fortsetzung)

1. Schulausflug
2. Kinder waren am Unfallort zunächst apathisch
3. Laienhelfer kümmerten sich um die Kinder
4. Keines der Kinder zeigte problematisches Verhalten
5. Notfallplan kam zum Einsatz und bewährte sich
6. Probleme bei der Benachrichtigung der Eltern
7. Schulpsychologischer Dienst war in der Schule
   - Vermittelte Gefühl der Unterstützung
   - beriet die Schulleitung am Unfalltag
   - Durchführung eines Elternabends für alle Eltern
   - Einzelberatung für die betroffenen Eltern
8. Wenige posttraumatische Symptome bei den Kindern bekannt (Angst im Straßenverkehr)
9. Eltern z. T. Probleme (Ängste)

Vorfall 4 (Erkenntnisse)

- Betreuungspersonen konnten wegen eigener Verletzung nicht helfen
- Laienhelfer waren hilfreich
- Psychische Folgen für die betroffenen Kinder bleiben unklar
- Der vorhandene Notfallplan und notfallpsychologische Betreuung wurden als hilfreich erlebt

Einwand	Erwiderung
Notfälle seien selten	Augenschein spricht dagegen
kein bewusstes Erleben, keine mitgeteilte Erinnerung	z. T. widerlegt oder zu bezweifeln Auch wenn Folgen nicht offen-sichtlich, nicht auszuschließen
Helfer gut vorbereitet	Rettungskräfte und Nothelfer kennen GB nicht Betreuer kennen sich mit (Groß-) schadensereignissen nicht aus
Prävention beunruhigt Behinderte	Abhängig von der Vorgehensweise

Geistig behinderte Menschen

<u>Merkmale</u>

- IQ < 65 (Prävalenz 3-4%)
  Große Heterogenität des Personenkreises
- Schwierigkeiten im Lernen, Denken und Sprachverstehen
- Selbständiges Leben nicht möglich
- Verständnis eher handlungsbezogen und konkret
- Zusätzliche Einschränkungen
- Erwachsene: gesetzliche Betreuung

Geistig behinderte Menschen

Ursachen geistiger Behinderung:

- Genetische Störungen, Missbildungen
- Hirnorganische Schädigungen
- hereditäre und psychosoziale Faktoren
- Geistige Behinderung unklarer Genese

Geistig behinderte Menschen

In Deutschland leben ca. 300.000 Menschen mit geistiger Behinderung.

Sie besuchen oft Sondereinrichtungen wie Förderkindergarten, Sonderschule oder Werkstatt für Behinderte. Die behinderten Kinder leben meist zu Hause, erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung sind oft in Wohngruppen oder Heimeinrichtungen untergebracht.

Sie brauchen auch bei der täglichen Lebensgestaltung mehr oder weniger viel Hilfestellung. Je ausgeprägter die Behinderung, desto mehr Bereiche sind betroffen und desto geringer sind die lebenspraktischen Kompetenzen. Das kann bis zur vollständigen Hilflosigkeit in der Selbstversorgung mit stark eingeschränktem Bewusstsein reichen.

Geistig behinderte Menschen

<u>Merkmale</u>

- Relative individuelle Stärken oft im lebenspraktischen Bereich (antrainierte Fertigkeiten)
- Verfügbare Kompetenzen oft abhängig von vertrauter Umgebung, bekannten Bezugspersonen und eingeübten Handlungsroutinen
- In ungewohnten Situationen besonders hilflos, evtl. auch in ihrem Verhalten vermehrt unberechenbar

Traumatisierung bei geistig behinderten Menschen

GBM häufiger traumatischen (Vor-)Erfahrungen ausgesetzt als Nichtbehinderte:

- Medizinische Eingriffe
- Innerfamiliäre und institutionelle Misshandlung
- Physische Gefährdung in der Öffentlichkeit
- Hohes Unfallrisiko wegen geringen Gefahrenbewusstseins und hoher Umtriebigkeit
- Verlusterlebnisse (belastender infolge hoher Abhängigkeit von Bezugspersonen)

Wie erleben geistig Behinderte Notsituationen?

