

***GEISTIGE BEHINDERUNG,  
AUTOAGGRESSION  
UND DIE EMOTIONALE BETROFFENHEIT  
DER BEZUGSPERSONEN***

**Dissertation  
im  
- Fachbereich I -  
Pädagogik, Philosophie, Psychologie  
Universität Trier**

*vorgelegt von*

**Arthur F. Limbach-Reich  
dipl. Päd. & dipl. Psych.**

**11/2000**

**54296 Trier**

**Eingereicht bei**

**Prof. Dr. H. G. HOMFELDT (Universität Trier)**

**und**

**Prof. Dr. A. FRÖHLICH (Universität Koblenz Landau)**

## **Kurzfassung**

Selbstverletzende Verhaltensweisen und Autoaggressionen im Kontext Geistiger Behinderung sowie deren Fernwirkungen auf die Betreuungspersonen in Wohnheimen und Werkstätten gilt das Hauptinteresse vorliegender Arbeit. Ausgehend von der Darstellung der Spezifität Geistiger Behinderung unterschiedlicher Schweregrade als Hintergrundvariablen der Genese und Aufrechterhaltung selbstverletzenden Verhaltens werden wesentliche theoretische Konzepte autoaggressiven Handelns diskutiert: medizinisch-physiologischen Befunde, psychodynamische Deutungsmuster, entwicklungspsychologische Annahmen, behaviorale Theorien, kognitive und systemische Ansätze. Im empirischen Teil der Arbeit, der sich auf eine Befragung von 136 Betreuungspersonen in Einrichtungen für Menschen mit Geistiger Behinderung stützt, lässt sich als wesentliche kognitive Deutung der Probanden die Provokationsannahme und das Vermeidungsmotiv bestätigen. Emotional stehen Ärger, Angst und Hilflosigkeit bei den Befragten im Vordergrund. Bestrafende Interventionen als entsprechende Handlungstendenz treten jedoch generell nicht vermehrt hervor, vielmehr scheint ein Interventionspluralismus auf, sich der weitgehend unabhängig von den angenommenen theoretischen Ursachen des selbstverletzenden Verhaltens entwickelt. Im Bezug auf Ausbrennen im Beruf und psychosomatische Belastungen ergeben sich keine direkten linearen Zusammenhänge zur Häufigkeit und zum Ausmaß der beobachteten Autoaggression. Auf der Grundlage einer pfadanalytischen Betrachtung, können lediglich ausgehend von der Vermeidungs- und Provokationsannahme über Ärgerreaktion und Bestrafungstendenz höhere Burnout-Werte und größere psychosomatische Belastung aufgezeigt werden. Im Schlussteil der Arbeit werden Ableitungen für die Praxis im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten und Autoaggressionen dargestellt.

## **Abstract**

The main aspect of this submitted paper is the self-injurious behaviour and aggressions of institutionalized people who are mentally retarded as well as the effect they have on the people who care for them, working in homes and special workshops. In the first part of the monographic, a review of research literature shows several major theories to explain the emergence and maintenance of self-destructive behaviour: physiological findings, psychoanalytical theories, developmental psychological assumptions, behaviorist explanations, cognitive approaches, and multi-dimensional systemic concepts of self-destructive behaviour are discussed. In the empirical, evidence has been found, based on a survey in which 136 nurses and care staff working in institutions for the mentally handicapped, participated, that people who are mentally handicapped engage in self-injurious behaviour in order to provoke someone or to avoid a task. Self-destruction is likely to elicit negative emotions in professional care staff, such as anger, fear and also a feeling of helplessness. The data does not show a general tendency in punishment. In practice, there seems to be an interventionism without respecting the own underlying theories or explanations. There is no empirical evidence for the assumption that caring staff who observe self-destructive behaviour may suffer from psychosomatic problems or burnout. On the basis of a path analytical proceeding we can merely observe beginning with the assumption of avoidance and provocation that there are then higher levels of anger and punishment tendency leading to burnout and greater psychosomatical pressure. The closing part of this document presents some helpful suggestions on dealing with mentally handicapped people and their self-destructiveness and self-injury.

GEISTIGE  
BEHINDERUNG,  
AUTOAGGRESSION  
und die  
emotionale  
Betroffenheit  
der  
BEZUGSPERSONEN

Für Tommy stellvertretend für all die anderen Personen mit Geistiger Behinderung und selbstverletzendem Verhalten, ohne dessen Existenz diese Arbeit nie entstanden wäre und für Zoe stellvertretend für Erziehungspersonen, ohne deren kritische Einwände diese Arbeit in ihrer praktischen Relevanz wesentlich ärmer ausgefallen wäre.

# Inhalt

1.	Einleitung	6
2.	Wissenschaftliche Konstruktion Geistiger Behinderung	11
2.1	Intelligenz als Messlatte Geistiger Behinderung	11
2.2	Prävalenz Geistiger Behinderung	14
2.3	Psychiatrische Konzepte Geistiger Behinderung	14
2.4	Definitionen Geistiger Behinderung	15
3.	Formen Geistiger Behinderung	19
3.1	Schwerste Geistige Behinderung	20
3.2	Schwere Geistige Behinderung	21
3.3	Mäßige Geistige Behinderung	22
3.4	Leichte Geistige Behinderung	22
3.5	Entwicklungspsychologische Aspekte	24
4.	Psychiatrische Syndrome und Geistige Behinderung	25
5.	Autoaggression	29
5.1	Autoaggression – Ein- und Abgrenzungen	32
5.2	Ausprägungsgrade der Autoaggression	33
5.3	Verbreitung und Häufigkeit autoaggressiven Verhaltens	36
5.4	Theorien autoaggressiven Verhaltens	38
5.4.1	Medizinische Modellvorstellungen	39
5.4.2	Psychogenetische Erklärungen	44
5.4.2.1	Psychoanalytische Deutungsmuster	44
5.4.2.2	Entwicklungspsychologische Autoaggressionstheorien	46
5.4.2.3	Lernpsychologische Theorien	49
5.4.2.3.1	Hypothese der positiven Verstärkung	51
5.4.2.3.2	Vermeidungshypothese	52
5.4.2.3.3	Autoaggression als Modellverhalten	54
5.4.2.4	Kognitive Modelle	58
5.4.2.4.1	Autoaggressions-Frustrations-Theorie	59
5.4.2.4.2	Kommunikationsdefizit-Theorie	60
5.4.3	Systemische und mehrfaktorielle Ansätze der Autoaggression	62
5.4.3.1	Der materialistische Ansatz nach JANTZEN	65
5.4.3.2	Die ökologische Perspektive nach BRONFENBRENNER	68
5.4.3.3	Multifaktorielle Konzeption der Autoaggression nach ROHMANN et al.	70
5.5	Autoaggression: Was nun ?	74
6.	Der Autoaggression andere Seite	77
6.1	Hypothesen und Forschungsfragen	80
6.2	Zusammenfassung der grundlegenden Hypothesen	83

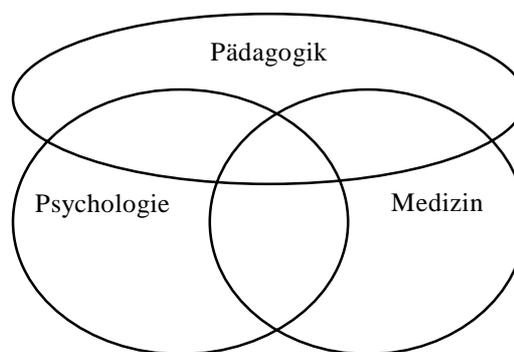
6.3	Erhebungsmethode und Aufbau des Fragebogens	84
7.	Ergebnisse der empirischen Untersuchung	87
7.1	Gliederung der Stichprobe	87
7.1.1	Geschlechterverteilung	88
7.1.2	Alter	89
7.1.3	Berufsjahre	89
7.1.4	Berufsausbildung	90
7.1.5	Momentane Tätigkeit	90
7.1.6	Fortbildung im Bereich Autoaggression	91
7.1.7	Häufigkeit des beobachteten autoaggressiven Verhaltens	91
7.1.8	Schlimmste je beobachtete Form der Autoaggression	94
7.1.9	Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen	95
7.1.10	Interkorrelation der Autoaggressions-Parameter	96
7.1.11	Supervision	96
7.2	Ergebnisse der Faktoren- und Skalenanalysen	97
7.2.1	Handlungsorientierung bei Tätigkeitsorientierung	98
7.2.2	Auslöser, Ursachen und aufrechterhaltende Faktoren	101
7.2.2.1	Autoaggression als Vermeidung	102
7.2.2.2	Verortung der Autoaggression im Bezugspersonenumfeld	103
7.2.2.3	Autoaggression als Krankheit	103
7.2.2.4	Autoaggression als Kommunikation	104
7.2.2.5	Autoaggression als Lebensqualität	104
7.2.3	Emotionale Belastung	105
7.2.3.1	Skala Ärger	108
7.2.3.2	Skala Erregung	108
7.2.3.3	Skala Hilflosigkeit	109
7.2.3.4	Skala Angst	109
7.2.4	Interventionsmaßnahmen bei Autoaggression	110
7.2.5	Skala Effizienz	112
7.2.6	Skala Entlastungsfaktoren	113
7.2.7	Skala Burnout	115
7.2.7.1	Skala Emotionale Erschöpfung	116
7.2.7.2	Skala Depersonalisation	117
7.2.7.3	Skala Reduzierte Leistungsfähigkeit	118
7.2.8	Skala Psychosomatische Beschwerden	118
7.2.9	Zusammenfassung der zur Verfügung stehenden Skalen	120
7.3	Bezugspunkte der Autoaggression	122
7.3.1	Statistisches Auswertungsdesign	122
7.3.2	Autoaggression und soziodemographische Merkmale	124
7.3.3	Autoaggression und Tätigkeitsorientierung	125

7.4	Autoaggression und Zuschreibung von Ursachen und Funktionen	127
7.5	Autoaggression und emotionale Belastung	135
7.6	Autoaggression und Maßnahmen	141
7.6.1	Maßnahmenanwendung	142
7.6.2	Maßnahmenerfolg	147
7.6.3	Maßnahmeneffizienz	149
7.6.4	Exkurs: Ursachenattributionen, Maßnahmen und Erfolgseinschätzung	152
7.7	Autoaggression und Burnout	161
7.7.1	Ausbrennen und Maßnahmenerfolg	167
7.7.2	Ausbrennen und Maßnahmeneffizienz	168
7.8	Autoaggression und psychosomatische Beschwerden	170
7.9	Autoaggression und Entlastungsfaktoren	173
7.10	Ansätze einer systemischen Betrachtung	178
8.	Zusammenfassung der Ergebnisse	182
9.	Ableitungen für die Praxis	185
9.1	Am Anfang steht das Team	186
9.2	Phase der Informationssammlung und Auswertung	188
9.2.1	Erfassung der Kompetenzen und Entwicklungspotenziale	189
9.2.2	Bisherige Lösungsversuche	190
9.2.3	Analyse der Ursachen und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens	191
9.3	Maßnahmenvorschläge	192
9.3.1	Positive Umwertung des Verhaltens	192
9.3.2	Veränderung und Umgestaltung der Umwelt	193
9.3.3	Pädagogische Verhaltensmodifikation	194
9.3.4	Psychotherapeutische Konzepte	196
9.3.5	Fixierungen	196
9.3.6	Medikamentöse Behandlung	197
9.4	Evaluation	198
	Literatur	200
 <u>ANHANG</u>		
	I Fragebogen	216
	II Ausgewählte Abbildungen, Tabellen und Skalen	224
	III Abbildungsverzeichnis	236
	IV Tabellenverzeichnis	238
	V Bedingungsgefüge der Autoaggression	240
	VI Erfassungsbögen autoaggressiven / selbstverletzenden Verhaltens	241

## Einleitung

Klingt es nicht geradezu paradox ausgerechnet ein so augenfällig selbstbezogenes Verhalten wie Autoaggression<sup>1</sup> bei Menschen mit Geistiger Behinderung<sup>2</sup>, die noch dazu im Ruf stehen, wenig Interesse an ihrer Umwelt zu haben, als Ausgangspunkt einer systemischen Analyse vorzuschlagen? Bei aggressiven Verhaltensweisen erscheint die Betroffenheit der Erziehungspersonen doch unmittelbar gegeben. Wie hat man sich dies aber bei selbstverletzenden Verhaltensweisen vorzustellen? Wie reagieren Erziehungspersonen im Angesicht autoaggressiver Handlungen? Welche kognitiven, emotionalen und aktionalen Muster werden bei ihnen durch die Beobachtung von Autoaggressionen wachgerufen? Welche psychosozialen Auswirkungen sind zu erwarten? Welche Rückwirkungen fließen davon wiederum auf das autoaggressive Verhalten zurück? Fragen, die sich bisher noch weitgehend dem wissenschaftlichen Interesse entzogen haben. Herausforderndes Verhalten bei Geistiger Behinderung steht wie

kaum ein vergleichbares Phänomen im Schnittpunkt von Medizin, Pädagogik und Psychologie. Ab Mitte der 80er Jahren sind einige wichtige Forschungsarbeiten, Aufsätze und Monographien zum Thema Autoaggression erschienen: BREZOVSKY, 1985; JANTZEN & von SALZEN, 1986; KLAUß, 1987a; ROHMANN & HARTMANN, 1988; SCHROEDER et al., 1990; LUISELLI, 1992; GARDENER &



**Abbildung 1** Autoaggression als multidisziplinäre Herausforderung

SOVNER, 1994; MORELLE, 1995. Im deutschsprachigen Raum verdienen insbesondere die neueren Veröffentlichungen von HETTINGER, 1996; MÜHL, NEUKÄTER & SCHULZ, 1996; ROHMANN & ELBING, 1998 hervorgehoben zu werden. Die Aufarbeitungen der therapeutischen Interventionsformen und pädagogischen Handlungsweisen berücksichtigen meist nur am Rande die Rolle emotionaler Belastungen der Betreuungspersonen, die jedoch in der Praxis für die Auswahl der Interventionsmittel und Gestaltung des Alltags hoch relevant sein können.

<sup>1</sup> Die Begriffe »Autoaggression« und »selbstverletzendes Verhalten« werden im Folgenden synonym gebraucht.

<sup>2</sup> In Anlehnung an die Empfehlungen zur Terminologie wurde "Geistige Behinderung" stets groß und soweit stilistisch vertretbar in der Form »Menschen mit Geistiger Behinderung« wiedergegeben.

So weist ACKERMANN (1994) auf die fast völlige Ausblendung des Pädagogen im Zusammenhang mit Aggression und Autoaggression hin und fragt weiter, ob eine Offenlegung der Emotionen und affektiven Reaktionen von Pädagogen zu riskant wäre oder gegen moralische Leitsätze verstöße, weil sie eventuell Formen erzieherischer Gegengewalt - d.h. bislang tabuisierte zerstörerische und selbstzerstörerische Tendenzen des Betreuers - sichtbar machen könnte. Diesen blinden Fleck der Forschung zu belichten wird ein zentrales Anliegen der vorliegenden Arbeit sein.

Einen wesentlichen Anstoß zur Beschäftigung mit dieser Problematik lieferten in vivo Beobachtungen und Supervisionen im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten und den Reaktionen der Betreuungspersonen. Eine moderne, in der Literatur als wesentlich und erfolgreich beschriebene Perspektive bezüglich selbstverletzendem Verhalten scheint in der Praxis noch kaum an Boden gewonnen haben (cf. EMERSON, 1996; MARKOWETZ, 1996; WEBER, 1996). Generell bestehen bezüglich der Verbreitung aktueller Erkenntnisse auf dem Gebiet Geistiger Behinderung offenbar noch immer große Defizite. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass Menschen mit Geistiger Behinderung bis vor nicht allzu langer Zeit zu der „pädagogisch wohl am längsten und am umfänglichsten vernachlässigten Gruppe der Gesellschaft gehörten.“ (BACH, 1974, p. 17)<sup>3</sup>.

Auch in der Psychologie war Geistige Behinderung über weite Strecken kein Forschungsthema<sup>4</sup>. Dieser Ausblendung von Menschen mit Geistiger Behinderung in Psychologie und allgemeiner Erziehungswissenschaft steht mittlerweile ein reicher Fundus an entsprechender Literatur entgegen z.B. AAMR, 1992; SPECK, 1996; NEUHÄUSER, 1999; etc.. Schließlich entdecken auch Psychotherapeuten zunehmend in Menschen mit Geistiger Behinderung potenzielle Klienten (cf. GÖRRES & HANSEN, 1992; HENNICKE & ROTTHAUS 1993; LOTZ et al. 1994). Positiv zu bewerten ist auch, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pädagogik, Medizin und Psychologie sich anzubahnen beginnt (cf. LINGG & THEUNISSEN, 1993). Darüberhinaus etabliert sich auch mit der „Heilpädagogischen Psychologie“ (FENGLER & JANSEN, 1994) ein junges Fachgebiet innerhalb der Behindertenarbeit.

Mit der fachwissenschaftlichen Beschäftigung mag aber auch die Gefahr aufkeimen, im alleinigen Einsatz von disziplinimmanenter und individuumzentrierter Behandlung, sei diese nun medizinisch, pädagogisch oder psychologisch zu nennen, die Lösung sogenannter Verhaltensprobleme

---

<sup>3</sup> Selbst die elfbändige Enzyklopädie der Erziehungswissenschaft widmet der Geistigen Behinderung nur wenige Zeilen und beschränkt sich auf Stichpunkte zu einem speziellen Bildungsbegriff bei Menschen mit Geistiger Behinderung: „anschaulich vollziehendes Lernen, motorische Bildbarkeit und lebenspraktische Zurüstung.“ (BLEIDICK, 1983 p. 276).

<sup>4</sup> Für das Desinteresse der Psychologie sieht MEYER (1981) vor allem formal empirische Gründe wie z.B. die zu geringen Populationsgrößen und die eingeschränkte Anwendbarkeit standardisierter Testverfahren. Zudem entsprechen Menschen mit Geistiger Behinderung am wenigsten dem Typus des Lieblingsklienten der Psychologen, dem YA(R)VIS [jung, attraktiv, verbalisationsfähig, intelligent, erfolgreich] (cf. THEUNISSEN, 1997).

bei Menschen mit Geistiger Behinderung zu suchen, ohne den Alltagskontext einschließlich der Betreuungspersonen zu berücksichtigen. „Denn Therapie kann eine lebensweltorientierte Behindertenarbeit nicht ersetzen.“ (THEUNISSEN, 1996, p. 5).

Allzu leicht geraten soziale Bedingungen der „Verhaltensstörungen“ in den Hintergrund. Zu diesen sozialen Bedingungen gehören in erster Linie die Betreuungspersonen, über deren Belastung im Zusammenhang mit Autoaggression jedoch bisher noch kaum Erkenntnisse vorliegen.

Infolge medizinischer Fortschritte hat sich die Lebenserwartung von Kindern mit Geistiger Behinderung wesentlich verbessert<sup>5</sup>. Immer mehr Menschen mit Geistiger Behinderung stehen daher vor der Aufgabe, sich mit ihrer besonderen physischen und psychischen Situation auseinanderzusetzen. Damit steigt nun aber auch die Anzahl derer, die überhaupt erst Störungen oder Auffälligkeiten entwickeln können und zusätzlicher pädagogischer oder psychologischer Dienste bedürfen (cf. GÖRRES & HANSEN, 1992). In Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen kommen besonders schwere und schwerste Formen der Behinderungen immer häufiger vor (cf. MARKOWETZ, 1996), was ein häufigeres Auftreten von Autoaggressionen erwarten lässt. Verhaltensauffälligkeiten wie selbstverletzendes Verhalten stellen nach LANWER-KOPPELIN (1997) zunehmend ein „pädagogisches Schlüsselproblem“ dar, das den Verbleib von vielen Personen mit Geistiger Behinderung in psychiatrischen Einrichtungen mitbedingt und somit einer Integration entgegensteht<sup>6</sup>. Nimmt man noch die außerordentliche Belastungssituation von Menschen mit Behinderungen und ihrer Bezugspersonen hinzu, so kommt man nicht umhin, eine intensive Nachfrage pädagogisch-therapeutischer Angebote in diesem Feld konstatieren zu müssen (cf. ELBING & ROHMANN, 1994).

Mit dem Umbruch vom traditionellen zum neuen Paradigma (cf. KUHN, 1967) in der Arbeit mit hospitalisierten geistigbehinderten Menschen gewinnen auch verstehende Konzepte wie Rehistorisierung (JANTZEN & LANWER-KOPPELIN, 1996) und Hermeneutik (THEUNISSEN, 1999) zunehmend (wieder) an Bedeutung. Dies sollte nun jedoch nicht zum völligen Ignorieren traditioneller Konzepte führen, zumal diese für die heute tätigen Betreuungspersonen lange Zeit als wissenschaftlich abgesichert und handlungsleitend galten und wohl auch noch immer gelten. Will man also die emotionale Betroffenheit und Handlungsweisen der Betreuungspersonen verstehen, so ist

---

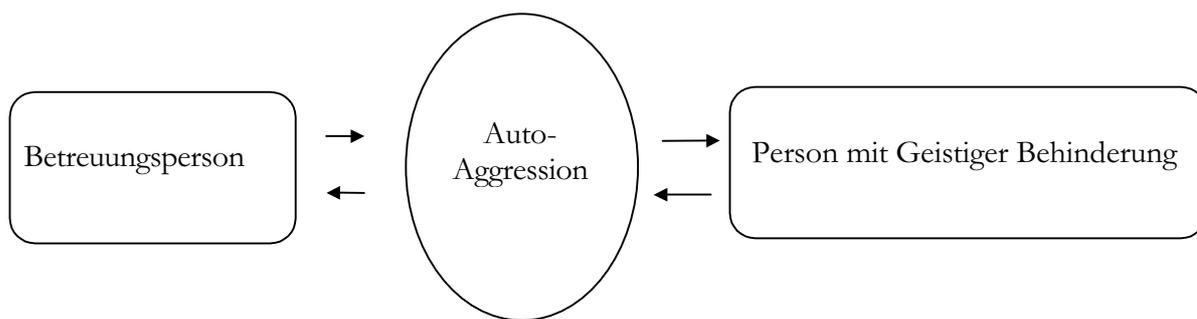
<sup>5</sup> MEINS (1995) spricht gar davon, dass die Lebenserwartung für Menschen mit Geistiger Behinderung (wenn man von besonders schweren Formen einmal absieht) in etwa der durchschnittlichen Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung entspreche.

<sup>6</sup> „Eine uneingeschränkte schulische Integration von Menschen mit besonderen Beeinträchtigungen, zum Beispiel seelischer Art, erfordert Lehrerinnen und Lehrer, die über ein unbegrenztes Maß an Integrationswillen, Toleranz und Belastbarkeit verfügen. In diesem Sinne setzt eine Integration ohne Grenzen und die mit ihr verbundene Hoffnung, die Kategorien von Behinderung mögen gänzlich verschwinden, Menschen ohne Erträglichkeitsgrenzen voraus.“ (AHRBECK, 1996, p. 64).

zunächst eine Beschäftigung mit den vorgegebenen Bildern des geistigbehinderten Menschen und dem Phänomen selbstverletzenden Verhaltens unumgänglich.

Die vorgeschaltete Darstellung des Konzepts „*Geistige Behinderung*“ mag dazu führen, die jeweils individuelle Problemlage und Lösungskompetenz des Individuums mit Geistiger Behinderung und autoaggressiven Verhaltensweisen in seiner sozialen Situation besser zu erkennen und geeignete therapeutische und pädagogische Konzepte abzuleiten (cf. LANWER-KOPPELIN, 1997) und somit auch den Betreuungspersonen aus der oftmals konstatierten Hilflosigkeit, emotionalen Bedrängtheit und Tendenz zur Gegengewalt (cf. KLAUß, 1999) herauszuhelfen. Wie der Überblick zeigen wird, steht hinter der auf den ersten Blick scheinbar eindeutigen Zustandsbeschreibung „*Geistig Behindert*“ ein recht heterogenes Bündel an individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten aber auch an Einschränkungen und Benachteiligungen in konkreten Lebenssituationen, die einen Einfluss auf die Manifestation von Autoaggressionen haben.

Die doch umfangreiche theoretische Grundlagenarbeit zeigt, wie und wo Autoaggressionen gemäß



**Abbildung 2** Systemische Einbettung der Autoaggression

den unterschiedlichen Modellvorstellungen entstehen mögen, wirksam gemildert oder gänzlich abgebaut werden können. Als Metamodelle dienen abschließend mehrfaktorielle und systemische Sichtweisen.

Natürlich ist obige Abbildung noch viel zu grob, um der Komplexität der Zusammenhänge des Geschehens gerecht zu werden, aber sie zeigt zumindest den theoretischen Ansatzpunkt vorliegender Arbeit, insofern Autoaggression hier nicht isoliert als eine Eigenschaft einer Person mit Geistiger Behinderung verstanden werden soll, sondern als beziehungsstiftendes und interaktionsbeeinflussendes Element einer spezifischen Situation beschrieben wird. Nicht bzw. nur am Rande erwähnt werden „normale“ Autoaggressionen bzw. psychopathologische Krankheitsbilder allgemein psychiatrischer Erkrankungen ohne Geistige Behinderung aber mit autoaggressiven Zügen.

Der anschließende empirische Teil stellt die Betreuungsperson des geistigbehinderten Menschen mit autoaggressiven Verhaltensweisen in den Mittelpunkt: In welchem Ausmaß werden autoaggress-

sive Handlungen wahrgenommen? Welche Rolle spielen persönliche Variablen der Betreuungsperson im Zusammenhang mit beobachteter Autoaggression? Über welche kognitiven Vorstellungen bezüglich der Autoaggression verfügen Betreuungspersonen? Welche emotionalen Verarbeitungsmuster werden aktualisiert? Welche aktionalen Präferenzen herrschen vor? Schließlich wird der Frage nachgegangen, welche Entlastungsfaktoren im Angesicht der Autoaggression wichtig sind, um psychosomatische Beschwerden und ein Ausbrennen im Beruf zu vermeiden.

Wie den Fragen zu entnehmen ist, werden vielfältige Einflussfaktoren untersucht und mit der Autoaggression in Zusammenhang gebracht. Im Mittelpunkt steht die emotionale Reaktionsbereitschaft der Betreuungspersonen, wobei auch Rückwirkungen und interne rekursive Prozesse auf Seiten der Betreuungspersonen postuliert werden.

Schließlich werden im letzten Kapitel der Arbeit Ableitungen und Empfehlungen für die Praxis aus der Literaturübersicht und den gewonnenen Daten vorgestellt.

„Geistige Behinderung gehört zu dem, was ich auf die Welt mitbringe - wie die Haarfarbe, die Körpergröße, das Temperament. Sie ist eine Eigenart, die mir bis zu meinem Tod eigen ist.“ (DÖRNER & PLOG, 1996, p.67)

## **Wissenschaftliche Konstruktion Geistiger Behinderung**

Wissenschaftliche Reflexionen Geistiger Behinderung, deren therapeutische und pädagogische Praxis, sowie spontanes Alltagshandeln stehen wie jedes Handeln allgemein unter dem Einfluss mehr oder weniger bewusst a priori gesetzter Annahmen. Problematisch werden diese Vorannahmen, wenn sie nicht explizit offengelegt und in ihren Auswirkungen überprüft werden. Trotz der „Unvorstellbarkeit geistiger Behinderung“ (KOBI, 1983, p. 155) liegt eine stattliche Anzahl von mehr oder minder sinnvollen Ansätzen *GEISTIGER BEHINDERUNG* vor. Diese bestimmen nicht zuletzt das Bild und die Einstellung in der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Geistiger Behinderung. Damit werden auch bei Betreuungspersonen ähnliche Vorstellungen, Emotionen und entsprechende Handlungsbereitschaften angeregt, die dann z.B. beim Auftreten selbstverletzender Verhaltensweisen aktualisiert werden. Das Aufarbeiten dieser wissenschaftlichen Leitvorstellungen ist daher unumgänglich, um emotionale, kognitive und handlungsmäßige Reaktionen von Betreuungspersonen in der Auseinandersetzung mit Autoaggressionen bei Menschen mit Geistiger Behinderung verstehen zu können.

### **1.1 Intelligenz als Messlatte Geistiger Behinderung**

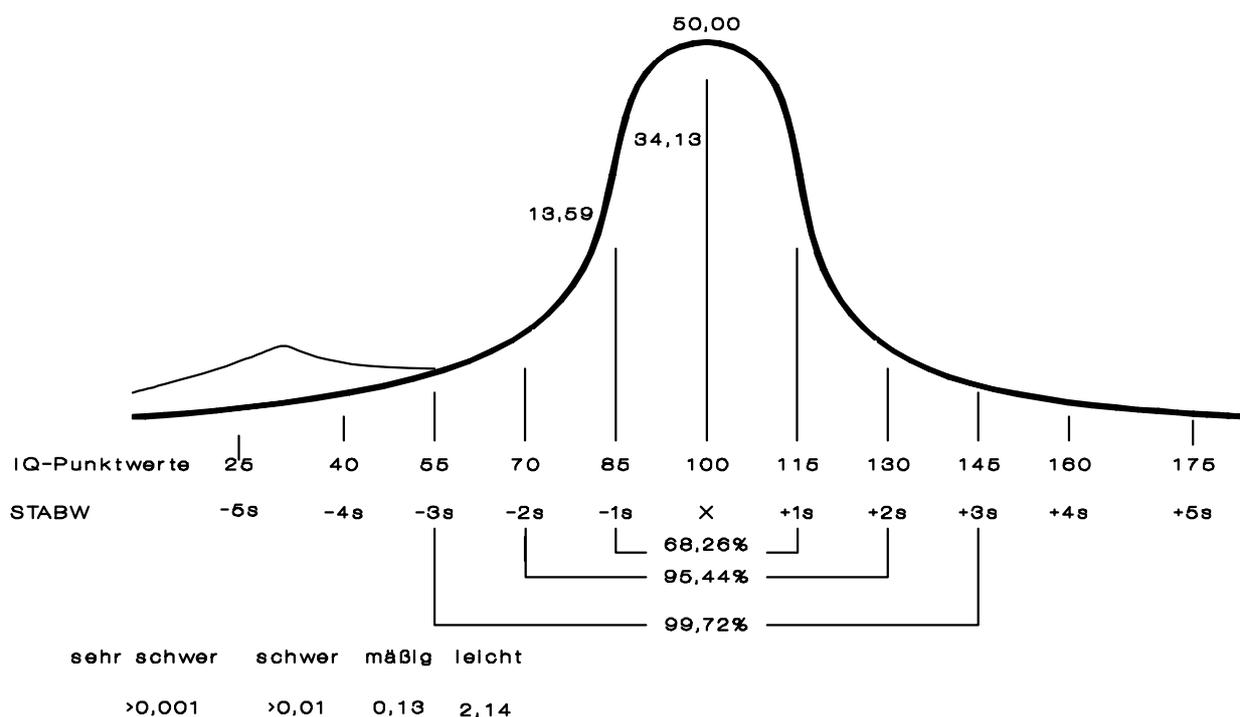
Versucht man umgangssprachliche Entsprechungen zum Begriff „*GEISTIGE BEHINDERUNG*“ zu sammeln, so tauchen sogleich Äußerungen aus dem Bereich geringer Intelligenz wie „dumm, idiotisch, schwachsinnig, blödsinnig“, meist diskriminierend oder pejorativ gebraucht auf (cf. ANTOR & BLEIDICK, 1995). Auch im wissenschaftlichen Kontext steht die Definition Geistiger Behinderung im engen Zusammenhang mit Begriffen kognitiver Leistungsschwächen. So wird Geistige Behinderung kurz als „eine unvollständige oder ungenügende Entwicklung der Intelligenz“ beschrieben (SEIDENSTÜCKER, 1995, p. 164).

Bemerkenswert ist jedoch die Tatsache, dass trotz vielfacher Versuche bis heute noch keine als verbindlich angesehene Definition der Intelligenz existiert. Lediglich über allgemeine Grundsätze besteht ein gewisser Konsens<sup>7</sup>. Geistige Behinderung wird in enger Anlegung an das psychometrische

---

<sup>7</sup> „Intelligenz ist ein hypothetisches Konstrukt, das zur Erklärung der Feststellung gemacht wurde, dass Personen sich darin unterscheiden, wie gut oder schlecht sie bei sehr unterschiedlichen Testaufgaben abschneiden, mit denen das Gedächtnis, die praktische Urteilsfähigkeit, die Vorstellungskraft, bestimmte numerische Fähigkeiten und andere kognitive Leistungsbereiche erfasst werden.“ (TEWES & WILDGRUBE, 1992, p. 163).

Intelligenzkonzept über das Ergebnis in einem standardisierten Intelligenztest operationalisiert<sup>8</sup>. IQ-Tests sind in der Regel so konzipiert, dass sie einer Normalverteilung (siehe Abb. 3) mit einem bestimmten Mittelwert (100) und einer bestimmten Standardabweichung (meist 15) entsprechen. Damit ist allerdings noch nichts darüber ausgesagt, ob die Tests auch tatsächlich das messen, was sie zu messen vorgeben (Validitätsproblem) und wie zuverlässig sie dies tun (Reliabilitätsproblem). Schließlich wird auch darauf hingewiesen, dass nicht nur rein quantitativ bei Geistig Behinderten eine geringere Intelligenz festzustellen ist, sondern auch qualitativ eine geringere Ausdifferenzierung der Intelligenzstruktur zu Gunsten eines starken g-Faktors<sup>9</sup> zu beobachten sei (cf. MEYER, 1981).



**Abbildung 3** Normalverteilung der Intelligenz und Geistige Behinderung

Die Population der Menschen mit Geistiger Behinderung wird mathematisch nun so konstruiert, dass ihr Testwert in der Verteilung mindestens einen gewissen Abstand zum Mittelwert, in Standardabweichungen gemessen, aufweist (cf. BRACK, 1989 p. 84). Über die Gaußsche Normalverteilungsfunktion<sup>10</sup> lassen sich sodann die statistisch zu erwartenden Häufigkeiten ermitteln. Es

<sup>8</sup> Zu den bekanntesten Intelligenztests gehören: Adaptive Intelligenz Diagnostikum, KAB-C, die Matrizen-Tests nach RAVENS (APM, CPM SPM), MIT, IST, Stanford-Binet Intelligence Scale, die WECHSLER Tests (HAWIE-R, HAWIK-R).

<sup>9</sup> Differenzierende Intelligenz-Modelle sehen neben dem "g-Faktor" noch weitere spezifische Faktoren für die intellektuelle Leistungsfähigkeit einer Person verantwortlich.

<sup>10</sup>Die nach Gauß benannte Funktion lautet: 
$$f(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi\sigma^2}} * e^{-\frac{(x-\mu)^2}{2\sigma^2}}$$

herrscht allerdings kein allgemeiner Konsens darüber, ab welcher kritischen Standardabweichung von „Geistiger Behinderung“ zu sprechen sei. Im Gegensatz zum amerikanischen Sprachgebrauch, in dem „mental retardation“ alle Formen Geistiger Behinderung einschließt (also auch leichte Formen), wird in der deutschsprachigen Literatur meist die Stufe der Leichten Geistigen Behinderung als „Lernbehinderung“ bezeichnet und von der eigentlichen „Geistigen Behinderung“ abgegrenzt (cf. WENDELER, 1993). Nach den Empfehlungen der BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (1994) wird demnach der kritische IQ-Wert für Menschen mit Geistiger Behinderung in der Regel mit einem IQ unter 50 angegeben. Der DEUTSCHE BILDUNGSRAT (1973) sieht ähnlich erst bei drei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwerts das Kriterium als erfüllt an und setzt die Obergrenze mit maximal 55 IQ-Punkten fest. Diese pädagogische Festlegung findet auch in entwicklungspsychologischen Veröffentlichungen ihren Niederschlag (cf. RAU, 1995). Legt man zwei Standardabweichungen vom Mittelwert zugrunde, d.h. ein IQ kleiner als 70, wie dies aktuell die meisten, vor allem anglo-amerikanische Arbeiten vorsehen, so fielen per definitionem ca. 2,3% der Gesamtpopulation unter die Bezeichnung „*GEISTIG BEHINDERT*“. Mit einem IQ von bis zu 80 Punkten sieht die AAMR (1992) noch höhere Grenzwerte vor. Die 1995er Definition der AAMD ließ sogar 85 IQ-Punkte als maximale Obergrenze zu, wodurch über 15% der Bevölkerung Nordamerikas in den Verdacht einer Geistigen Behinderung gerieten. In der Diskussion der Grenzwerte schälen sich zwei Positionen als am wenigsten willkürlich heraus: Als Begründung für die Festlegung auf einen IQ von ca. 70 Punkten wird angeführt, dass hier meist eine mangelnde Anpassungsfähigkeit im persönlichen und sozialen Bereich einhergehe (cf. COMER, 1995). Und gegen höhere Grenzwerte sei einzuwenden, dass Stigmatisierungen bestimmter Bevölkerungsschichten, die dann überproportional vertreten wären, zu befürchten seien (cf. JACOBSON & MULICK, 1992). Die zweite Position, die den Grenzwert der Geistigen Behinderung bei ca. 55 IQ-Punkten ansiedelt, lässt sich damit begründen, dass der Erwerb elementarer Kulturfertigkeiten (z.B. sinnentnehmendes Lesen und Schreiben) in der Regel hier nicht mehr adäquat vollzogen werden könne, beziehungsweise der Erwerb dieser Kompetenzen mit den üblichen pädagogischen Programmen nicht mehr vermittelt werden könne.

## 1.2 Prävalenz Geistiger Behinderung

Entsprechend den unterschiedlichen Grenzwertfestsetzungen steigen oder fallen natürlich die jeweils zu erwartenden Häufigkeiten. Abweichend von der theoretischen Verteilung ist die Prävalenz Geistiger Behinderung mit zunehmender Stärke tatsächlich höher zu veranschlagen (siehe Abb. 3). So findet sich realiter eine ca. 0,5% Ausbeulung der Verteilung im IQ-Wertebereich unter 40 (cf. REMSCHMIDT & SCHMIDT, 1985). Empirische Feldstudien im deutschsprachigen Raum schwanken in ihren Prävalenzangaben je nach herangezogenem Intelligenzwert und Alter der untersuchten Stichprobe mit einem Maximum in der Gruppe der 10-20jährigen bei ca. 0,8% (cf. COOPER, 1990). Offizielle Statistiken aus Volkszählungen liegen nicht vor. THIMM (1990) rezipiert die Auftretenshäufigkeit der Geistigen Behinderung seit den 70er Jahren in Deutschland mit ca. 0,4%-0,6% (IQ ca. 55). Das DSM-IV (1998) gibt die Punktprävalenz in Nordamerika mit etwa 1% (IQ ca. 70) wider. DOSEN (1995) sieht 1-1,5% (IQ ca. 70) der Bevölkerung aller Länder betroffen. ROJAHN & WEBER (1995) gehen aufgrund der ihnen vorliegenden Daten von 1%-2% (IQ ca. 70) in den USA aus.