- Erkennen Gefahr u. U. spät oder gar nicht
- Bewerten Hinweisreize falsch und handeln deshalb kontraproduktiv (z. B. Angst vor der Feuerwehr)
- Beziehen Ereignisse bisweilen fälschlicherweise auf sich
- Fixieren ihre Aufmerksamkeit auf irrelevante Aspekte (z. B. achten aufs Blaulicht anstatt auf Hinweise, die an sie gerichtet sind)
- Vortraumatisierungen (=Hilflosigkeitserfahrungen) → Retraumatisierungsrisiko

→ Vermehrtes Hilflosigkeitserleben in Notsituationen, größerer Aufsichts- und Hilfebedarf, höheres Risiko von Folgeproblemen

Exkurs
Professionelle Bezugspersonen

Nicht selten:

- Verantwortungsgefühl, Schuldgefühle
- „Erziehersozialisation“ (induzierte Angst davor, zur Rechenschaft gezogen zu werden)
- Hilflosigkeitserfahrung, zuvor erfolglos auf Risiken hingewiesen zu haben
- Angst vor fehlender Rückendeckung durch Vorgesetzte und Leitung
- Sorge vor Mitteilung an Familienangehörige
- Angst vor Kontakt mit Presse und Öffentlichkeit
- Eigene traumatische Vorerfahrungen
- Stabilisierung der Betreuungspersonen wichtige Aufgabe des Nothelfers

Exkurs Angehörige

Meist Eltern oder nahestehende Verwandte

- Enge Bindung, Schwierigkeiten, abzuschätzen, was Behinderter bewältigen kann, Probleme mit der Ablösung
- Vortraumatisierungen
- Verallgemeinerte Vorwurfshaltung
- Verantwortungsgefühl, Schuldgefühle
- Überforderungsgefühle

- Können in Notsituationen eine wichtige Ressource darstellen wegen der gewachsenen Bindungen zu dem Behinderten
- Haben ein hohes Risiko zur Ko- bzw. Retraumatisierung

Wie verhalten sich geistig Behinderte in Notsituationen?

- Stressreaktionen meist wie bei Nichtbehinderten
- Weniger Selbstschutz- und Bewältigungskompetenzen

In Einzelfällen:

- Intensivierung vorhandener Verhaltensauffälligkeiten
- Angst und Abwehr bei körperlicher Berührung
- Fremdaggressionen oder Weglaufen bei Annäherung
- Selbstverletzendes Verhalten
- Inkontinenz
- Epileptische Anfälle, Spastik, Herz-Kreislauf-Probleme,
- Erhöhter Aufsichtsbedarf

Nutzung vorhandener Strukturen

Krisenintervention

Behindertenseelsorge

Notfallpsychologie

Psychosoziale Hilfestellung
für behinderte Menschen
bei Schadensereignissen

Rettungspläne

Psychotherapie

Notfallpsychologische Erfordernisse

- Prävention (Erstellung notfallpsychologischer Konzepte für bestimmte Situationen, Schulung von Nothelfern und Betreuern)
- Akutversorgung (von Betroffenen und Bezugs-personen)
- Nachsorge nach Schadensereignissen (bis 4 Wochen nach dem Ereignis)
- Stressmanagement von Einsatzkräften nach Extremereignissen