## 1.3 Psychiatrische Konzepte Geistiger Behinderung

In der früher häufig gebräuchlichen psychiatrischen Nomenklatur wird Geistige Behinderung als Oligophrenie (aus dem Griechischen „ολιγος wenig, φρεν Verstand, Seele“) oder *Schwachsinn* bezeichnet und von der Demenz, dem sekundären Abbau intellektueller Funktionen aufgrund hirnganischer Prozesse oder Verletzungen abgegrenzt. Unter Schwachsinn versteht man einen „angeborenen, anlagebedingten oder perinatal erworbenen Intelligenzmangel, verbunden mit einer mangelhaften Differenzierung der Persönlichkeit.“ (SCHULTE & TÖLLE, 1973, p. 287). Innerhalb der Oligophrenie werden folgende Schweregrade unterschieden.

**Tabelle 1** Internationale psychiatrische Nomenklatur der Oligophrenie

Bezeichnungen	Schweregrad	vergleichbare Altersstufe	Leitdefizit
debil (moron; débile)	Leichte Geistige Behinderung	7 - 10 Jahre	Abstraktion
imbezill (imbecile; imbécile)	Mittlere Geistige Behinderung	2 - 7 Jahre	Lesen / Schreiben
idiotisch (ideot; idiot)	Schwere Geistige Behinderung	0 - 2 Jahre	Sprechen

(erweitert nach WEGENER, 1963, p.13)

Die Simplizität und Stringenz der Einteilung ist wohl dafür verantwortlich, dass diese Terminologie auch heute bisweilen noch Anwendung findet, obwohl der Begriff „*Schwachsinn*“ sachlich inkorrekt

ist und im Alltag häufig abwertenden Charakter hat (cf. GAGE & BERLINER, 1986; HENSLE, 1988). Darüberhinaus ist generell die Frage aufzuwerfen, inwieweit Geistige Behinderung per se als psychiatrische Kategorie, d.h. als medizinisches Phänomen angesehen werden dürfe. Ist die Geistige Behinderung eine psychiatrische Störung, der *Geistig Behinderte* eine kranke Persönlichkeit, was liegt da näher, als seine Verhaltensweisen als pathologisch anzusehen und gegebenenfalls mit Psychopharmaka zu behandeln? So wird die autoaggressive Tendenz des Menschen mit Geistiger Behinderung direkt auf seine „Störung“ oder „Krankheit“ zurückgeführt und auf medizinischem Wege sanktioniert, was eine Suche nach sozialen oder gesunden Anteilen der Autoaggression überflüssig erscheinen lässt.

„Anders als in der Vergangenheit wird geistige Behinderung heute nicht länger als Krankheit betrachtet, sondern als psychologische Entwicklungsstörung, von der insbesondere die kognitiven Fähigkeiten betroffen sind.“ (DOSEN, 1995, p. 8). Auch wenn diese Perspektive an Boden gewinnt (cf. LOTZ & KOCH, 1994), dominierten andererseits lange Zeit und teilweise noch immer medizinische und paramedizinische Publikationen das Bild der Geistigen Behinderung sowohl in der theoretischen Auseinandersetzung als auch in der Praxis.

#### 1.4 Definitionen Geistiger Behinderung

Die einflussreiche AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL DEFICIENCY benannte bereits 1983 als die drei Charakteristika der Geistigen Behinderung:

- ein wesentlich unterdurchschnittliches Intelligenzniveau,
  - Defizite im sozialen Anpassungsverhalten und
    - ein Erstmanifestationsalter von unter 18 Jahren<sup>11</sup>

Signifikant unterdurchschnittlich gilt ein IQ-Wert von ungefähr 70 oder geringer in einem standardisierten Intelligenztest. Aufgrund möglicher Messfehler der Testung werden auch noch IQ-Werte von 75 Punkten als Kappungsobergrenze zugelassen. Anpassungsverhalten oder adaptives Verhalten meint den Grad der Erreichung persönlicher und lebenspraktischer Unabhängigkeit, kommunikativer Kompetenz und sozialer Verantwortung vor dem Hintergrund altersgemäßer und soziokultureller Erwartungen. Als Operationalisierungen kommen hier Inventare zur individuellen Anpassungsfähigkeit, wie die „Vineland Sociale Maturity Scale“, „Vineland Adaptive Behavior Scale“, „American Association on Mental Retardation Adaptive Behavior Scales“ etc. in Frage.

---

<sup>11</sup> “Mental retardation refers to significantly subaverage general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior and manifested during the developmental period.” (AAMD, 1983, p. 1).

Größtenteils sind die Definitionskriterien der AAMR bereits von den Autoren des DSM-III-R und anschließend im DSM-IV aufgegriffen worden<sup>12</sup>.

Als Pendant einer deutlich unterdurchschnittlichen allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit im Jugend- und Erwachsenenalter wird bei Säuglingen und Kleinkindern der klinische Befund eines Entwicklungsrückstandes eingeführt<sup>13</sup>. Dieser orientiert sich an motorischen, sprachlichen, sozialen und kognitiven Meilensteinen der normalen kindlichen Entwicklung.

Auch in frankophonen Ländern werden Operationalisierungen Geistiger Behinderung auf entsprechender Grundlage vorgenommen: „La déficience mentale est généralement définie par trois critères: une efficience mentale limitée, des difficultés d'adaptation sociale, une apparition de ces troubles au cours du développement.“ (HUTEAU, 1994, p. 227).

Im ICD-10 System psychischer Störungen wird Geistige Behinderung unter der Bezeichnung *Intelligenzminderung* (F70 - F79) behandelt: „Eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. Das Anpassungsverhalten ist stets beeinträchtigt.“ (ICD-10, Kapitel V (F), 1991, p. 238)<sup>14</sup>. Es wird ein umfassendes multiaxiales System gefordert, das insbesondere Verhaltensstörungen und begleitende Zustandsbilder durch weitere Schlüsselnummern erfassen könne. Neben erhöhten Prävalenzraten für psychiatrische Störungen wird auf das höhere Risiko für Menschen mit Geistiger Behinderung hingewiesen, ausgenutzt und sexuell missbraucht zu werden.

Eine der umfassendsten Definitionen Geistiger Behinderung findet sich in der revidierten Ausgabe der nun umbenannten AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION (1992) unter dem Vorsitz von R. LUKASSON: „Mental retardation refers to substantial limitations in present functioning. It is characterized by significantly subaverage intellectual functioning, existing concurrently with related limitations in two or more of the following applicable adaptive skill ar-

---

<sup>12</sup> Im DSM-III-R (1991) wurde Geistige Behinderung in der Achse II zu den Entwicklungsstörungen eingeordnet.

<sup>13</sup> GRIFFITH (1983) sieht in ihren Entwicklungsskalen die Diagnose eines signifikanten Entwicklungsdefizites dann erfüllt, wenn sich das Testergebnis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert befinde. Es wird also die gleiche Trennlinie wie in der Intelligenzmessung gezogen. Entsprechend liege eine Geistige Behinderung dann vor, wenn die Testergebnisse wiederholt innerhalb der untersten zwei Prozenträngen zu positionieren seien.

<sup>14</sup> Ergänzend wird in der 94er Ausgabe der ICD-10 Forschungskriterien darauf verwiesen, dass "die beiden Hauptkomponenten der Intelligenzminderung, nämlich die niedrige kognitive Fähigkeit und die verminderte soziale Kompetenz deutlich sozial und kulturell beeinflusst werden." (ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien 1994 p. 171).

eas: communication, self-care, home living, social skills, community use, self-direction, health and safety, functional academics, leisure, and work.“ (p.5)<sup>15</sup>.

Es wird folgender Dreisprung aus Diagnose, Klassifikation und Feststellung der Unterstützungsbedürftigkeit bei Geistiger Behinderung vorgeschlagen:

- 1.) Diagnose: IQ-Wert, adaptive Fertigkeiten, Alter
- 2.) individuelle Klassifikation: Fähigkeiten und Defizite der Gesamt-Persönlichkeit, in Bezug zu den jeweils gegebenen Umwelтанforderungen
- 3.) Art und Intensität der Unterstützung: Welche individuelle Unterstützung wird an Hand der einzel erfassten folgenden Dimensionen benötigt?  
intellektuelle Fähigkeit, adaptive Fertigkeiten, psycho-emotionale Struktur, körperliche Gesundheit und Störungsätiologie sowie gegebene Umwelteigenschaften

folgende Abstufungen der benötigten Hilfen sind vorgesehen:

- *intermittent* (*zeitweise*)
- *limited* (*befristet*)
- *extensive* (*umfassend*)
- *pervasive* (*durchgehend*)

Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass diese Kategorien nicht bloß neue Begriffe für die früheren Einteilungskriterien seien, sondern eine grundsätzlich andere Perspektive darstellten<sup>16</sup>. Diese Betrachtungsweise ist legitim und hilfreich, als ein an der Lebenspraxis orientiertes Gegengewicht zu der einseitig medizinisch oder intelligenz-psychologisch dominierten Kategorisierung Geistiger Behinderung.

Allerdings steht zu befürchten, dass die gleichzeitige Erhöhung der IQ-Obergrenze auf einen Wert von bis zu 75, sowie der Verzicht auf alle weiteren Binnendifferenzierungen, einschließlich der unterschiedlichen ätiologischen Ursachen, zu einem „Verlust der Meinungsführerschaft“ innerhalb

---

<sup>15</sup> Die zur Diagnose der Geistigen Behinderung herangezogenen Funktionsbereiche sollten genauer übersetzt werden als: Kommunikationskompetenz, Eigenständigkeit in alltäglichen Verrichtungen, häusliches (alleine) Zurechtkommen, soziale und zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit und Handlungsfähigkeit, gesunderhaltendes und förderndes Verhalten, funktionale Schul-, und Kulturfertigkeiten wie Rechnen, Lesen und Schreiben, eigene Auswahl und Gestaltung der Freizeit, Sicherheit und Nachgehen einer geregelten Arbeit (auf dem ersten oder zweiten oder beschützenden Arbeitsmarkt).

<sup>16</sup> "The terms used to describe a person's intensities of needed supports (...) do not replace the old labels of *educable* and *trainable* or *mild*, *moderate*, *severe*, and *profound*. Instead, these new terms correspond to specific intensities of needed supports reflecting a person's functioning within the various adaptiv skill areas and their needs in three other dimensions: psychological /emotional considerations, physical/health/etiology considerations and environmental considerations." (AAMR 1992, p. 113).

der Geistigen Behinderung führen werden<sup>17</sup> (cf. MacMILLAN, GRESHAM & SIPERSTEIN, 1993, p. 333)<sup>18</sup>.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss man noch davon ausgehen, dass Geistige Behinderung im klinischen Sprachgebrauch simplifizierend als das Zusammentreffen von signifikant verminderter Intelligenz und ebenso verminderter sozialer Kompetenz verstanden wird. In der Praxis bleibt bisweilen als Leitsymptom der Geistigen Behinderung lediglich die Intelligenzminderung übrig, unbeschadet jeglicher sozialen Kompetenz, die in Extremfällen noch nicht einmal untersucht wird. Dies ist um so bedauerlicher, als sich durchaus Belege für eine zumindest partielle Unabhängigkeit von kognitiven Faktoren und sozial integrativen sowie prosozialen Verhaltensweisen finden lassen (cf. HOLTZ, 1994).

---

<sup>17</sup> "The radicale departure represented in the LUKASSON et al.'s definition from the essentially identical classification schemes of DSMIII-R and AAMR (GROSSMAN, L. 1983) might well result in AAMR losing its position of leadership in defining mental retardation." (MacMILLAN, GRESHAM & SIPERSTEIN, 1993, p. 333).

<sup>18</sup> Kernpunkte der Kritik sind vor allem: Für die Bestimmung des Ausmaßes des adaptiven Funktionsniveaus liegen kaum verlässliche Meßinstrumente vor. Dies betrifft auch die ausgewählten 10 Adaptionsbereiche, sowie ihre Unabhängigkeit voneinander, die nicht empirisch abgesichert ist (BROTHWICK-DUFFY, 1993). Das Festlegen des Versagens in mindestens zwei Bereichen als *Conditio sine qua non* erscheint arbiträr (JACOBSON, 1993) und greift zudem im Kleinkindalter zu kurz (MacMILLAN, GRESHAM & SIPERSTEIN, 1993). Durch die Erhöhung der IQ-Obergrenze auf 75 steigert sich der Anteil der Bevölkerung, die unter das Etikett Geistige Behinderung fallen, was neben der intendierten Bereitstellung von Hilfen, zu nicht unerheblichen ethischen Problemen und Stigmatisierung führen dürfte: Bei einem Ausgangs-IQ von 75 betrifft dies 5,48% der Population. Nimmt man nun noch die Testunschärfe von 5 Punkten als üblichen Standardmeßfehler hinzu (Testwerte bis 80 kommen dann in Frage), so stehen 10,56% der Gesamtpopulation plötzlich unter dem Verdacht, geistigbehindert zu sein. Bedenklich muss auch stimmen, wie JACOBSON & MULICK (1992) zeigen, dass der Anteil der schwarzen Bevölkerung in den USA unter einem Cutoff-IQ von 80 Punkten bei 30,5% liege, während für Weiße nur 5,7% ermittelt werden. Solche Befunde besitzen inhärent eine Affinität ideologisch ausgeschlachtet zu werden, zumal meist nur die Definition der Geistigen Behinderung rezipiert wird (GREENSPAN, 1993). Dabei wird dann meist übersehen, dass das Aufklaffen dieser ethnischen Differenz bei höheren IQ-Werten mit unterschiedlichen Lebensbedingungen einhergeht, die im oberen Bereich der Geistigen Behinderung ungleich stärker zum Tragen kommen als bei einem eher biologisch verursachten geringeren kognitiven Funktionsniveau. Es bleibt abzuwarten, ob die neuen Richtlinien der AAMR in Zukunft von Politikern, Wissenschaftlern und Praktikern aufgegriffen und fruchtbar im Sinne der Betroffenen implementiert werden können.

„Homo sum. Humani nihil a me alienum puto.“ Ich bin ein Mensch und nichts Menschliches halte ich für befremdlich.

(Terenz, Heautontimorumrnos I, 1.)

## Formen Geistiger Behinderung

Innerhalb der Gruppe der Menschen mit Geistiger Behinderung bestehen große Unterschiede. Die Intragruppenvarianz ist größer als die Varianz zwischen der zahlenmäßig am stärksten vertretenen Gruppe (dies sind die Leicht Geistig Behinderten) und den Nicht-Behinderten. Mit anderen Worten: eine schwere Form Geistiger Behinderung ist von Leichter Geistiger Behinderung in allen psychodiagnostischen Parametern weiter entfernt als Leichte Geistige Behinderung von Nicht-Behinderung. Aber auch innerhalb der verschiedenen Untergruppen der Geistigen Behinderung findet sich eine recht heterogene Mischung aus Kompetenzen und Störungen. Als Binnendifferenzierung der Geistigen Behinderung werden in der international maßgeblichen Literatur überwiegend vier Schweregrade unterschieden, die sich weitgehend entsprechen.

**Tabelle 2** Geistige Behinderung nach DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10	Kategorie	IQ-DSM-IV	IQ-ICD 10	Entwicklungsalter
317	F70.9	Leicht,	50-55 - ca.70	50 - 69	9 – 12 Jahre
318.0	F71.9	Mäßig	35-40 - 50-55	35 - 49	6 - 9 Jahre
318.1	F72.9	Schwer	20-25 - 35-40	20 - 34	3 - 6 Jahre
318.2	F73.9	Schwerst	< 20-25	< 20	max. 2 Jahre
319	F79.9	<i>Unspezifischer Schweregrad</i> <sup>19</sup>			

(DSM-IV, 1998, p.75; ICD-10, 1991 p.381)

Die Angabe von Altersäquivalenten ist zwar sehr verbreitet, aber ebenso umstritten. Einerseits schwanken die Angaben des kognitiven Entwicklungsalters recht hoch, z.B. werden für einen IQ von 50 als Äquivalenzalter 7-9 Jahre angegeben, andererseits legen Altersangaben eine Reduzierung

<sup>19</sup> Neben den angeführten Kategorien der Geistigen Behinderung wird im DSM als Restkategorie noch die Geistige Behinderung unbestimmter Ausprägung (319.00) benannt. Diese sollte immer dann Anwendung finden, wenn eine Messung mit einem Standardintelligenztest nicht möglich ist, aber mit großer Wahrscheinlichkeit eine Geistige Behinderung vorliegt. Selbige Funktion erfüllen die ICD-10 Kategorien F78 und F79. Schließlich wird als sogenannte V-Kodierung für Zustände, die nicht einer psychischen Störung zuzuschreiben sind, aber Anlass zur Beobachtung oder Behandlung geben, der Grenzbereich der intellektuellen Leistungsfähigkeit angegeben (V 40.00). Neben der Bezeichnung Lernbehinderung finden sich in der Literatur desweiteren eine Reihe unterschiedlicher und verwirrender Begriffe wie "Grenzfälle" und "Borderline", bisweilen ebenso "Minderbegabung" und fälschlicherweise auch "Teilleistungsschwäche" wider, wobei die Terminologien, wie auch die Abgrenzungen sowohl zu Geistiger Behinderung als auch zu normaler Intelligenz nicht einheitlich vorgenommen werden (cf. HENSLE, 1988).

der Gesamtpersönlichkeit auf das vermeintliche kognitive Alter nahe. Altersäquivalenzen sollten daher nur allgemein-deskriptiv angewandt und je nach Persönlichkeitsbereich spezifiziert verwendet werden.

Die Besonderheit der Situation Geistiger Behinderung sollte auch zur Vorsicht gemahnen, allgemein psychiatrische Diagnoserichtlinien zu übernehmen. Verhaltensauffälligkeiten wie Stereotypien oder Autoaggression können im Kontext Geistiger Behinderung nicht mit der gleichen diagnostischen Valenz für psychotische Störungen betrachtet werden.