Akutphase

Aufgaben

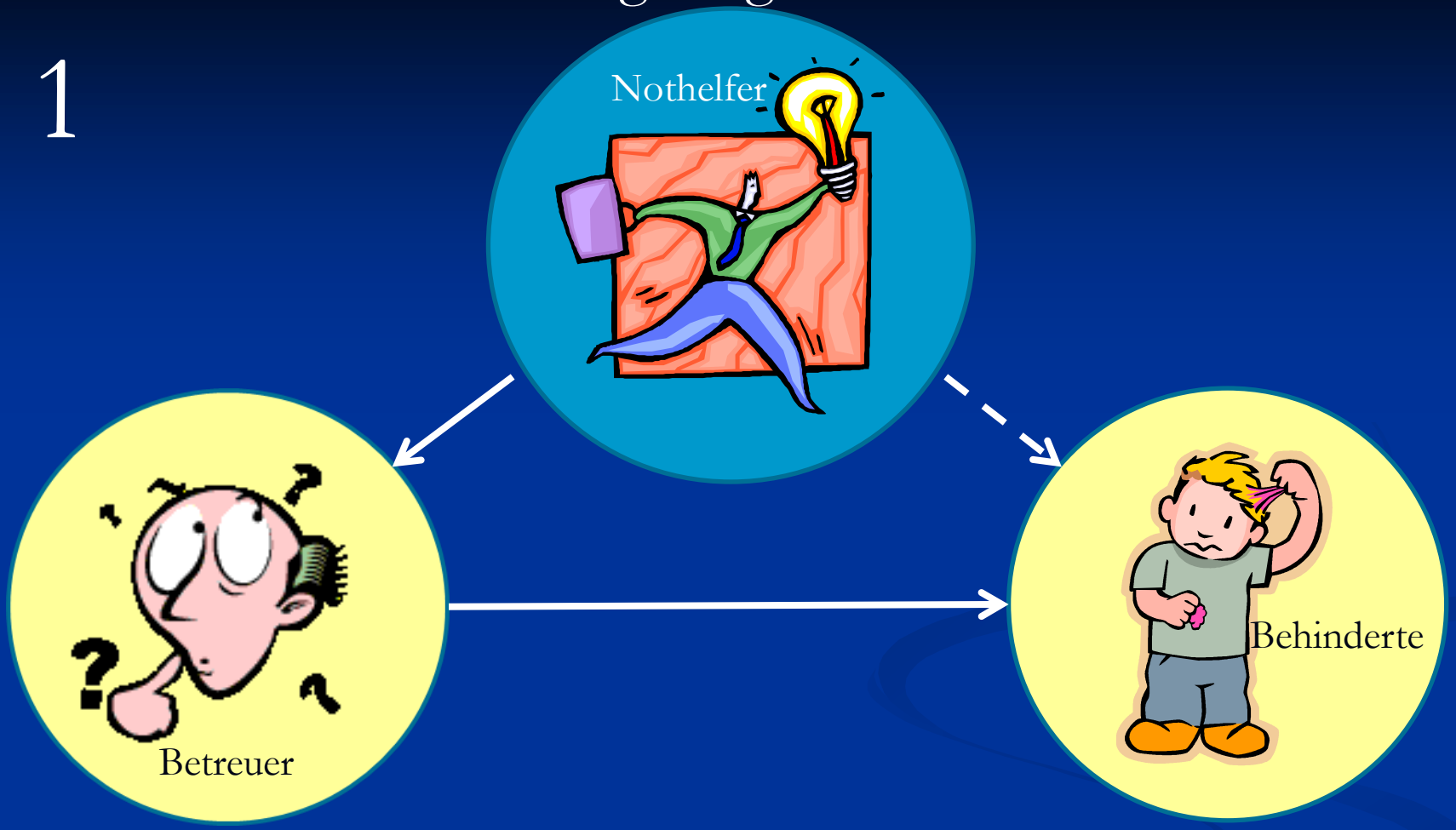
- Herstellen von Kontakt
- psychische Stabilisierung, Sicherheitserleben
- Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz
- Zulassen von Trauer
- Verarbeitung des Erlebten
- Unterstützung des Übergangs in den Alltag
- Vermeidung posttraumatischer Störungen
- Weitervermittlung in Therapie, wenn erforderlich
- Angemessener Umgang mit evtl. auftretenden Verhaltens-problemen
- Stützung und Beratung der Betreuungspersonen
- Ggf. Mitwirkung bei der Information der Angehörigen
- Beratung der Betreuungseinrichtung bzgl. des weiteren Vorgehens