## 1.5 Schwerste Geistige Behinderung

Lediglich ca. 1%-2% (DSM-IV, 1998) bzw. weniger als 1% (GONTARD, 1999) aller Menschen mit Geistiger Behinderung müssen als schwerstgeistigbehindert eingestuft werden. Zusätzliche körperliche und sensorische Funktionseinbußen wie auch Epilepsie und Störungen aus dem autistischen Formenkreis sind die Regel. Die geistigen Einschränkungen sind massiv, und nur durch eine spezielle Umweltgestaltung und Förderung kann eine bestmögliche Entwicklung der verfügbaren Ressourcen ermöglicht werden. Motorische, kommunikative und soziale Fertigkeiten lassen sich in vielen Fällen durch geeignete Programme optimieren, bleiben aber auf einem sehr niedrigen Niveau, das eine Selbstversorgung unmöglich macht. Die Fähigkeiten, für die eigenen Grundbedürfnisse zu sorgen, bleiben daher lebenslänglich unvollständig. Grundlegende und einfachste Auge-Hand-Koordinationsaufgaben, wie sortieren und zuordnen, können bisweilen bewältigt werden. Schwerste Geistige Behinderung steht nach dem Entwicklungsstufenkonzept der Intelligenz (PIAGET & INHELDER, 1973) auf der Stufe der sensomotorischen Intelligenz (ca. 0-2 Jahre). Je nachdem welches der sechs Substadien dieser Stufe bereits durchlaufen wurde, besteht eine gewisse motorische Fertigkeit und eine zaghafte Exploration der Umwelt, kann mit Gegenständen manipuliert werden und liegt eine diffuse Vorstellung der Objektpermanenz vor. Einfachste Beziehungen zwischen Objekten und Kontingenzen können eventuell wahrgenommen werden; z.B. Sich-selbst-schlagen führt dazu, dass etwas geschieht. Bezugspersonen können eventuell in bekannt und unbekannt unterschieden werden. Der Erwerb eines Symbolsystems (Sprache) gelingt nicht. In der Auseinandersetzung mit der Umwelt bleibt eine andauernde Abhängigkeit von Anderen. Die klinische Diagnose psychischer Störungen ist weitestgehend auf Beobachtungsdaten und Fremdb Berichte angewiesen. Selbstverletzende Verhaltensweisen stehen hier häufig im Bezug zur Reizsituation, Reizaufnahme und Reizverarbeitung und dienen damit der Aufrechterhaltung eines als angenehm erlebten Stimulationsniveaus, können aber auch Schmerzen oder Unwohlsein anzeigen. Von der Gruppe der Schwerst Geistig Behinderten werden noch die sogenannten Schwerstmehrfachbehinderten (SMB) unterschieden. Es handelt sich hierbei um Menschen, deren Entwicklungs-

möglichkeiten in der gegebenen sozialen Umwelt auf dem Gebiet der Kommunikation, Perzeption, Handfunktion, Körperstellfunktion und Fortbewegung das vergleichbare Niveau eines 4-6 Monate alten gesunden Säuglings nicht übersteigen (cf. FRÖHLICH, 1992). Physiologische Aktivitäts- und Bewegungsstörungen wie Hypotonie, Hypertonie und das Persistieren der Frühreflexe sind in aller Regel zu beobachten. Selbstverletzendes Verhalten ist hier oftmals einer der wenigen verbliebenen Zugänge um Reizerfahrungen zu machen und hängt eventuell mit einem (noch) nicht entwickelten eigenen Körperschema zusammen.

## **1.6 Schwere Geistige Behinderung**

Die Angaben zur Häufigkeit dieses Schweregrades innerhalb der Population Geistiger Behinderung schwanken je nach Quelle zwischen 3-4% (DSM-IV, 1998) und 7% (DAVISON & NEALE, 1988; GONTARD, 1999). Bereits bei Geburt vorliegende oder perinatal erworbene Schädigungen des zentralen Nervensystems sind hier noch immer häufig und treten zudem mit weiteren körperlichen und sensomotorischen Einschränkungen auf. Das Intelligenzniveau entspricht dem Aufkeimen des präoperationalen-intuitiven Stadiums (2-4 Jahre). Neben der Objektpermanenz etabliert sich allmählich auch ein erstes Begriffssystem für Objekte oder Personen. Dinge können damit (verbal bzw. paraverbal) benannt oder via Gesten bezeichnet werden. Es fehlt jedoch noch ein echtes Symbolverständnis losgelöst vom konkreten Gegenstand. Auch gelingen Generalisierungen nur sehr begrenzt oder auf unangemessene Art und Weise. Verbale Kommunikation wird, wenn überhaupt, meist erst im Schulalter in geringem Umfange erworben. Kulturfertigkeiten erreichen kaum das Vorschulniveau. Das Erlernen von „Überlebensgesten“ zum Ausdrücken grundlegender Bedürfnisse ist möglich. Routinierte Handlungen können in ihrer Gesamtheit und Abfolge wahrgenommen und verinnerlicht werden. Ein Einbezug von Vergangenheit und Zukunft sowie die Berücksichtigung von externen Rollen in Handlungen kann nicht vollzogen werden, vielmehr wird in der Regel eine „hier und jetzt“ egozentristische Position eingenommen.

Die überwiegende Zahl der betroffenen Personen bedarf der permanenten Aufsicht und Unterstützung. Elementare Fertigkeiten der Hygiene können durch Training erlernt werden. Lethargische Tendenzen und ausgeprägte Passivität sind häufig anzutreffen. Das Einpassen in beaufsichtigte Wohngruppen ist für viele dennoch möglich. Auch können unter intensiver Anleitung und beständiger Aufsicht einfache Arbeiten übernommen werden. Autoaggressionen treten hier bisweilen im Zusammenhang mit Anspannung und Erregung sowie Überforderung auf, lassen sich aber unter anderem auch als Suche nach Aufmerksamkeit verstehen.

## 1.7 Mäßige Geistige Behinderung

Ca. 10% - 12% (DSM-VI, 1998; GONTARD, 1999) der Menschen mit Geistiger Behinderung befinden sich in diesem Bereich. Kinder mit einer Mäßigen Geistigen Behinderung werden in allen sozioökonomischen Schichten beobachtet. In weitaus mehr Fällen als in der Gruppe der Leicht Behinderten werden hier medizinische Diagnosen körperlicher oder neurophysiologischer Dysfunktionen gefunden. Sensomotorik, Spracherwerb und soziale Entwicklung können augenfällig beeinträchtigt sein, so dass die betroffenen Kinder schon frühzeitig auffallen. Die meisten Down-Syndrom-Träger befinden sich im Bereich Mäßiger Geistiger Behinderung (cf. SELINKOWITZ, 1992; RAU, 1995).

Das Intelligenzniveau entspricht noch am ehesten der Stufe der präoperational-anschaulichen Intelligenz (4-7 Jahre). Es ist gekennzeichnet durch die fortschreitende Verbegrifflichung der Umwelt, die aber noch an die Anschauung gebunden bleibt. Klassifikationsaufgaben werden fast ausschließlich anhand von augenfälligen Eigenschaften der Objekte bewältigt. Einfache Konzepte können losgelöst verstanden werden, z.B. Farben und Formen. Die unmittelbare Wahrnehmung dominiert Problemlösungen und Entscheidungen via „Versuch und Irrtum“-Strategien. Mehrere Handlungen können meist nicht innerlich gleichzeitig vollzogen werden. Die Flexibilität geistiger Operationen ist auffällig eingeschränkt. Einer einfachen Unterhaltung über konkrete Dinge kann gefolgt werden. Abstrakte Begriffe oder Sprachfiguren werden jedoch in aller Regel nicht verstanden. Das schulische Leistungsniveau geht selten über den Stand der zweiten Schulklasse hinaus und wird zudem bisweilen erst im frühen Erwachsenenalter erreicht.

Personen mit einer Mäßigen Geistigen Behinderung können eine gewisse kommunikative und lebenspraktische Fertigkeit erreichen, die ihnen ermöglicht, unter Aufsicht selbst für sich zu sorgen und an sozialen und beruflichen Trainingsprogrammen<sup>20</sup> teilzunehmen.

Autoaggressionen werden hier häufig im Zusammenhang mit der Durchsetzung eigener Ziele benannt und als provokativ etikettiert.

## 1.8 Leichte Geistige Behinderung

Hierunter fallen nach GONTARD (1999) 80%, nach dem DSM-IV (1998) ca. 85%, sowie nach ROJAHN & WEBER (1995) gar 95-98% der Population Geistiger Behinderung. Enzephalopatische Zustandsbilder sind selten anzutreffen. Viele Menschen mit Leichter Geistiger Behinderung entstammen aus wenig Anreiz bietenden sozialen Umwelten oder Problemfamilien ökonomisch

---

<sup>20</sup> In früheren Terminologien wurden Menschen mit Geistiger Behinderung auf dieser Stufe daher als trainierbar (trainable) bezeichnet.

benachteiligter Schichten, in denen ebenfalls niedrige Intelligenzwerte und schlechte Entwicklungsbedingungen vorherrschen (cf. GONTARD, 1999). Die lebenspraktischen Fertigkeiten sind in der Regel kaum beeinträchtigt. Entwicklungsverzögerungen in der frühen Kindheit werden im Lebenskontext oft nicht sofort augenfällig. Häufig geben erst entsprechende diagnostische Verfahren genaueren Aufschluss. Bedeutsam werden die Differenzen in einzelnen Funktionsbereichen meist nicht vor dem Beginn der Einschulung. Schreiben, Lesen und einfache Rechenoperationen werden eventuell mit Schwierigkeiten bewältigt und entsprechen in etwa dem Stand der sechsten Schulklasse. Betrachtet man die Intelligenzentwicklung isoliert von den anderen Lebensbereichen, so kann eine Leichte Geistige Behinderung in etwa mit dem Stadium der konkreten Denkopoperationen (7-11 Jahre) nach PIAGET & INHELDER (1973) gleichgesetzt werden. Vor allem, wenn die Adoleszenz bereits durchschritten wurde, gelingen auch Problemlösungen auf der Grundlage konkreter Denkopoperationen. Ereignisse oder Folgen können in Gedanken vorweggenommen werden. Der Invarianzbegriff für Mengen in unterschiedlichen Anordnungen wird realisiert. Klassifizierungen und Einordnungen von Objekten in Rangreihen gelingen. Abstrakte Operationen oder formalisierte Anweisungen stellen jedoch kaum zu überwindende Probleme dar. Im Erwachsenenalter sind weitgehende Selbständigkeit und Autonomie in allen Lebensbereichen erreichbar.

Nach GAGE & BERLINER (1986, p. 243) konnte in einer Langzeitstudie in den USA festgestellt werden, dass 83% der geistig zurückgebliebenen Kinder später ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten. Es wird allerdings nicht mitgeteilt, inwieweit sich im Erwachsenenalter das individuelle Intelligenzniveau entwickelt hatte. Es darf auch nicht übersehen werden, dass gerade für gering ausgebildete Personen geeignete Arbeitsplätze immer stärker durch Maschinen wegrationalisiert werden und die ökonomische Sicherung des eigenen Lebensunterhalts nicht zuletzt von der konjunkturellen Situation abhängt. So lebten Ende der 60er denn auch nur knapp 1% der Leicht Geistig Behinderten ganz oder zeitweise in Institutionen, während 80% in Arbeit waren, geheiratet hatten und auch eigene Kinder hatten (cf. BALLER, CHARLES & MILLER, 1967).

30 Jahre später „sieht sich die Wirtschaft von den Behinderten derart behindert, dass sie diese längst wegrationalisiert hat.“ (DÖRNER & PLOG, 1996, p.67). Bei der Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen und in sozio-ökonomischen Problemlagen wird daher meist professionelle Hilfestellung benötigt werden.

Autoaggressionen zeigen sich bei Leichter Geistiger Behinderung bisweilen im gleichen Kontext wie bei Nicht-Behinderten: als Indikator psychischer Störungen wie Depression oder Schizophrenie.

## 1.9 Entwicklungspsychologische Aspekte

Die American Association on Mental Deficiency (AAMD, 1983) hat zwar einen elaborierten Überblick der Entwicklung des adaptiven Verhaltens bei Menschen mit unterschiedlich ausgeprägter Geistiger Behinderung vom Säuglingsalter bis zum Erwachsenenalter aufgestellt, jedoch werden selbstverletzende Verhaltensweisen darin nicht erwähnt.

Trotz des Mangels an speziellen Entwicklungsübersichten sieht RAU (1995) auf Grund der Vergleichsdaten im familiären und institutionellen Kontext eine generell höhere Vulnerabilität bei Kindern mit Geistigen Behinderungen gegenüber ungünstigen Umwelteinflüssen. Entsprechend besteht eine höhere Gefahr, dass sich Verhaltensstörungen wie auch selbstverletzendes Verhalten bereits in der frühen Kindheit entwickeln und persistieren (cf. SHENTOUB & SOULAIRAC, 1961). Bedingt durch hormonelle Veränderungen und der Entwicklungsdynamik während der Pubertät nehmen selbstverletzende Verhaltensweisen in dieser Phase meist zu (cf. ROHMANN & HARTMANN, 1992). Einige Eltern erleben sich hier an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit, so dass in diesem Alter wieder vermehrt um Unterstützung nachgefragt wird. Auch ältere Menschen mit Geistiger Behinderung<sup>21</sup> können neben einer Vielzahl psychischer Störungen Autoaggressionen manifestieren (cf. WEBER, 1997). Hier sind depressive Grundtönungen in die Ursachenüberlegungen verstärkt miteinzubeziehen.

Phänomenologisch stellt Geistige Behinderung ein graduelles „Anderssein<sup>22</sup>“ gegenüber der Normalpopulation dar, dessen Grenzpunkte historisch und gesellschaftlich definiert werden. In der pädagogischen Praxis herrscht noch vielfach ein defizitorientiertes Leitbild vor, das den Intelligenzmangel in den Vordergrund stellt. Zur Diagnostik selbstverletzenden Verhaltens und zur Generierung von Hypothesen bezüglich ursächlicher Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltender Faktoren dieses Verhaltens ist eine differenzierte und individuelle Betrachtung des Ausmaßes der Geistigen Behinderung vor dem Hintergrund der konkreten Umwelтанforderungen und Hilfsangebote jedoch unabdingbar. Die dargestellten Definitionen und Einteilungen Geistiger Behinderung können lediglich als erste Ausgangspunkte einer ganzheitlichen Betrachtung der Persönlichkeit mit all ihren Bedürfnissen und Kompetenzen verstanden werden.

<sup>21</sup> Je nach Autor schwanken die dazugehörigen Altersangaben zwischen 45-85 Jahren, mit einem eindeutigen Schwerpunkt im Bereich von 55 und 60 Jahren. (cf. ERN, 1992, p. 61).

<sup>22</sup> Konsequenterweise sprechen ROHMANN & ELBING, 1998 statt von Menschen mit Geistiger Behinderung von „anders-fähigen Menschen“.

„Die Krankheit des Gemütes löset sich in Klagen und Vertrauen am leichtesten auf.“ (Goethe, Tasso III, 2)

## Psychiatrische Syndrome und Geistige Behinderung

Beim Hinweis, dass Geistige Behinderung keine psychische Erkrankung sei, darf aber nicht vergessen werden, dass diese Personengruppe auch seelisch erkranken kann (cf. WARNKE, 1995). In jüngster Zeit hat sich die Forschung dem Phänomen der Doppeldiagnose (dual diagnosis<sup>23</sup>) Geistiger Behinderung und psychischer Störung zu widmen begonnen.

Typische Anzeichen einer psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Geistiger Behinderung werden systematisch als genuiner Ausdruck ihrer Behinderung und nicht als Anzeichen einer zusätzlichen psychischen Störung interpretiert<sup>24</sup> („diagnostic overshadowing“ REISS, et al. 1982). Jedoch liegt in der Psychiatrisierung von Verhaltensproblemen bei Menschen mit Geistiger Behinderung auch die Gefahr, reduktionistisch auf individuumsspezifische Aspekte begrenzt zu bleiben und soziale, systemisch-ökologische Anteile außer Acht zu lassen. Es fehlt eine spezielle Psychopathologie, die der Situation von Menschen mit Geistiger Behinderung gerecht wird. „Gerade weil es für Menschen mit Geistiger Behinderung manchmal sehr schwer ist, Befindlichkeitsstörungen mitzuteilen, kommt es in ganz besonderer Weise darauf an, dass ihre Mitmenschen sie erkennen.“ (WARNKE, 1995, p. 286). Unbefangen bieten sich zwei Thesen des Zusammenspiels zwischen Geistiger Behinderung und psychischer Störung an:

- a.) Menschen mit Geistiger Behinderung sind aufgrund ihrer einfacheren Struktur und geringerer Rollenerwartungen weniger von psychischen Störungen betroffen.
- b.) Geistig Behinderte leiden auf Grund ihrer Einschränkungen im Vergleich zu nicht-behinderten Menschen häufiger an psychischen Störungen.

Auch wenn beide Thesen auf den ersten Blick plausibel sein mögen, unterstützen die meisten Autoren die zweite Annahme. So werden die Prävalenzraten zusätzlicher psychischer Störungen sowohl im DSM-IV (1998) als auch im ICD-10 (1991) um drei bis viermal höher als in der Allgemeinbevölkerung angesetzt. Es bleibt in beiden Publikationen allerdings offen, anhand welcher Datenbasis diese Feststellung getroffen wurde. STARK & MENELASCINO (1992) halten diese Raten denn auch für zu hoch veranschlagt.

---

<sup>23</sup> "dual diagnosis" meint Personen, die sowohl geistig behindert sind als auch eine psychische oder psychiatrische Störung aufweisen. (cf. DUPONT, 1993.) In Amerika existiert hierzu bereits ein institutionalisiertes Diskussionsforum in der NATIONAL ASSOCIATION DUALY DIAGNOSED.

<sup>24</sup> Wie REISS, LEVITHAN & SZYZKO, 1982 zeigten, hat die Mitteilung unterschiedlicher Intelligenzwerte (IQ=58 vs IQ =108) bei sonst gleichen Vorinformationen wesentliche Auswirkungen auf die Diagnose und Behandlungsempfehlung einer Angststörung durch Psychologen. Bei geistig behinderten Personen wurde nur etwa in 40% der Fälle eine Angststörung erwähnt, gegenüber 80% unter normalen Bedingungen. (cf. WENDELER, 1993).

Versucht man die vorliegenden empirischen Ergebnisse zur Prävalenz zusammenzufassen, so sprechen diese klar im Sinne einer deutlich höheren Vulnerabilität für psychische Störungen und Verhaltensprobleme bei Menschen mit Geistiger Behinderung gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Dabei wird das gesamte Spektrum psychischer Störungen abgedeckt. Von der Vielzahl der einschlägigen Untersuchungen an klinischen Probanden gibt MENELASCINO (1988) ein repräsentatives Bild der Verteilung einzelner psychischer Störungen bei Patienten mit Geistiger Behinderung wider. Bei 543 Personen mit Geistiger Behinderung einer stationär-psychiatrischen Station wurden folgende Zustandsbilder diagnostiziert (siehe Tabelle 3):

Unter den häufigsten psychiatrischen Diagnosen rangieren, neben den Schizophrenien und organisch bedingten psychischen Störungen, Anpassungs- und Verhaltensstörungen, die weitgehend das soziale Zusammenleben gefährden, weit vorne. Rückschlüsse auf allgemeine Prävalenzen sind aus diesen Daten jedoch nicht ableitbar. Man kann allerdings vermuten, dass selbstverletzende Verhaltensweisen quer zu vielen Symptomen bei psychiatrisch auffälligen Menschen

**Tabelle 3** Psychische Störungen bei Menschen mit Geistiger Behinderung

Störung	Prozent
Schizophrenien	25,4%
organ. bedingte psych. Störungen	19,3%
Anpassungs- und Verhaltensstörungen	18,9%
Persönlichkeitsstörungen	12,5%
Affektive Störung	8,2%
psychosexuelle Störungen	6,2%
Angststörungen	3,6%
andere Störungen	5,5%

(MENELASCINO, 1988 in LOTZ & KOCH, 1994, p. 20)

mit Geistiger Behinderung vorkommen. Auf der Grundlage einer kritischen Würdigung von 75 recht unterschiedlichen Studien im Zeitraum von 1970 - 1990 gehen LOTZ & KOCH (1994) von einem allgemeinen Anteil psychisch gestörter Menschen mit Geistiger Behinderung von 30%-40% aus. DOSEN (1995) sieht die Raten gar bei 30-50%.<sup>25</sup> In einem Überblicksartikel differenziert MEINS (1994) zwischen den verschiedenen Formen der Geistigen Behinderung. Danach liegt die Prävalenz von psychischen Störungen bei Leichter Geistiger Behinderung um die Hälfte höher als bei Normalintelligenten, während die Häufigkeitsraten bei Schwerer Geistiger Behinderung um das zwei- bis dreifache gegenüber Normalintelligenten erhöht sind. Umgerechnet auf die Geistig Behinderten hieße dies: 32% der Leicht und 42%-63% der Schwer Geistig Behinderten leiden an

<sup>25</sup> Versucht man nun einen Vergleich zur allgemeinen Prävalenz psychischer Störungen zu ziehen, so muss man in Rechnung stellen, dass hier die Punktprävalenz zwischen 15% bis 20% (BLAND, 1988) schwankt und das Erkrankungsrisiko für mindestens eine klinisch bedeutsame Störung im Laufe des Lebens bei 25-30 % liegt (AROLT, 1998). Als Fazit ergibt sich ein um den Faktor 1,5 bis 2 bzw. 3 bis 5 erhöhtes Störungsrisiko, wobei jedoch die unterschiedlichen Selektions- und Rekrutierungsprozesse nicht hinreichend kompatibel sind. Nimmt man auch im nichtgeistig-behinderten Bereich eine klinisch selektierte Stichprobe eines Allgemeinkrankenhauses, was der Datengewinnung bei Menschen mit Geistiger Behinderung eher entspricht, so steigt der Anteil der Patienten mit psychischen Auffälligkeiten, die nicht geistig behindert sind, auf ca. 33% (cf. EHLERT, 1995).

irgendeiner psychischen Störung. Die doch recht bedeutenden Schwankungen hängen mit den Unterschieden der verwendeten Diagnoserichtlinien und den unterschiedlichen Rekrutierungsstrategien zusammen. Zudem büßen die Mehrzahl der Untersuchungen in ihrer Aussagekraft ein, da sie an hoch selektierten, klinischen Gruppen gewonnen wurden (cf. LINGG & THEUNISSEN, 1993).