Ablaufmodell für Nothilfe bei geistig behinderten Menschen

0

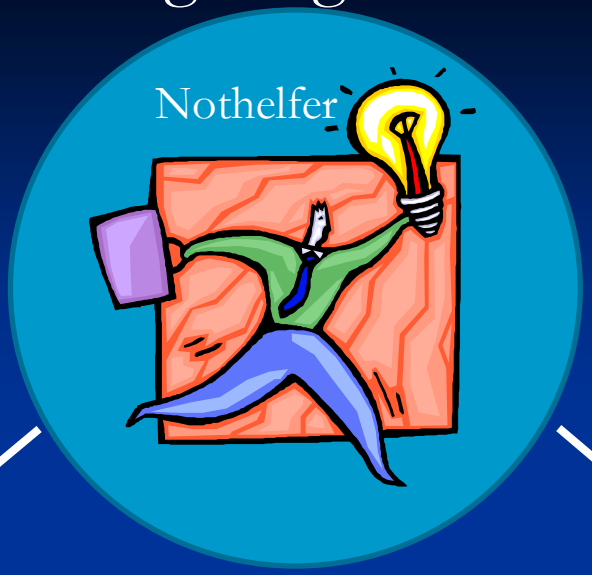
Modell für Nothilfe bei geistig behinderten Menschen

1



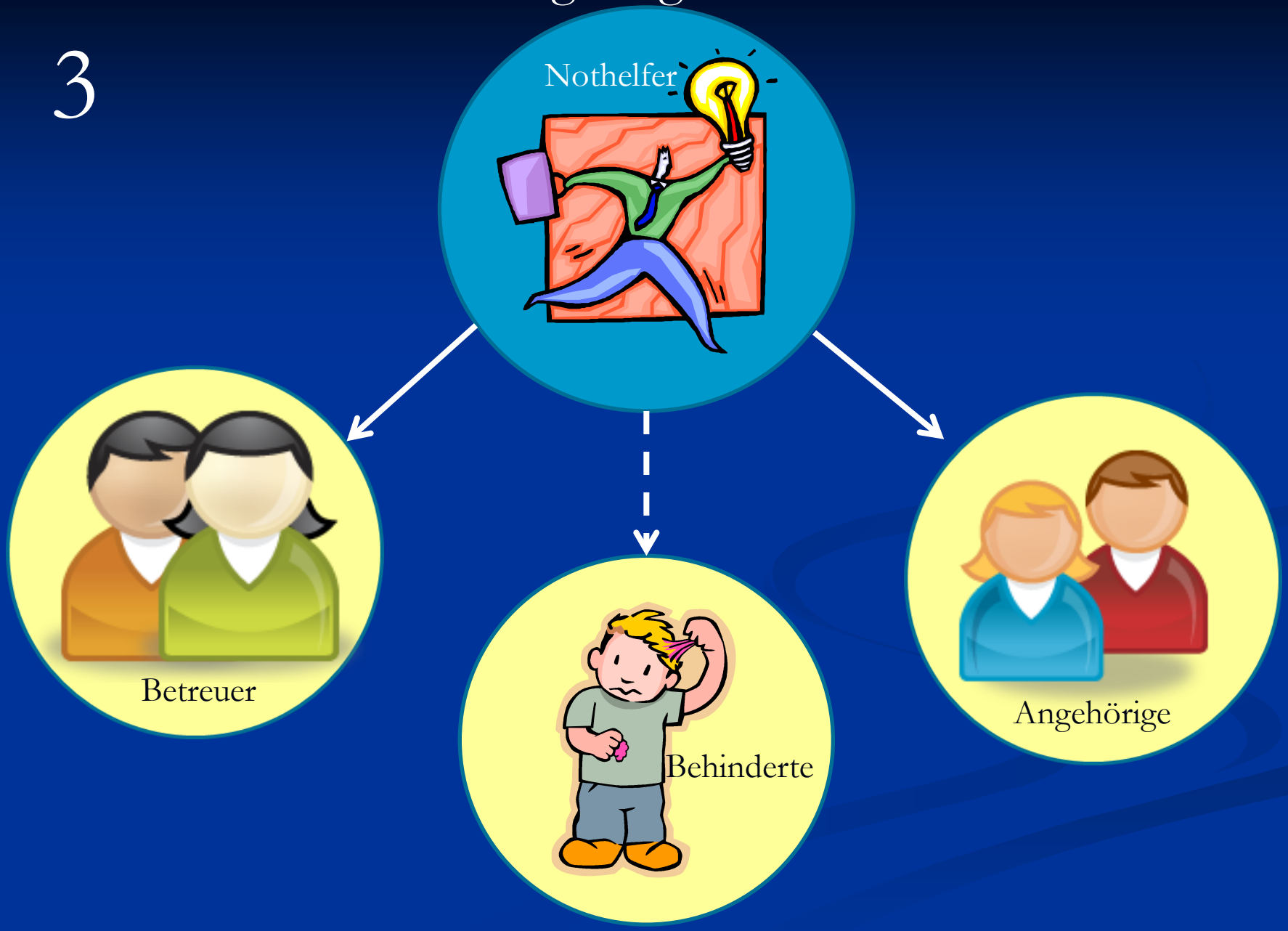
Modell für Nothilfe bei geistig behinderten Menschen