Die aufgrund von Felduntersuchungen in zwei amerikanischen Bundesstaaten von ROJAHN & WEBER (1995) veröffentlichten Zahlen zeigen eine etwas geringere Erkrankungshäufigkeit bei Kindern und Erwachsenen bis zum 45. Lebensjahr, die von Unterstützungsprogrammen für Menschen mit Geistiger Behinderung Gebrauch machen (siehe Tab. 4)

Auch diese Daten beinhalten jedoch einige Inponderabilien. So lässt sich nur schwer abschätzen, wie hoch der Anteil derer ist, die zwar psychische Probleme haben, aber nicht um Hilfe nachsuchten. Umgekehrt ist auch denkbar, dass unter den Hilfesuchenden sich einige Personen ohne Geistige Behinderung befinden. Nicht zuletzt mag auch die in Amerika eine prominente Rolle spielende behaviorale Diagnostik zu einer gewissen Überbetonung näher am beobachtbaren Verhalten angesiedelter Störungen geführt haben. Dennoch bleibt die dominante Position aggressiver und autoaggressiver Verhaltensprobleme

**Tabelle 4** Ausgewählte Punktprävalenz bei Klienten von Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Geistiger Behinderung

Psychische Störung	mittlere Punkt-Prävalenz
Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsstörung	0,45%
Führungs- & Disziplinstörungen	0,80%
Entwicklungsstörungen	1,00%
Anpassungsstörungen	0,35%
Ängste	0,40%
Gehirnorganisches Syndrom	0,45%
Schizophrenien	0,85%
Affektive Erkrankungen	0,35%
Persönlichkeitsstörungen	0,25%
Aggressives Verhalten	11,90%
Selbstverletzendes Verhalten	7,95%
Stereotypes Verhalten	6,50%
Destruktives Verhalten	5,55%
Diagnostizierte Störungen insgesamt	<b>36,80%</b>
N = 79793	

(nach ROJAHN & WEBER, 1995)

auffällig. Die Hälfte der Punktprävalenz geht allein auf das Konto dieser beiden „Störungen“. Nimmt man nun noch hinzu, dass innerhalb anderer Störungskategorien ebenfalls fremd und selbstattakierende Verhaltensweisen wahrscheinlich sind, so wird klar, welches Belastungspotenzial sich hier verbirgt. Eine differenzierte Betrachtung der Population lässt zwei gegenläufige Trends erkennen: Mit steigendem Grad der Geistigen Behinderung wächst der Prozentsatz der berichteten Verhaltensstörungen, während die Diagnosen Schizophrenie und Depression mit steigendem Ausprägungsgrad der Geistigen Behinderung fallen (cf. ROJAHN, 1994; SCHROEDER, ROJAHN & OLDENQUIST, 1991). Für autoaggressives Verhalten werden entsprechend höhere Auftretens-

wahrscheinlichkeiten beim Vorliegen Schwerer bis Schwerster Geistiger Behinderung mitgeteilt (cf. DSM-IV, 1998, p. 160).

Empirische Untersuchungen bestätigen eine deutlich höhere Vulnerabilität für psychische Störungen und Verhaltensprobleme bei Menschen mit Geistiger Behinderung gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Innerhalb der Population mit Geistiger Behinderung wird das gesamte Spektrum psychischer Störungen abgedeckt. Als eine der wesentlichsten Abweichungen zur Allgemeinpopulation fällt die relativ starke Verbreitung autoaggressiver Verhaltensweisen bei Menschen mit Geistiger Behinderung auf. In Berücksichtigung des Diagnostic Overshadowing ist bezüglich selbstverletzenden Verhaltens auch die Hypothese einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung der betroffenen Person mit Geistiger Behinderung zu überprüfen.

„L'automutilation est non seulement un symptôme mentionné en psychiatrie mais également un phénomène culturel et universel.“ (MORELLE, C. 1995, p.7)

## Autoaggression

Wer sich eingehend mit der Autoaggression beschäftigt, wird entdecken, dass diese eine lange Tradition in verschiedenen Kulturen besitzt. MORELLE (1995) belegt autoaggressive Themen in der griechischen Mythologie ebenso wie im jüdischen Glauben, im Christentum und im Islam. In der Psychiatrie beginnt man sich mit der Jahrhundertwende dem Phänomen der Autoaggression zuzuwenden.

Seit den Tagen von WITTE, der 1898 auf 18 Seiten seine medizinische Dissertation „über ein Fall von Selbstbeschädigung bei einer hysterischen Frau“ ablegte, hat sich die Forschung enorm weiter entwickelt, wenn auch nicht davon ausgegangen werden darf, dass Autoaggression nun zu einem allgemein bekannten Forschungsthema geworden ist. Allerdings ist zumindest der Begriff der Aggression (aus Lateinisch „aggredi“ an etwas herangehen, angreifen) in unserem Alltagsverständnis fest etabliert, so dass er fast keiner weiteren Erläuterung mehr bedarf. Psychologische Definitionen sehen Aggression als ein Verhalten an, das eine Schädigung oder Verletzung intendiert (TEWES & WILTGRUBE, 1992). Bei Autoaggression („αυτοζ“: gr. selbst, also: selbst an sich herangehen) handelt es sich dem Wortsinne nach um eine spezielle Form der Aggression, bei der das Subjekt selbst das Ziel seines eigenen aggressiven Verhaltens ist. In der Medizin werden unter Autoaggression zwei verschiedene Phänomene verstanden:

- 1.) das Wenden des Immunsystems gegen den eigenen Körper: die sog. „Autoimmunkrankheiten“ und
- 2.) die „gegen das Individuum selbstgerichtete Aggression, Suizid oder symbolische Akte mit selbstzerstörendem Charakter“ (PSYCHREMBEL, 1998, p. 158)<sup>26</sup>.

BREZOVSKY (1985) sieht daher den Begriff „selbstverletzendes Verhalten [SEB]“ als passender an, wenngleich er in der Literatur seltener benutzt wird. Neben Autoaggression und selbstverletzendem Verhalten finden sich in Veröffentlichungen auch Begriffe wie Selbstschädigung, Selbstbeschädigung, Automutilation oder Selbstverstümmelung und selbstdestruktives Verhalten. Im anglo-amerikanischen Sprachraum haben ROSS & McKAY (1979) über 30 verschiedene Bezeichnungen gefunden, von denen „self-injurious behavior [SIB]“, „self mutilation“ und „self-destructive behavior“ am häufigsten vorkamen. Als Klassiker der Autoaggressionsdefinition kann die Begriffsbestimmung von TATE & BAROF (1966) angesehen werden. „Self-injurious behavior

---

<sup>26</sup> Als Beispiele nennt die 1996er Ausgabe: "Unfälle, Sucht, Depression" und sieht das "Vorkommen z.B. bei metabolischen Störungen (vgl. Lesch-Nyhan-Syndrom), infolge von Frustration, bei depressivem Syndrom oder Schizophrenie." (PSYCHREMBEL, 1996, p. 142), während sich dieser Zusatz in der 1998er Ausgabe nicht mehr findet (cf. PSYCHREMBEL, 1998, p.153).

does not imply an attempt to destroy, nor does it suggest aggression; it simply means behavior which produces physical injury to the individual's own body.“ (nach HETTINGER, 1996, p. 14).

Im französischen Sprachraum wird meist, vor dem Hintergrund psychodynamischer Vorstellungen, von „automutilation“ gesprochen (cf. MORELLE, 1995)<sup>27</sup>. Sowohl im ICD-10 (F984.1) als auch im DSM-IV (307.3) wird Autoaggression unter „stereotype Bewegungsstörung mit selbstschädigendem Verhalten“ subsumiert. Die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV lauten:

- A) Repetitives, häufig scheinbar getriebenes und nicht funktionales motorisches Verhalten (z.B. Hände schütteln oder winken, wiegende Körperbewegungen, Kopfanschlagen, Gegenstände in den Mund nehmen, sich selbst beißen, an der Haut oder an Körperöffnungen zupfen, sich selbst schlagen).
- B) Das Verhalten behindert deutlich die normalen Aktivitäten oder führt zu selbstzugefügten körperlichen Verletzungen, die medizinische Behandlung benötigen (bzw. würden ohne Anwendung von Gegenmaßnahmen zu körperlichen Verletzungen führen).
- C) Liegt eine Geistige Behinderung vor, ist das stereotype oder selbstschädigende Verhalten schwerwiegend genug, um einen Schwerpunkt der Behandlung zu bilden.
- D) Das Verhalten kann nicht durch einen Zwang (wie bei einer Zwangsstörung), einen Tic (wie bei einer Ticstörung), eine Stereotypie, die Teil einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung ist, oder durch Haareziehen (wie bei der Trichotillomanie) besser erklärt werden.
- E) Das Verhalten geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
- F) Das Verhalten dauert mindestens vier Wochen lang an.

Bestimme, ob:

Mit Selbstschädigendem Verhalten (F98.41): Wenn das Verhalten zu körperlichen Verletzungen führt, die spezifische Behandlung benötigen (bzw. ohne Anwendung von Gegenmaßnahmen zu körperlichen Verletzungen führen würde).

(DSM-IV, 1998<sup>2</sup>, p.160-162)

Es ist evident, dass die DSM Festlegungen damit die Frage nach der Entstehung und Entwicklung autoaggressiver Phänomene weitgehend unberücksichtigt lassen, aber auch deskriptiv den autoaggressiven Verhaltensphänotyp bei bestimmten Störungsbildern ausklammern.

<sup>27</sup> Weitere französischsprachige Bezeichnungen sind: “agressivité contre soi-même”, “auto-agressivité” sowie “autovulnération”.

BREZOVSKY (1985) erstellt aus der Sichtung einer Vielzahl von unterschiedlichen Beschreibungen und Bestimmungen autoaggressiven und selbstverletzenden Verhaltens drei Kristallisationspunkte:

- *gerichtet gegen die eigene Person*
- *physische Schädigung*
- *stereotyper Charakter*

Hieraus leitet er nun folgende Definition ab: „Autoaggression ist ein beobachtbares Verhalten, das häufig wiederholt auftritt, stereotypen Charakter haben kann und bei dem ein Individuum Reize gegen den eigenen Körper setzt, deren Ziel oder Wirkung physische Verletzung ist.“

(BREZOVSKY, 1985, p. 3).

Die Ziel- beziehungsweise Wirkungsthese der Selbstverletzung ist jedoch unzureichend. Autoaggressionen können auch als Ziel die Durchsetzung eigener Interessen oder die Vermeidung einer als unangenehm erlebten Situation haben, andererseits aber auch ungezielt, automatisiert und unwillkürlich ablaufen, wie ROHMANN & HARTMANN (1988) zu Recht kritisch einwenden. Die Autoren formulieren daher etwas ausführlicher: „Autoaggressionen sind Verhaltensweisen, die sich gegen den eigenen Körper richten, die meist stereotyp und mit hoher Geschwindigkeit ablaufen und dem eigenen Körper physische Schädigung oder extreme Reizung zufügen, wobei abhängig vom beobachtbaren Grad der Erregung und Spannung, die Qualität und Intensität in andersartige stereotype oder aggressive Verhaltensweisen übergehen können.“ (ROHMANN & HARTMANN, 1988, p. 17).

Auf einen weiteren wesentlichen Aspekt weisen MÜHL, et al. (1996) hin. Danach scheint das selbstverletzende Verhalten aus der Sicht des betroffenen Individuums sinnvoll zu sein und insbesondere eine Stimulation spezifischer Wahrnehmungsbereiche zu bewirken: „Selbstverletzendes Verhalten von Personen mit Geistiger Behinderung ist ein gegen den eigenen Körper gerichtetes beobachtbares Verhalten, das rhythmischen und stereotypen Charakter haben kann und in der Regel mit hoher Geschwindigkeit abläuft, häufig eine Stimulation des propriozeptiven, vestibulären und/ oder kinästhetischen Wahrnehmungsbereichs bewirkt und dem eigenen Körper physische Verletzungen und/oder extreme Reizung zuführt und aus der Sicht des betroffenen. Individuums sinnvoll zu sein schein.“ (MÜHL et al. 1996, p. 25).

ROHMANN & ELBING (1998) erweitern die Definition der Autoaggression durch die Einführung der Begriffe „exoreaktiv“ und „endoreaktiv“ selbstverletzendes Verhalten. Exoreaktiv meint, dass das Verhalten im beobachtbaren Zusammenhang mit Umweltereignissen stehe und interaktionssteuernde Funktion habe. Endoreaktives selbstverletzendes Verhalten stehe demgegenüber nicht in einem beobachtbaren Zusammenhang mit äußeren Umweltereignissen, sondern beziehe sich auf person-interne Ereignisse oder Regulationsprozesse und sei für den Betroffenen selbst

nicht mehr bewusst kontrollierbar. Ihre Definition selbstverletzenden Verhaltens lautet damit: „Selbstverletzendes Verhalten umfasst Verhaltensweisen, die sich gegen den eigenen Körper richten und ihn physisch extrem reizen oder schädigen. Sie haben interaktiv steuernde Funktion sowohl für externe als auch für personeninterne Ereignisse. Ihr Verlauf kann exoreaktiv oder endoreaktiv sein. Selbstverletzende Verhaltensweisen können stereotypen bzw. automatisierten Charakter haben. Sie können in Qualität und Intensität leichte bis schwere Ausprägungen annehmen. Die daraus entstehenden Schädigungen umfassen alle Verletzungsgrade bis hin zur Lebensbedrohlichkeit.“ (ROHMANN & ELBING, 1998, p. 134.)

Die Betrachtung selbstverletzenden Verhaltens als spezifisches Syndrom bei Geistiger Behinderung ist in der Literatur trotz entsprechender korrelativer Zusammenhänge und clusteranalytischer Ergebnisse umstritten (cf. MEINS, 1994; FEUSER, 1985). Einerseits werden bei weitem nicht alle Menschen mit Geistiger Behinderung oder autistischen Störungen autoaggressiv, andererseits werden Autoaggressionen auch bei nichtgeistigbehinderten Personen berichtet<sup>28</sup> (z.B. OLBRICHT, 1989; HEYDE, 1992; TRÖSTER, 1994). Wie man dies auch immer bewerten möchte, so scheint dennoch eine gewisse Anfälligkeit oder Prädisponiertheit für autoaggressives Verhalten im Zusammenhang mit Geistiger Behinderung und Autismus gegeben zu sein. Es bleibt damit allerdings noch zu untersuchen, ob dies auf die Behinderungen selbst oder auf die Umwelt zurückzuführen ist.

In einem engen Bezug zur Autoaggression stehen meist auch Fremdaggressionen. BREZOVSKY (1985) berichtet bei über 90% der Personen mit Autoaggressionen von weiteren Verhaltensauffälligkeiten, wovon 28% Fremdaggressionen seien. ROHMANN & HARTMANN (1992) fanden in ihrer Stichprobe bei 67% der Personen neben autoaggressiven auch fremdaggressive Verhaltensweisen.

## **1.10 Autoaggression – Ein- und Abgrenzungen**

In verschiedenen Veröffentlichungen werden eine ganze Reihe von Phänomenen unter Autoaggression beschrieben; so z.B. Autoimmunerkrankungen, Krebs, Drogensucht, Kleptomanie, Angststörungen, Magersucht, usw. (cf. DOGS, 1980), die jedoch im Rahmen dieser Arbeit aus unterschiedlichen Gesichtspunkten nicht einbezogen wurden.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Als wohl prominenteste Person sprach die verstorbene Prinzessin von Wales, Lady Diana, in einem BBC-Interview vom November 1995 öffentlich über ihre selbstverletzenden Handlungen in Folge psychischer Belastung.

<sup>29</sup> Suizid und Suizidversuche werden im Gegensatz zu ROSS & McKAY (1979) im Folgenden nicht unter Autoaggression subsumiert, da hier vermutlich andere Faktoren der Genese hinzukommen. Auch die Gleichbetrachtung "reinen" stereotypen Verhaltens ohne jeden selbstschädigenden Charakter mit Autoaggression (cf. GOODALL & CORBETT, 1982) wird abgelehnt, obwohl enge

Als Konklusion aus den unterschiedlichen Annäherungen und Abgrenzungen wird folgende Eingrenzung im Rahmen der Untersuchung zur emotionalen Betroffenheit der Betreuungspersonen propagiert:

Autoaggression oder selbstverletzendes Verhalten meint die extreme Stimulation oder physische Schädigung des eigenen Körpers vornehmlich bei Menschen mit Geistiger Behinderung. Individuell kann dieses Verhalten durchaus sinnvoll sein; für die soziale Umwelt ist das Verhalten jedoch schwierig zu deuten, so dass die psychische Wahrnehmung der Betreuungspersonen auf den Aspekt der Selbstschädigung zentriert angenommen wird.

Der Bezug zur Geistigen Behinderung soll nicht bedeuten, dass Selbstverletzung und Autoaggression lediglich hier vorkommen, vielmehr wird diese Verbindung im Hinblick auf die Untersuchungsfrage als wesentlich erachtet, da die emotionalen Reaktionen der Betreuungspersonen auch vom jeweiligen Vorverständnis gegenüber den selbstverletzenden oder autoaggressiven Personen beeinflusst werden.

### **1.11 Ausprägungsgrade der Autoaggression**

Die konkreten Manifestationsformen autoaggressiven Verhaltens sind vielfältig und individuell recht unterschiedlich ausgeprägt, wenngleich einige Formen besonders hervortreten. Das Spektrum erstreckt sich von harmlosen Einzelaktionen bis hin zu schwersten Verletzungen mit tödlichem Ausgang. In Untersuchungen findet sich eine Häufung autoaggressiver Akte gegen den oder mit dem Kopf wie ins Gesicht schlagen, mit dem Kopf an eine harte Oberfläche schlagen, sich tiefe Kratzwunden im Gesicht zufügen oder Bisswunden an den Wangeninnenseiten, Zunge oder Lippen. (78,4% bei ROHMANN & HARTMANN, 1992; 76,8% bei SCHLOSSER & GOETZE, 1991; 46% bei BREZOVSKY, 1985).