2



Modell für Nothilfe bei geistig behinderten Menschen

3



Bezugsperson einbeziehen

- bessere Einschätzung
- leichter Kontakt aufnehmen

Aber:

- Sind oft selbst durch den Notfall betroffen und dadurch in ihrem Handeln u. U. eingeschränkt
- Können sich nicht gleichzeitig individuell um mehrere Behinderte kümmern

Daher:

- Kooperation mit Bezugspersonen herstellen, diese ggf. stabilisieren oder andere, handlungsfähige Bezugspersonen einbeziehen
- Vermeiden, dass Bezugspersonen sich zurückziehen

Akutphase

Kontaktaufnahme zu behinderten Menschen

- Am Entwicklungsstand orientieren
- Auf nonverbale Signale achten und diese ggf. „beantworten“
- Anrede eher „Du“ als „Sie“
- Handlungsbegleitendes Sprechen (auch bei fehlendem Sprachverständnis)
- Einfache, langsame, aber nicht infantilisierende Sprechweise
- körperliche Berührung (Vorsicht! Accessoires! Angst vor ärztlichen Maßnahmen)

Akutphase

Primärbedürfnisse befriedigen

- Bedürfnisse z. T. abhängig vom Entwicklungsstand
- Eingeschränkte Kommunikation
- Z. T. auf bestimmte Wünsche fixiert („Will meine Puppe“ oder „Mama soll kommen“)
- Stereotypien und leicht automutilitatives Verhalten zulassen (Selbstberuhigung, Spannungsabbau)

Akutphase

Individuelles Sicherheitserleben ermöglichen, Stabilisierung

Vertraute Umgebung, Personen, Gegenstände, Beschäftigungen

- körperbehindert: Abstand, Überblick
- blind: Wärme
- geräuschempfindlich: Abschirmung

Geborgenheit durch menschliche Nähe oder ausreichenden Sicherheitsabstand (individuell verschieden)

Dissoziationsstopp, Reorientierung

Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen (Eltern anrufen etc.)