---

korrelative Beziehungen gefunden wurden (z.B. MURPHY et al. 1993). Die individuellen, sozialen und affektiven Auswirkungen auf Betreuungspersonen und daher auch der therapeutische Impakt sind bei Stereotypen von einer anderen Qualität, gleichwohl ähnliche Behandlungsmodelle zum Einsatz gelangen können. Dennoch: nicht jede Stereotypie kann als Autoaggression bezeichnet werden, wie auch Autoaggressionen nicht immer als Stereotypie ablaufen (WIESELER et al. 1985; JONES, 1987). Ebenfalls soll auch masochistisches Verhalten (cf. BACHMANN, 1972) nicht zur Autoaggression gerechnet werden, wenngleich autoerotische Phänomene nicht immer auszuschließen sind, so liegt der wesentliche Unterschied doch darin, dass bei der Autoaggression die ausführende und die betroffene Person definitionsgemäß identisch sind. Schließlich soll auch gesundheitsschädliches, risikohaftes und süchtiges Verhalten wie Drogenkonsum, S-Bahnsurfen, Fehlernährung usw. ausgeschlossen bleiben, obwohl die zugrundeliegenden innerpsychischen Prozesse überraschende Ähnlichkeiten zu autoaggressivem Verhalten zu zeigen scheinen (cf. DOGS, 1980).

Weitere Formen autoaggressiven Verhaltens sind: Ausreißen von Haaren, massives Kratzen oder Beißen z.B. in Handrücken oder Fingerkuppen, gewaltsames Einführen von Gegenständen in Körperöffnungen, intensives Bohren oder Drücken der Augen, absichtliches Fallenlassen oder Hinwerfen, heftiges Zusammenschlagen der Knie usw.

In Anlehnung an ROHMANN & FACION (1984) und ROHMANN & HARTMANN (1988) werden auf der phänomenologischen Ebene drei Abstufungen selbstverletzenden Verhaltens unterschieden:

### 1. Leichte Autoaggression

z.B. Schlagen mit der geöffneten Hand an die Stirn, Wange oder Kinn  
geringe Intensität, in der Regel ohne sichtbare Verletzungen  
häufig mit erkennbarem Situationsbezug wie Überforderung, Wut,  
Verweigerung und Vermeidung oder Aufmerksamkeitswunsch

### 2. Mittlere Autoaggression

z.B. Schlagen mit flacher Hand ins Gesicht oder mit der Faust an den Kopf,  
Beißen, Kratzen, Knuffen, Petzen, Haare ausreißen, usw.  
Heftigkeit und Regelmäßigkeit stärker ausgeprägt,  
Verletzungen, Verschorfungen, Verhornungen und Narben sichtbar,  
Situationsbezug und Selbststeuerung nur noch teilweise beobachtbar

### 3.) Schwere Autoaggression

z.B. massives Schlagen mit dem Kopf gegen Fenster und Wände, Stechen  
mit Fingern in Augen, Abbeißen von Fingerkuppen, Zunge oder Lippen;  
Hände oder Kopf über offene Flammen halten,  
Ausprägungsgrad sehr massiv, meist stereotyp und repetitiv oder eruptiv,  
ernste und lebensbedrohliche Verletzungen möglich,  
ohne erkennbaren Grund, automatisiert, ohne Selbstkontrolle ablaufend

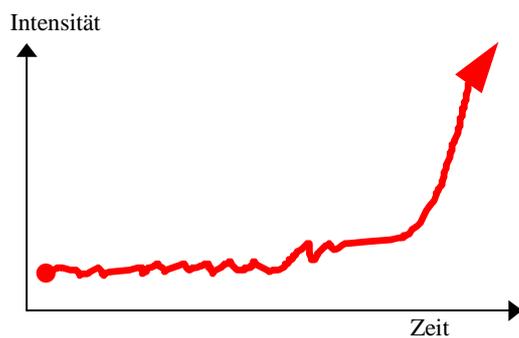


Problematisch an dieser Einteilung ist die Vermischung der Dimensionen Kontrollierbarkeit und Verletzungsschwere. In der Praxis kann man bisweilen beobachten, dass gerade im Falle ostentativer Selbstverletzung die Schwere trotz vorhandener Kontrollierbarkeit bis hin zu schlimmsten Verletzungen zunimmt. Häufig lässt sich bei genauer Betrachtung bisweilen auch noch eine Eingangsstufe der Autoaggression finden, womit Handlungen gemeint sind, die eher symbolisch gegen

den eigenen Körper gerichtet sind oder erst mit der ständigen Wiederholung ihren selbstschädigenden Charakter offenbaren (z.B. heftige Stereotypen).

Selbstverständlich entsprechen diese Stufen einer lediglich pragmatischen Übereinkunft eines ansonsten kontinuierlichen Geschehens: Insbesondere Heftigkeit, Verletzungsrisiko, Situationsabhängigkeit und Selbstkontrollierbarkeit sind die wesentlichen Determinanten der Einschätzung des Schweregrades der Autoaggression. Während Heftigkeit sowie Verletzungsrisiko mit der Ausprägung der Autoaggression steigen, nehmen Situationsbezug und Selbstkontrolle parallel ab.

HEINRICH (1993) vermutet einen „point of no return“ an Intensität autoaggressiver Akte, bei de-



**Abbildung 4** Eskalativer Verlauf der Autoaggression

ren Überschreitung die Selbstkontrolle verloren geht (Abb. 4). Hilfreich kann auch eine getrennte Betrachtung von Frequenz und Intensität der autoaggressiven Handlungen sein, da sich diese nicht in allen Fällen gleichsinnig entwickeln.

KISCHKEL & STRÖMER (1986) differenzieren zwischen einer entwicklungspsychologisch „frühen“ Form der Autoaggression, die vor dem Übergang zur gegenständlichen Tätigkeit des Kindes, also meist vor Vollendung des ersten Lebensjahres auf-

tritt, sich aus stereotypen Bewegungsmustern entwickelt und in erster Linie dem Bedürfnis nach Invarianzerfahrungen bzw. Sicherheit und Stabilität der Erlebniswelt entspricht und einer „späteren“ Form, die ihre Wurzeln in einer mangelnden Wertschätzung, Ablehnung oder Isolation der Person durch ihre soziale Umwelt hat und daher auch ohne vorherige Stereotypen auftreten kann.

Auf der Grundlage seiner Beobachtungen kommt JONES (1987) zu einer qualitativen Einteilung. Er unterscheidet zwei Klassen selbstverletzenden Verhaltens: stereotyp-selbstverletzendes Verhalten (stereotyped-self-injurious-behaviour [SSIB] und Selbstaggression [self-aggression]). Ersteres steht für das ständig sich wiederholende, mit immer gleichbleibendem Muster und im wesentlichen unabhängig von der Umgebung ablaufende Verhalten, während das zweite stärker umweltabhängig ist und weniger häufig auftritt. Ein Bezug zu KISCHKEL & STRÖMER (1986) liegt auf der Hand.

Auf eine ähnliche Unterscheidung autoaggressiven Verhaltens machen ROHMANN & HARTMANN (1992) aufmerksam. Danach gibt es einen hypermotorischen und einen hypomotorischen Typus. Das hypermotorische Bild zeichne sich dadurch aus, dass die Autoaggression zu einer Erregungsreduktion führe, häufig reaktiv und in kurzen Phasen aber oft mit hoher Intensität verlief. In der Regel nutzen Klienten mit diesem Autoaggressionsmuster auch ihre Fernsinne, was für hypomotorische Autoaggressive nicht so zutrefte. Für den hypomotorischen Typus geht Autoaggression mit einer Spannungsreduktion aber gleichzeitig mit einer Erregungserhöhung einher. Die Au-

toaggressionsphasen sind meist länger und nicht kontrollierbar. Diese Form kommt vor allem bei Personen mit Schwerster Geistiger Behinderung und in Situationen erheblicher sozialer und sensorischer Deprivation vor. Autoaggression bedeutet hier eventuell, die aus der Besonderheit der Situation erwachsene Realisation von Wohlergehen oder Lebensqualität. In einer späteren Revision sprechen ROHMANN & ELBING (1998) hier von exoreaktivem (im Gegensatz zu und endoreaktivem) selbstverletzendem Verhalten (siehe Kap. 5.4.3.3).

ECKHARDT (1994) schließlich trennt auf psychodynamischer Basis zwischen heimlicher und offener Selbstbeschädigung: das zentrale Symptom der heimlichen Selbstbeschädigung bestehe darin, dass Menschen aufgrund früherer Traumatisierungen Krankheitssymptome künstlich erzeugen oder vortäuschen, um sich damit als Patienten vorzustellen (Münchhausen-Syndrom), während offene Selbstbeschädigung das wiederholte, impulshafte meist auf einen akuten inneren Spannungszustand zurückgehende Verhalten meine.

## 1.12 Verbreitung und Häufigkeit autoaggressiven Verhaltens

Die allgemeine Vorkommenshäufigkeit autoaggressiven Verhaltens ist bisher noch kaum erforscht. In einer amerikanischen Untersuchung aus dem Jahre 1986 ergab sich ein Anteil von 0,75%-1,6% Personen mit selbstverletzendem Verhalten innerhalb eines Jahres (FAVAZZA et al. 1989)<sup>30</sup>. Die Autoren fanden in ihrer Studie einen Frauenanteil von 97%.

Das DSM-IV nennt als prädisponierende Faktoren autoaggressiven Verhaltens Geistige Behinderung, sensorische Behinderungen (Blindheit, Taubheit), Störungen oder Degeneration des Zentralnervensystems, Temporallappen-Epilepsie, postenzephalitische Wesensveränderungen, Schizophrenie und Zwangsstörung, sowie psychotrope-substanzinduzierte (z.B. durch Amphetamine) psychische Störungen. KALLERT (1993) berichtet von autoaggressiven Tendenzen bei Schlaganfallpatienten. Unter den klassischen psychiatrischen Diagnosen mit autoaggressiven Symptomen steht die Schizophrenie mit 6,5% an herausragender Stelle, wohingegen für organische Psychosen lediglich in 2,8% und bei Depressionen in 1,8% der Fälle selbstverletzende Verhaltensweisen berichtet werden (cf. BALLINGER, 1971). Charakteristische Häufungen autoaggressiver Verhaltensweisen finden sich auch bei folgenden klinischen Syndromen, die meist mit Geistiger Behinderung einhergehen: Lesch-Nyhan-Syndrom, Cornelia-de-Lange-Syndrom, und Smith-Margenis-Syndrom (ROJAHN & WEBER, 1995) sowie Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (ROBERTSON, 1992). Darüberhinaus lie-

---

<sup>30</sup> Vor dem Hintergrund einer körperlichen beziehungsweise sexuellen Mißhandlung sowie mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil portraitierten sie die autoaggressive Person als weiblich, zwischen Mitte 20 bis Anfangs 30, verletzt sich selbst seit ihrer Jugend, ist Angehörige der Mittelschicht, intelligent und wohlgezogen, schließlich sind Eßstörungen häufig zu beobachten (cf. FAVAZZA & ROSENTHAL, 1993; [Http: www.palace.net-LLAMA/psych/etio.html](http://www.palace.net-LLAMA/psych/etio.html), 1998).

gen auch entwicklungspsychologische Daten über autoaggressives Verhalten normalintelligenter Kinder vor (cf. TRÖSTER, 1994). Zu den am häufigsten zitierten Studien gehört die Untersuchung von SHENTOUB & SOULAIRAC, die bereits 1961 bei 300 Kindern in Frankreich folgende Autoaggressionsraten ermittelte: im Alter von 9, 12 und 18 Monaten: 11%-17%; im Alter von zwei Jahren 9% und schließlich ab dem vierten bis fünften Lebensjahr so gut wie keine automutilativen Handlungen. Bei normal-intelligenten Säuglingen sehen KRAVITZ & BOEHM (1971) die Autoaggressionshäufigkeit bei 7%. Trotz ähnlicher Stichprobe (normal entwickelte Kindern im Alter von 9-32 Monaten) kommt De LISSEVOY (1961) mit 15,2% auf doppelt so hohe Raten. Mit 4%-6% geben FRANKEL & SIMMONS (1976) die entsprechenden Quoten bei schizophrenen und behinderten Kindern an.

Für Menschen mit Geistiger Behinderung allgemein werden recht unterschiedliche Prävalenzen mitgeteilt, die zwischen 8% und 35% schwanken<sup>31</sup>. FRÖHLICH & HERINGER (1996) fanden in ihrer Untersuchung an Rheinland-Pfälzischen Sonderschulen einen Anteil von 7,95% der Schüler mit selbstverletzenden Verhaltensweisen. Bei Geistig Behinderten Kindern einer Kinderheilstätte sehen STÖMER & FACION (1980) Autoaggressionen in 45% der Fälle als gegeben an. Bei Schwerst Geistig Behinderten Kindern und Jugendlichen im Langzeitbereich eines Kinderpsychiatrischen Krankenhauses registrierten ROHMANN & HARTMANN (1992) einen Anteil von 41,2%. Für autistische Kinder weist WEBER (1970) zu über 65% Autoaggressionen aus. ROHMANN & HARTMANN (1992) rechnen auf der Grundlage ihrer Untersuchungen mit 60% bei Kindern und Jugendlichen mit deutlich autistischen Zügen und beim Vorliegen des frühkindlichen autistischen Syndroms gar mit 74% autoaggressiven Verhaltensstörungen. Interessant ist die von den Autoren festgestellte hohe Diskrepanz der Autoaggressionsraten zwischen institutionalisierten (35%) und nicht in Heimen lebenden (2,6%) Geistig Behinderten. Nach DSM-IV Angaben belaufen sich Prävalenzschätzungen selbstschädigender Verhaltensweisen bei Geistig Behinderten Personen „bei Kindern und Jugendlichen, die in der Gemeinde leben, zwischen 2 und 3% und bei Erwachsenen mit Schwerer oder Schwerster Geistiger Behinderung, die in Heimen untergebracht sind, bei 25%.“ (DSM-IV, p. 160).

Versucht man nun aus dem verwirrenden Zahlenmaterial der untersuchten Gruppen Schlussfolgerungen zu ziehen, so fällt auf, dass das Auftreten der Autoaggression im Rahmen normaler Entwicklung noch am ehesten den ersten beiden Lebensjahren zugeordnet werden kann, Selbstverletzungen im Zusammenhang mit bestimmten medizinischen Syndromen wie Autismus oder Lesh-Nyhan-Syndrom stehen, Autoaggressionen bei Menschen mit Geistiger Behinderung vermehrt vorkommen und mit der Zunahme des Behinderungsgrades ebenfalls zunehmen. Hieraus kann

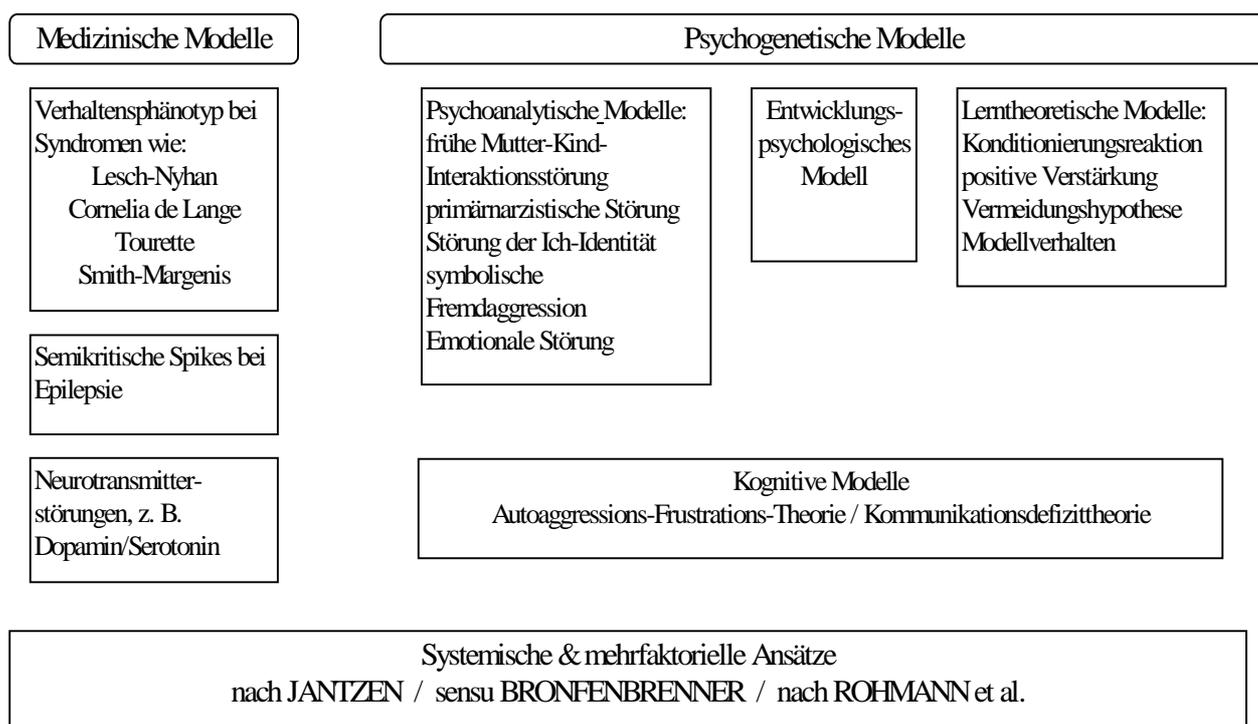
---

<sup>31</sup> 8-15% bei BAUMEISTER & ROLLINGS (1976); 10% bei BRYSON et al. (1971); 16% bei HILL & BRUININKS (1984); 35% bei BREZOVSKY (1985).

spekuliert werden, dass Situationen intensiver Abhängigkeit und Einschränkung im kommunikativen Bereich in einer Beziehung zu Autoaggressionen stehen. Schließlich lassen sich die im hospitalisierten Habitat höheren Werte als Hinweis auf eine Relevanz der Umwelt für das Auftreten von Autoaggressionen deuten.

### 1.13 Theorien autoaggressiven Verhaltens

Eine systematische Aufarbeitung der verschiedenen theoretischen Überlegungen autoaggressiven Verhaltens steht bisher noch aus. Zudem ist die empirische Basis recht unterschiedlich, so dass teilweise spekulative Elemente vorherrschen. Inhaltlich unterscheiden sich die einzelnen Modelle stark bezüglich der als ursächlich betrachteten Faktoren, der theoretischen Reichweite und prognostischen Valenz sowie der Implikationen auf der Maßnahmenebene. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Konzepte wird die Suche nach brauchbaren Handlungskonzepten für die Praxis aufwendig und schwierig.



**Abbildung 5** Autoaggressionstheorien im Überblick

Es ist daher nicht verwunderlich, dass zwei gegensätzliche Reaktionen in der Auseinandersetzung mit Ergebnissen der Autoaggressionsforschung zu beobachten sind: bisweilen werden vermeintlich neue und erfolgversprechende Programme unkritisch und euphorisch aufgenommen, bisweilen stoßen innovative Maßnahmen auf eine pessimistisch-fatalistische Grundhaltung und ein Verhar-

ren in eingefahrenen Handlungsmustern. Die bestehende Theorienvielfalt und die mangelnde empirische Absicherung mögen ihre Ursache darin haben, dass autoaggressives Verhalten mehr noch als andere Verhaltensweisen ein multifaktorielles Phänomen darstellt. Zum besseren Verständnis sollen einige wesentliche Theorien kursorisch vorgestellt werden:

Vereinfachend lassen sich zwei Paradigmen autoaggressiven Verhaltens unterscheiden: das medizinische und das psychologische Paradigma. Populär könnte man auch von der Trennung zwischen Hardware und Software sprechen. Während sich Biologen und Mediziner vorwiegend mit den organisch-physiologischen Aspekten autoaggressiven Verhaltens beschäftigen, sehen Pädagogen und Psychologen Autoaggression eher in Verbindung mit psychosozialen Phänomenen. In Anlehnung hierzu werden psychotherapeutisch-pädagogische Behandlungsvorschläge von medizinisch-pharmakologischen Therapien zu unterscheiden sein. In der Praxis wird diese idealtypische Trennung zunehmend in Form von mehrfaktoriellen und systemischen Modellen im interdisziplinären Austausch überwunden.

### **1.13.1 Medizinische Modellvorstellungen**

Autoaggression wird hier von biologisch-physiologischer Warte aus, von genetischen Defekten oder vor dem Hintergrund psychiatrischer Störungen betrachtet. Spätestens seit der biologischen Wende in der psychiatrischen Forschung in den 80er Jahren geraten auch im Rahmen von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Geistiger Behinderung zunehmend biologisch-genetische Aspekte in den Vordergrund (cf. AHRBECK, 1996). Für eine organische Mitbedingtheit autoaggressiven Verhaltens werden die erhöhten Autoaggressionsraten bei bestimmten Krankheitsbildern angeführt. Hierzu gehören das Lesch-Nyhan-Syndrom, das Cornelia de Lange-Syndrom und das Gilles de la Tourett-Syndrom sowie das Smith-Magenis-Syndrom (cf. KING, 1993; OLIVER, 1995). Schließlich wird von psychiatrischer Seite eine häufige Komorbidität von autoaggressiver Störung mit Autismus (ROHMANN & HARTMANN, 1992) und Major Depression (MEINS, 1995) berichtet. Auch wird ein gewisser Zusammenhang zwischen Autoaggression und Epilepsie vermutet. Danach könnten autoaggressive Verhaltensweisen auf subklinische epileptische Entladungen, sogenannte „semikritische Spike-Aktivitäten“ zurückgeführt werden. Als Evidenz für diese Hypothese wurde der therapeutisch günstige Effekt von Antiepileptika wie Carbamazepin auch auf aggressives Verhalten hin gedeutet (cf. STEINERT, 1995).

Beim Lesch-Nyhan-Syndrom handelt es sich um eine genetisch bedingte und bisher nur bei männlichen Klienten beobachtete Störung mit einer Prävalenz von 1 zu 100.000 bis 380.000. Auf der physiologischen Ebene liegt ein Defekt des Purinstoffwechsels vor, der seine Ursache im Fehlen des Enzyms Hypoxanthin-Guanin-Phosphoribosyltransferase [HGPRRT] hat. Neben einer ver-

mehrten Ausscheidung von Harnsäure, zentraler Bewegungsstörungen und Geistiger Behinderung recht unterschiedlichen Ausmaßes (IQ zwischen 35-60 bis zu fast normalen Werten) gehören das Auftreten selbstverletzenden Verhaltens zu den typischen Symptomen dieses Krankheitsbildes. Charakteristischerweise neigen Klienten zu Selbstverletzungen im Mundraum (Beißen auf Lippen, Zunge, Wangeninnenseite) und an Fingerkuppen. Diese können schwere Verletzungen und Verstümmelungen wie Verlust einzelner Fingerglieder, Teile der Lippen oder Zunge nach sich ziehen. Autoaggressionen beim Lesch-Nyhan-Syndrom sind zwar sehr häufig, aber dennoch nicht obligat (cf. NEUHÄUSER, 1999).

Das Cornelia de Lange-Syndrom betrifft mit einer Prävalenz von 1 zu 50.000 beiderlei Geschlechter. Bereits bei Geburt sind geringes Gewicht, verzögertes Wachstum und craniofaciale Dysmorphien sowie Fehlbildungen an Händen und Füßen augenfällig. Daneben besteht ebenfalls eine nachweisbare Stoffwechseleränderung. Meist liegt eine ausgeprägte Geistige Behinderung vor. Die ermittelten Intelligenzquotienten schwanken in der Regel zwischen 30 und 50, wobei jedoch auch über annähernd normale Intelligenzwerte berichtet wird. Neben der Neigung zu Stereotypien werden vermehrt Aggressionen und Autoaggressionen bei diesen Patienten beobachtet, allerdings weniger gleichförmig, weniger zwanghaft und weniger dramatisch als dies beim Lesch-Nyhan-Syndrom der Fall ist (cf. NEUHÄUSER, 1999).

Auch bei der Tourette-Störung werden neben den obligaten multiplen motorischen und verbalen Ticks als Komplikationen autoaggressive Tendenzen<sup>32</sup> bis hin zur Selbstverstümmelung erwähnt. Aufgrund der Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität [Attention deficit hyperactivity disorder -ADHA] sind Lernschwierigkeiten hier recht häufig. Die Prävalenz des Syndroms wird bei Knaben mit 1-8 und mit 0,1-4 für Mädchen jeweils pro Tausend angegeben (cf. PETERSON et al. 1995).

Beim Smith-Magenis-Syndrom handelt es sich um eine Deletion des Chromosom 17, wobei ebenfalls erhöhte autoaggressive Verhaltensweisen berichtet werden (COLLEY, et al. 1990). Das äußere Erscheinungsbild ist nur wenig auffällig. Neben einer ausgeprägten Geistigen Behinderung besteht Kleinwuchs und Mikrocephalie. Epileptische Anfälle werden häufig berichtet. Autoaggressive Tendenzen zeigen sich in Abbeißen von Finger- und Fußnägeln, Haarausreißen und auch durch die Neigung Gegenstände in Körperöffnungen zu stecken (cf. NEUHÄUSER, 1997).

Das Auftreten von Autoaggressionen bei den genannten Syndromen, selbst beim Vorliegen normaler Intelligenz, legt die Annahme einer genetisch-physiologischen Basis zumindest eines Teils

---

<sup>32</sup> Nach ROBERTSON et al. (1989) zeigen bis zu 30% der Patienten mit Tourette-Syndrom selbstverletzendes Verhalten.

der Autoaggression nahe. Auf der Suche nach den möglichen Agenzien konzentriert man sich zunehmend auf Neurotransmittervorgänge<sup>33</sup>, insbesondere Dopamin und Serotonin.

Die Dopamin-These (cf. BREESE et al., 1989) geht an Hand von Ergebnissen aus Tierversuchen und durch Befunde bei klinischen Syndromen wie Cornelia-de-Lange-, Lesch-Nyhan-, Rett-, Tourette-Syndrom etc. von einer Beeinträchtigung des dopaminergen Systems aus. Nach VALENSTEIN (1976) führt eine Überaktivität des dopaminergen Systems zu einer Erhöhung des Erregungsniveaus und einer Überempfindlichkeit gegenüber Außenreizen, was in Schutzmaßnahmen der Person, in Stereotypen und selbstverletzendem Verhalten münden kann. LEWIS & BAUMEISTER (1982) berichten über eine Störung des normalenn Gleichgewichtes zwischen Serotonin und Dopamin beim Lesh-Nyhan-Syndrom, was mit häufigen selbstverletzenden Verhaltensweisen assoziiert ist. LEWIS & BODFISH (1995) fanden bei geistig behinderten Personen, die stereotypes und selbstverletzendes Verhalten zeigten, einen nicht näher spezifizierten Dopaminmangel „dopamin deficiency“ und überansprechbare („supersensitive“) Dopaminrezeptoren. Gegen die Dopaminthese wird eingewandt, dass nicht alle Patienten mit klinischen Syndromen wie Lesch-Nyhan, bei denen veränderte Dopaminwerte gefunden wurden, autoaggressiv sind. Ebenso spricht gegen die Dopaminthese die Tatsache, dass bei der Behandlung von Schizophrenie mittels Neuroleptika wie z.B. Phenothiazine, die den Dopaminspiegel unter den normalen Wert absenken, bisher keine Autoaggressionen als Nebenwirkungen bekannt wurden (cf. KING, 1993).

Vor ähnlichen Problemen steht die Serotonin(mangel)<sup>34</sup>-These der Autoaggression<sup>35</sup>. Beim Lesch-Nyhan-Syndrom fanden sich neben Dopamin- auch erniedrigte Serotonin-Spiegel<sup>36</sup>. Veränderungen im Metabolismus des Neurotransmitters scheinen eher Folgen einer vorgelagerten Störung<sup>37</sup> oder unspezifische Epiphänomene der Syndrome zu sein; als Ursache des autoaggressiven Verhaltens konnten sie jedoch nach den bisherigen Ergebnissen nicht eindeutig identifiziert werden<sup>38</sup>.

---

<sup>33</sup> Neurotransmitter sind chemische Botenstoffe, die für die Übertragung von Nervenimpulsen eine wichtige Rolle spielen.

<sup>34</sup> Generell geht heute die Forschung nicht mehr von der Hypothese einer Zwangsstörung als „Hyposerotoninsyndrom“ aus, da sich die Verhältnisse pyhsiologisch-anatomisch als weitaus komplizierter darstellten. cf. HOHAGEN, 2000, p. 47-60.

<sup>35</sup> Interessanterweise findet sich ein erniedrigter Serotonin-Spiegel auch bei depressiven Personen (cf. MÖLLER, 1992), was die Vermutung einer Wesensverwandtschaft zwischen Depression und Autoaggression bestätigt, wie dies schon seit geraumer Zeit von psychoanalytischer Seite dargestellt wird.

<sup>36</sup> GREENBERG & COLEMAN (1973) ermittelten beim Cornelia de Lange-Syndrom, MIZUNO & YUAGRI (1974) beim Lesch-Nyhan-Syndrom und COMINGS (1990) beim Tourett-Syndrom erniedrigte Serotoninwerte im Blut.

<sup>37</sup> Aktuelle Untersuchungen von BRETT et al. (1995) konnten beim Tourette-Syndrom eine genetische Variation der Serotonin Rezeptoren (5-HT<sub>1A</sub>) und des Tryptophan-Oxygenase-Gens nicht bestätigen. Sie schließen damit beide Faktoren als Ursache der veränderten physiologischen Werte bei dieser Störung aus.

<sup>38</sup> Auch bei der Trichotillomanie erwies sich Serotonin nicht als "primary dysfunctional transmitter" (STREICHENWEIN & THORNBY, 1995, p. 1196).

Medizinische Erfolge durch die Gabe von entsprechenden Medikamenten, die in den Neurotransmitterkreislauf eingreifen wie Serotonin Reuptake Hemmer (L-5-HTP), konnten auf der Verhaltensebene jedoch nicht durchgängig aufrecht erhalten werden (cf. MIZUNO & YUGARI, 1974; 75; CASTELLS et al. 1979)<sup>39</sup>.

Günstige Ergebnisse werden aktuell von COHEN et al. 1998 zur Behandlung selbstverletzenden Verhaltens bei Erwachsenen mit Geistiger Behinderung mittels Risperidone, einem Medikament mit antipsychotischer Wirkung, das in den Dopamin- und Serotoninkreislauf eingreift, berichtet.

Weniger von speziellen Krankheitsbildern als vielmehr von allgemeinen Stoffwechselprozessen geht die Endorphin-These (cf. SANDMAN, 1988; 1990) aus. Sie sieht folgenden Prozess: Autoaggressionen führen durch die Freisetzung körpereigener Morphine zu einem, die Schmerzwahrnehmung verringernden, euphorischen und rauschähnlichen Zustand. Dieser wird als äußerst angenehm erlebt und durch neuerliche Autoaggressionen aufrechtzuerhalten versucht. Theoretisch lässt sich so Autoaggression auf zwei Ebenen erklären:

1. als Kreisprozess der Reizverarbeitung und
2. als süchtiges Verhalten.

ad 1.) Der Kreisprozess dreht sich um das Bedürfnis etwas zu empfinden und um die sinkende Sensitivität durch die Ausschüttung der körpereigenen Morphine. Mit anderen Worten: die Autoaggression dient der auf anderem Wege nicht mehr zu erreichenden Stimulation. Die häufig zu beobachtende Eskalation der Autoaggression bis hin zum völligen Kontrollverlust wird hier erklärbar aus dem Bedürfnis, das angenehm erlebte rauschartige Erregungsniveau bei sinkender (Schmerz-) Empfindungssensibilität aufrecht zu halten. Als empirische Evidenz für diese Theorie wird angeführt, dass die Behandlung mit Opiat-Antagonisten (die den körpereigenen Endorphinen entgegen wirken) die Häufigkeit und Heftigkeit autoaggressiver Akte verringern kann (SINGH, SINGH & ELLIS, 1992).

ad 2.) Die zweite Version vergleicht die körperlichen Prozesse mit herkömmlicher Drogensucht. Der Autoaggressive wird mit der Zeit von seiner Endorphinausschüttung körperlich abhängig. Das Mittel oder besser das Verhalten der Wahl, um die Droge zu erhalten und Entzugserscheinungen zu entgehen, ist hier die Autoaggression. Nach dieser Betrachtungsweise müsste die Behandlung mit Opiat-Antagonisten aber geradezu autoaggressive Anfälle provozieren, wofür es allerdings keine empirischen Belege gibt (KING, 1993).

---

<sup>39</sup> Neben dem Verdacht eines Placeboeffektes (ANDERSON et al. 1976) traten zudem innerhalb weniger Monate Toleranzerscheinungen auf (NYHAN et al. 1980). Lediglich eine kombinierte Gabe mehrerer Präparate (L-5-HTP, Carbidopa und Imipramin) zeigte einen gewissen, zeitlich befristeten Erfolg.

Eine Einschränkung beider Endorphintheorien prinzipieller Art ist, dass sie mit ihrer Analyse quasi erst mittendrin beginnt: das erstmalige Entstehen der Autoaggression bleibt unthematisiert. KIRMAYER & CARROLL (1987) versuchen diese Lücke zumindest teilweise zu schließen. Nach ihrer Hypothese entwickeln Kinder, denen es nicht möglich ist ihren Ärger und ihre Wutgefühle auf normalem Weg abzuführen, eine Störung des Schmerzempfindens und eine Verringerung der schmerzbedingten Reflexe, so dass selbstschädigende Handlungen wahrscheinlicher werden und schließlich suchttähnliche Abläufe entstehen.

Gegen die These der generellen Schmerzunempfindlichkeit autoaggressiver Personen steht der relativ häufig beobachtete Zusammenhang zwischen vorausgehenden Schmerzzuständen - wie zum Beispiel bei Mittelohrentzündungen (Otitis media)- und vermehrten Autoaggressionen (cf. ROHMANN & HARTMANN, 1992). Auch die zumindest kurzfristige Verringerung autoaggressiver Handlungen mittels sensorischer Schmerzreize spricht gegen eine Schmerzunempfindlichkeit. Eventuell führt ein zu schnelles Unterbrechen der Autoaggression zu nicht vollumfänglicher Schmerzwahrnehmung, die zudem durch Aufmerksamkeitshinwendung überformt wird.

Nicht zu vernachlässigen sind schließlich Befunde, nach denen Autoaggressionen als allergiebedingte Reaktion auf bestimmte Nahrungsmittel<sup>40</sup> auftreten können, auch wenn hier noch keine wissenschaftlich abgesicherte Ergebnisse sondern meist nur unsystematische Einzelbeobachtungen zu Grunde liegen.

Die Darstellung der medizinischen Modelle lässt erkennen, dass biologische Faktoren durchaus eine wichtige Rolle bei der Manifestation autoaggressiver Störungen spielen. Es wird aber ebenfalls deutlich, dass die identifizierten Wirkmechanismen nicht konsistent das Entstehen und Aufrechterhalten der Autoaggression allein erklären können. Im Sinne des Diathese-Stress-Modells (DAVISON & NEAL, 1988) scheint die Annahme einer biologischen Prädisponiertheit für Autoaggressionen zumindest bei den erwähnten Syndromen berechtigt zu sein. Auf der Grundlage medizinischer Modelle stehen medikamentöse Therapien<sup>41</sup> konsequent an erster Stelle. Insbesondere im institutionellen Kontext lässt sich entsprechend eine (zu) hohe Behandlungsrate durch Psychopharmaka vermuten<sup>42</sup>. Die Kritik einer Übermedikation bezieht sich weniger auf die Krisenintervention bei akuten, schweren autoaggressiven Verhaltensweisen (cf. Bond et al., 1989) als vielmehr auf die einmal eingeführte und dann langfristige und regelmäßige psychopharmakologische

---

<sup>40</sup> So berichtet FLADE (1992) über ein krasses Beispiel einer durch Schokolade und Kaffee ausgelösten schweren aggressiven und autoaggressiven Symptomatik.

<sup>41</sup> Zu den am häufigsten eingesetzten Psychopharmaka gehören Neuroleptika gefolgt von Tranquilisern, Antidepressiva und Antiepileptika (cf. MEINS, 1989a).

<sup>42</sup> MÜHL, et al. (1996) zitieren Untersuchungen aus den USA, wonach die Psychopharmaka-Behandlungsrate zwischen 35% und 50% bei institutionalisierten und zwischen 25% und 35% bei nicht-institutionalisierten Menschen mit Geistiger Behinderung liege.

Behandlung von Menschen mit Geistiger Behinderung mit selbstverletzenden Tendenzen. BATES et al. (1986) „fanden bei psychopharmakologisch behandelten Personen mit Geistiger Behinderung in etwa 50% der Fälle eine Verordnungspraxis, die den allgemein akzeptierten Grundsätzen für eine solche Therapie nicht entspricht.“ (zitiert nach MEINS, 1989a, p. 28). Als Ergebnis resümiert MEINS seine eigene Untersuchung mit der vorsichtigen Feststellung „einer nicht immer nach rationalen Gesichtspunkten erfolgten Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Geistiger Behinderung“ (MEINS, 1989a, p. 34). Eine medizinische korrekte Verordnung von Psychopharmaka sollte klar die Diagnose benennen, auf die sie sich bezieht. Das zu heilende oder minimierende Symptom (die autoaggressive Handlung) sollte eng definiert und in seiner Art und seinem Ausmaß (quantitativ wie qualitativ) erfasst werden. Das Ergebnis der Medikation bezüglich des so spezifizierten Symptoms sollte laufend kontrolliert werden, um gegebenenfalls die Medikation zu ändern.

Auch wenn eine neurophysiologische Bedingtheit selbstverletzenden Verhaltens nicht ausgeschlossen werden darf, so sollte dies nicht zu pädagogischer Resignation führen. Es liegen einige positive Resultate nicht medizinischer Programme zum Abbau der Autoaggression selbst bei Lesch-Nyhan-Patienten vor (cf. DUKER, 1975b; ANDERSON et al., 1978; KOCH et al., 1979).

### **1.13.2 Psychogenetische Erklärungen**

Gemeinsamer Nenner psychogenetischer Ansätze autoaggressiven Verhaltens ist die Suche nach individuell-psychischen oder psychosozialen Wirkfaktoren der Entstehung und Fortdauer der Autoaggression. Einige dieser Überlegungen können schon auf eine lange historische Entwicklung zurückblicken, während andere Modelle erst aktuell ausgearbeitet wurden. Psychogenetische Theorien fokussieren auf die lerngeschichtliche Erfahrung der Person und die Funktion autoaggressiven Verhaltens im sozialen Kontext.