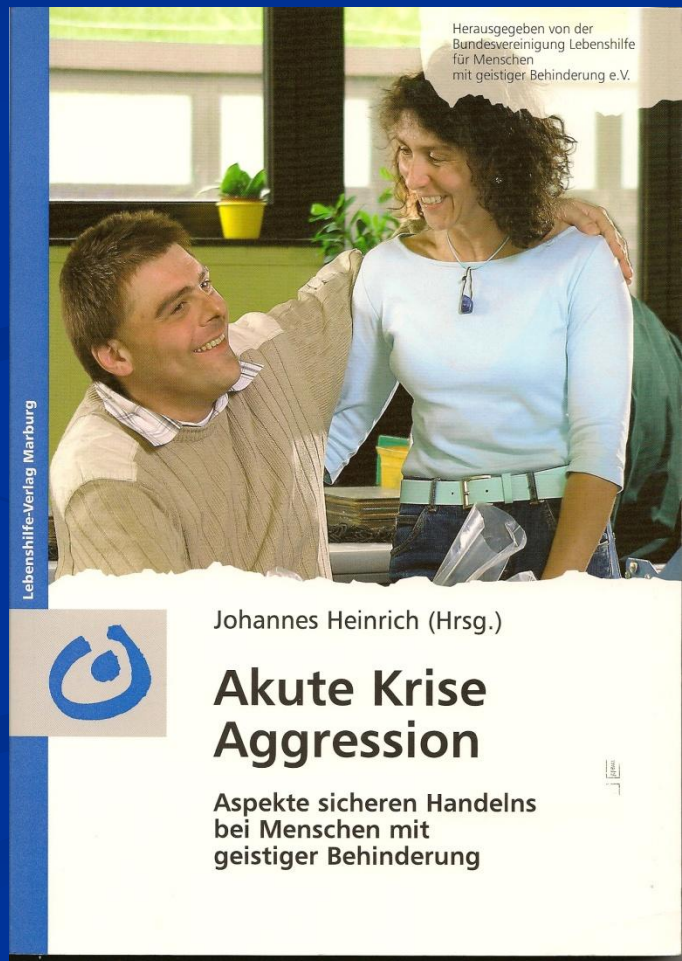
Perspektive vermitteln

Konkretes Erleben oft wichtiger als Imaginieren

Akutphase

Umgang mit fremd- und selbstverletzendem Verhalten

- Auf Sicherheit des Helfers achten
- Vorgehensweise wirkungsvoll, aber möglichst wenig schädigend (Halte-griffe nach J. Heinrich)
- Ggf. Arzt wegen Notfallmedikation einschalten



Akutphase

Umgang mit körperlichen Krisen

- Epileptischer Anfall oder Herz-Kreislauf-Probleme
  - Behindertenbetreuer, Notarzt
- Einnässen und Einkoten
- Selbstverletzung
  - Schädigungsrisiko abschätzen, ggf. schützen

Akutphase

Informationsvermittlung

- Wenige wesentliche Informationen
- Konkrete Informationen („Der Bus ist umgefallen.“ „Ich bin …“ „Ich kümmere mich jetzt um dich.“ „Wir rufen deine Eltern an!“)
- Mitteilung ggf. gestisch unterstützen
- Gesprächsfaden behalten
- Merken, wann Behinderter nicht mehr aufnimmt

Akutphase

Gruppenaspekte beachten

- Ausreichende Anzahl von Helfern organisieren
- Gruppendynamik beachten (evtl. Gruppen-geschehen entzerren)
- evtl. Betreuten Helferaufgaben geben

Akutphase

Weitere Schritte

- Abschätzen, wer intensiverer oder länger andauernder Hilfe bedarf und entsprechende Maßnahmen einleiten (bis hin zur stationären psychiatrischen Aufnahme)
- Information von Angehörigen sicherstellen
- Mit Betreuern vor Ort Telefonnummern austauschen
- Hilfestellung für Einrichtungsleitung anbieten

Nachsorge

Am Folgetag

- Psychohygiene und den Betreuungspersonen Anerkennung für ihren Einsatz zollen
- Wiederherstellung von Normalität
- Bei Bedarf geeignete Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit, der Stabilisierung bzw. Verarbeitung finden
- Vermeidung von Betreuungsfehlern, z. B. zu großer Nachgiebigkeit
- Personen herausfinden, bei denen der Stress nicht abklingt

Nachsorge

Kriterien für weitergehenden fachlichen Hilfebedarf, wenn in definiertem Zeitraum keine positiven Veränderungen

- Anhaltende oder intermittierende Erregungsphasen (evtl. trotz Medikamentierung)
- Schlaflosigkeit, Unrast
- Keine Nahrungsaufnahme
- Fehlende Ansprechbarkeit (Dissoziation)
- Keine Ansätze der Beteiligung am Gruppengeschehen
- Keine Ansätze von Verstehen/Akzeptanz

- Bewertung immer im Vergleich zur prätraumatischen Situation und zu den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten
- Es gibt keine sicheren TFS-Hinweise

Prävention

- Sensibilisierung der Behindertenverbände
- Schulung von Notfallpsychologen, Nothelfern, Rettungskräften
- Erstellen von Notfallplänen und Bildung von Krisenteams in Behinderteneinrichtungen
- Schulung von Betreuungspersonen
- Vernetzung der Hilfsdienste vor Ort
- Schaffung regionaler Kriseninterventionsdienste