#### **1.13.2.1 Psychoanalytische Deutungsmuster**

Psychoanalytische beziehungsweise psychodynamische Vorstellungen zu Beginn dieses Jahrhunderts sensu FREUD (1905; 1938) gingen von einer Triebstruktur des Menschen aus. Den lebensbejahenden und auf Vereinigung zielenden Impulsen des Eros setzte Freud später die destruktiven und zerstörerischen Tendenzen des Thanatos gegenüber. Autoaggressionen lassen sich nun als Manifestationen dieser Impulse auffassen. Einen sehr weiten Bogen spannt DOGS (1980), indem er sowohl körperliche Erkrankungen wie Krebs als auch seelische Störungen auf selbstzerstörerische Kräfte im Menschen zurückführt. Nach psychoanalytischem Selbstverständnis könne es zu selbstverletzendem

Verhalten dort kommen, wo z.B. eine allzu mächtige Überich-Instanz dem Individuum nicht erlaube, seine Aggression offen dem eigentlich gemeinten Objekt (z.B. der Mutter) zu zeigen (FREUD, A. 1954; 1968). Die ursprüngliche Aggression richte sich so auf das Selbst und gerate zur Autoaggression. Ähnlich sieht MENNINGER (1935) verdrängte Wut und BERES (1952) verdrängte Schuldgefühle als Ursache autoaggressiver Verhaltensstörungen.

Auf psychodynamischen Entwicklungsvorstellungen beruhend sieht die Hypothese von HARTMAN et al. (1949) Kinder mit Schweren Geistigen Behinderungen nicht in der Lage, zwischen *Ich* und *Nicht-Ich* zu unterscheiden. Autoaggressive Handlungen lassen sich sodann als Versuche der Erforschung der eigenen Körperrepräsentation („ego boundaries“) verstehen (cf.: BYCHOWSKI, 1954; GREENACRE, 1954; GREEN, 1967).

Unter Heranziehung des psychoanalytischen Libidokonzeptes vermutet SPITZ (1972) eine frühe Störung in der Etablierung einer Objektbeziehung zwischen Mutter und Kind. Dies führe dazu, dass das Kind auf der psychosexuellen Stufe des primären Narzismus verbleibe und seine libidinöse Energie in rhythmischen Jaktationen bis hin zu selbstverletzenden Verhaltensweisen umsetze. Als Ursache für diese autoerotische Fixierung werden inkonsequentes und widersprüchliches Verhalten der Hauptbezugspersonen genannt.

Andere Autoren psychoanalytischer Provenienz heben den destruktiven Charakter selbstverletzender Verhaltensweisen hervor. GREEN (1968) markiert Über-Ich induzierte Selbstbestrafungen als Hintergrund autoaggressiven Verhaltens, während FREDERICK & RESNIK (1971) von symbolischen Suizidhandlungen schreiben.

Neuere psychodynamische Ansätze thematisieren wieder stärker die emotionale Dimension, nun aber vor allem unter kommunikativen Gesichtspunkten. Danach ist die Autoaggression ein Versuch, sich vor negativen Gefühlen wie Einsamkeit, Trauer usw. zu schützen oder diese Gefühle nonverbal auszudrücken (CONN & LION, 1983). Autoaggression als mögliche Reaktion bei Ärger beschreibt WEBER, H. (1992).

Erwähnenswert ist auch der Ansatz der sekundären Behinderung „secondary handicap“ (cf. SINASON, 1986). Behinderte entwickeln nach dieser Theorie eine weitere Einschränkung dadurch, dass sie sich gewissermaßen eine zweite Störung hier die Autoaggression als Abwehrmechanismus borgen. Die Abwehr kann sich gegen Mitleidsgefühle oder negativ erlebte Aufmerksamkeit durch die soziale Umgebung richten, aber auch vor Überforderung oder Anstrengung schützen.

SINASON (1986) unterscheidet drei Kategorien der sekundären Behinderung:

1. Milde sekundäre Behinderung besteht im Übertreiben der ursprünglichen Behinderung (sich ungeschickter anstellen als man ist).
2. Opportunistische Behinderung als zusätzliche Persönlichkeitsstörung mit starken negativen Gefühlen (z. B. Neid und Hass).

3. Behinderung als Abwehrmechanismus gegen (frühere) Traumatisierungen zum Schutz des Selbst vor belastenden Gedächtnisinhalten und Gefühlen (z.B. Scham und Schuld).

Hier ergeben sich nicht nur Berührungspunkte zu verhaltenstheoretischen Überlegungen der positiven Verstärkung autoaggressiven Verhaltens, sondern auch Fragen zu den sozialen Kontexten, in denen das Individuum auf sekundäre Behinderungen zurückgreift (cf. Kap. 5.4).

Es gehört zweifellos zum Verdienst psychodynamischer Autoaggressionstheorien, als erste darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass selbstverletzendes Verhalten vom individuellen Standpunkt aus nicht sinnlos erscheinen mag, sondern eine wichtige Funktion für das Individuum erfüllen kann, auch wenn sich das Individuum dieser Bedeutung nicht immer bewusst ist. Psychoanalytische Theorien haben auch frühzeitig auf die Bedeutung des Einbezugs der sozialen Umwelt für die Entstehung und Therapie autoaggressiver Verhaltensweisen hingewiesen. Empirische Untersuchungen zu psychodynamischen Theorien autoaggressiven Verhaltens stehen aber vor dem schwierigen Problem, die hypothetischen Konstrukte zu operationalisieren, ohne ihren symbolischen Gehalt aufzugeben. Es liegen nur wenige Studien vor, die sich explizit mit psychoanalytischen Autoaggressionsannahmen beschäftigen. Zudem fehlt es an empirischen Ergebnissen, die entsprechende psychodynamische Theorien bestätigen. KRAVITZ et al. (1960) konnten zeigen, dass eine Störung der Mutter-Kind-Beziehung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle autoaggressiver Verhaltensweisen nicht vorliege. Auch die Annahme der Autoaggression als Folge nicht realisierbarer Fremdaggression ließ sich nicht bestätigen, da in einer Vielzahl von Untersuchungen sowohl auto- als auch fremdaggressive Verhaltensweisen parallel beobachtet wurden (cf. DIZMANG & CHEATHAM, 1970). Schließlich herrscht nicht nur bezüglich der theoretischen Vorstellungen sondern auch bezüglich der Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungskonzepte große Skepsis vor (cf. CARR, 1977; O'BRIEN, 1981)<sup>43</sup>. Andererseits finden sich durchaus Einzelfallstudien erfolgreicher Intervention auf psychoanalytischer Basis (z.B. BALBERNIE, 1987), wobei auf die besondere Bedeutung der Mitarbeit der Betreuungspersonen hingewiesen wird (cf. GAEDT, 1994). Ein Standpunkt, der auch vom systemischen Paradigma vehement propagiert wird (cf. Kap. 5.4.3).

### **1.13.2.2 Entwicklungspsychologische Autoaggressionstheorien**

Zu den am häufigsten replizierten Befunden gehören die Angaben über autoaggressive Tendenzen bei Säuglingen und Kleinkindern (cf. LOURIE, 1949; SHENTOUB & SOULAIRAC, 1961;

---

<sup>43</sup> Ihren Überblick psychodynamischer Ansätze der Autoaggression schließen SCHROEDER et al. mit der Feststellung: "What little research is available on these theories does not support such interpretations, and most psychotherapeutic methods have been ineffective in treating SIB." (1990, p. 114)

De LISSEVOY, 1962; KRAVITZ & BOEHM, 1971; TRÖSTER, 1994). Fasst man diese Befunde zusammen, so ergibt sich bei gesunden und normalintelligenten Kindern eine relative Häufung autoaggressiver Verhaltensweisen in den ersten zwei bis drei Lebensjahren. Wie die Beobachtungen zeigen, verschwindet dieses Verhalten im Normalfall spätestens zwischen dem vierten und fünften Lebensjahr wieder.

Überall dort, wo diese Remission nicht auftritt, verstärkt sich der Verdacht einer frühkindlichen Psychose oder Geistigen Behinderung (cf. BREZOVSKY, 1985). Der entwicklungspsychologischen Interpretation nach bewegen sich selbstverletzende Verhaltensweisen in den ersten Lebensjahren durchaus im Bereich des Normalen. PIAGET (1969) wies auf die Bedeutung repetitiver Bewegungsmuster für die kognitive Entwicklung des Kindes hin. Zu Beginn der sensorischen Phase (1. bis 4. Lebensmonat) erfolgen die Bewegungen meist ungezielt und überschießend. Eine Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich erfolgt noch nicht bzw. noch nicht konsistent. Beißt sich nun beispielsweise das Kind auf den Daumen, bringt es den Schmerz noch nicht in Verbindung mit seinem eigenen Handeln. Erst im Laufe der ständigen Wiederholung und des Antizipierens der Handlungsfolgen bilden sich entsprechende kognitive Verknüpfungen heraus. Später (4. bis 9. Monat) bezieht der Säugling auch Objekte aus seiner Umgebung in seine repetitiven Bewegungen ein. Aus den frühkindlichen Bewegungsmustern können Stereotypen und Autoaggressionen entstehen (cf. KISCHKEL & STRÖMER, 1986).

Für die Wahl autoaggressiver Handlungen kommen mehrere Gründe in Frage: fehlende oder ungenügende Rückmeldung eigener körperlicher Sensationen z.B. angeborene Schmerzunempfindlichkeit (Analogie), mangelnde Fähigkeit der Verarbeitung der zurückgemeldeten Kontingenzen, mangelnde sensorische Stimulation (SALLUSTRO & ATWELL, 1978; FRÖHLICH, 1992).

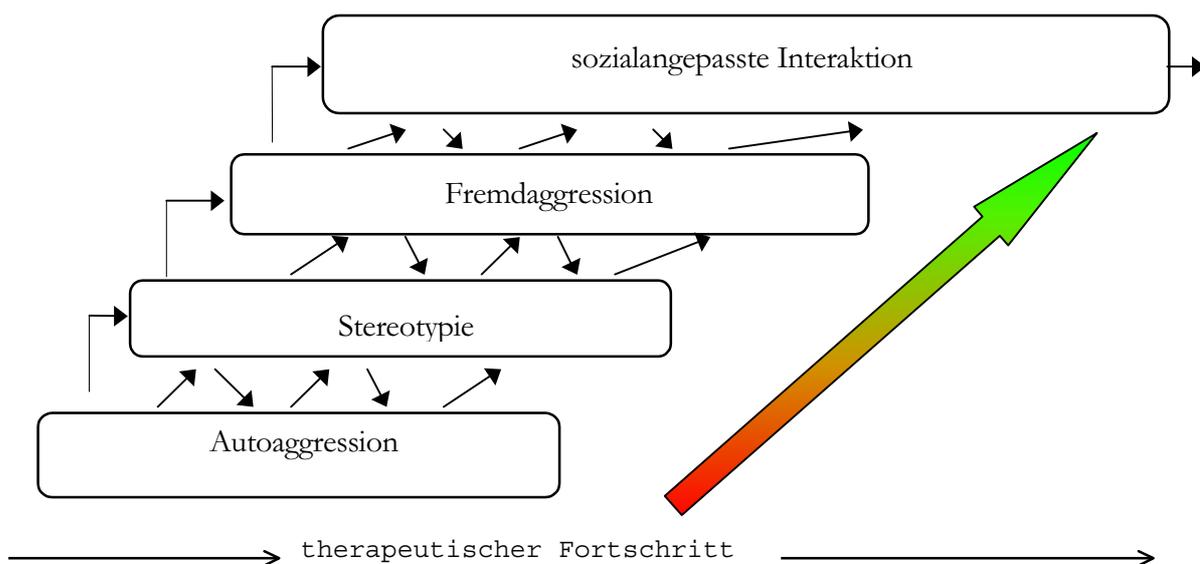
Gemäß der entwicklungspsychologischen Vorstellung entsprechen selbstverletzende Verhaltensweisen dem Verharren oder der Regression auf den frühesten rhythmischen und repetitiven Bewegungsmustern. Autoaggression stehe somit entwicklungsfunktionell noch unterhalb manipulativ-stereotyper Bewegungsstörungen. Damit lässt sich auch in Verbindung bringen, dass sich häufig ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Geistigen Behinderung und dem Ausmaß autoaggressiver Verhaltensweisen finden lässt (cf. BARTAK & RUTTER, 1976; EYMAN & CALL, 1977; O'BRIEN, 1981).

Insgesamt ist die entwicklungspsychologische Forschung autoaggressiver Phänomene jedoch noch nicht befriedigend weitergekommen. So kann sie nicht erklären, wieso manche Kinder mit Geistiger Behinderung trotz niedrigem strukturellem IQ nicht autoaggressiv werden. Was sind (Entwicklungs-) Bedingungen, die ein Kind autoaggressiv werden lassen? Unter welchen Umständen verflüchtigt sich das Verhalten wieder? Antworten auf diese Fragen bleibt der Ansatz größtenteils

ebenso schuldig, wie auch nur indirekt Hinweise für vorbeugende und erzieherische Maßnahmen bereitgestellt werden.

Zumindest gebührt dem Ansatz das Verdienst, selbstverletzendes Verhalten auch als (entwicklungs) diagnostische Information nutzbar gemacht zu haben. Demnach ist autoaggressives Verhalten ein Indikator für das Stehenbleiben oder die Regression auf einer frühkindlichen Entwicklungsphase. Beim Vorliegen autoaggressiver Verhaltensweisen sollte daher die Hypothese untersucht werden, ob nicht zumindest Teile der Persönlichkeitsstruktur auf einem sehr niedrigen Entwicklungsalter anzusiedeln sind. Eventuell werden dann Überforderungen sichtbar, die als Auslöser der Autoaggression minimiert werden können. Gerade für Personen mit Schwerstmehrfachbehinderung und mit einem entsprechend sehr niedrigen Entwicklungsalter (4-6 Monate) hat FRÖHLICH (1992) ursprünglich das Konzept der Basalen Stimulation vorgesehen.

In analoger Betrachtung lässt sich aus dem entwicklungspsychologischen Ansatz auch der Erfolg therapeutischer Bemühungen evaluieren (siehe Abb. 6):



**Abbildung 6** Stufen der Entwicklung von der Autoaggression zu sozial angepasstem Verhalten

Stehen Autoaggressionen in der Entwicklung vor stereotypen Bewegungsmustern, so kann die Zunahme einiger stereotyper Verhaltensweisen unabhängig von der autoaggressiven Thematik als Indiz für den therapeutisch richtigen Weg angesehen werden. Nimmt man noch psychodynamische und kognitive Überlegungen hinzu, so sind auch (fremd-) aggressive Handlungen durchaus als Wegmarken innerhalb einer erfolgreichen Autoaggressionsbehandlung zu deuten. An deren Ende steht, bisweilen nach einem wechselvollen Auf und Ab der Verhaltensweisen, der Erwerb sozialan-

gepasser Verhaltensweisen, um sich seiner Umwelt mitteilen und eine ausreichende Bedürfnisbefriedigung erlangen zu können.

Tatsächlich kann man dieses theoretische Modell in der Praxis zumindest bei einigen autoaggressiven Personen wiederfinden. Problematisch gestaltet sich der weitere therapeutische Fortschritt jedoch, wenn von der sozialen Umwelt die aggressiven Reaktionen als wesentlich aversiver und bedrohlicher erlebt werden, sozialverträgliche Interaktionsformen noch nicht wahrgenommen wurden und eine Regression in autoaggressive Phasen geradezu gewünscht wird. Die Phase des (Wieder-) Aufflammens von Stereotypen kann auch bisweilen übersprungen werden, vornehmlich dann, wenn die Autoaggression reaktiv als Vermeidungs- oder Erlangungsverhalten eingesetzt wurde (cf. Kap. 5.4.2.3.).

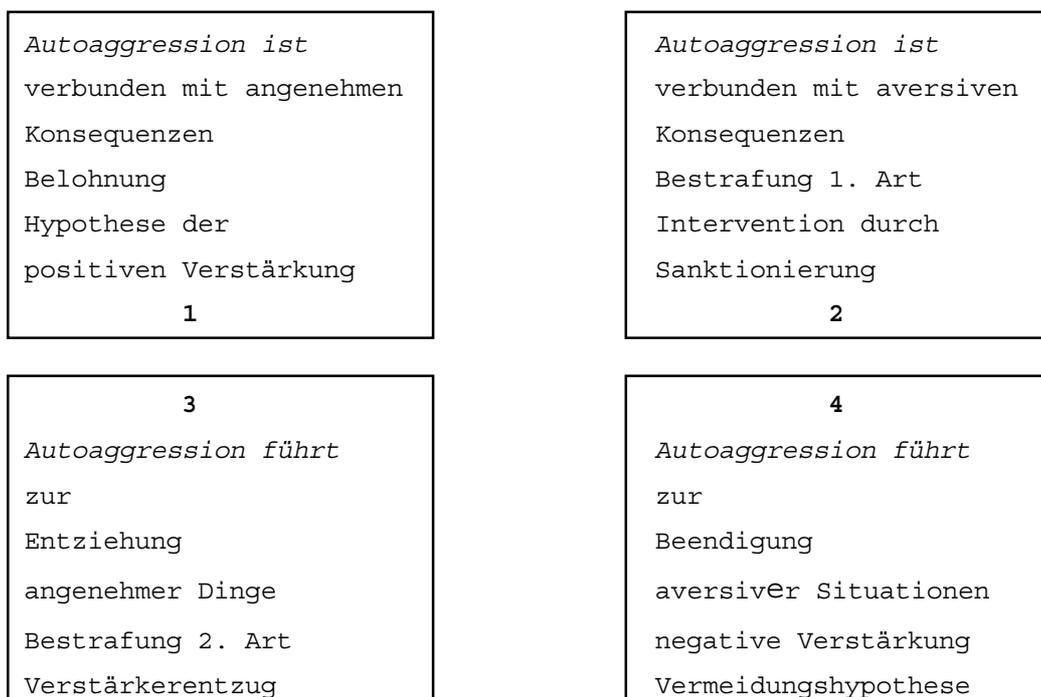
### **1.13.2.3 Lernpsychologische Theorien**

Lern- oder verhaltenstherapeutische Konzeptionen haben einen dominanten Platz in psychologischen und pädagogischen Erklärungsmodellen eingenommen und wurden auch zumindest zeitweise bereitwillig in der Behindertenarbeit aufgenommen. Eine allgemeine Darstellung der Axiome der Lerntheorie würde weit über den Rahmen der Arbeit hinausgehen. Soweit es das Verständnis der folgenden Kapitel erfordert, werden jedoch die jeweiligen zugrundeliegenden theoretischen Annahmen kurz erläutert. Das gemeinsame Kondensat lerntheoretischer Modelle ist die Vorstellung, autoaggressives Verhalten sei, wie anderes Verhalten auch, erlernt und unterliege damit den als allgemeingültig erachteten Lerngesetzen. Nach den Paradigmen des klassischen und des operanten Konditionierens sowie gemäß den Vorhersagen des Modelllernens reduziert sich damit Autoaggression als Reflexverbindung, als Funktion der herrschenden Verstärkerbedingungen sowie als Funktion der vorhandenen sozialen Modelle:

Nach dem Paradigma des klassischen Konditionierens kann spekuliert werden, ob Autoaggression bei Menschen mit Geistiger Behinderung ein Reflexresiduum darstellt, das immer dann reaktiviert werde, wenn (diskriminative Reize für) angst- oder stressbesetzte Situationen auftauchen. Dahinter steht die Annahme, Autoaggression sei ein entwicklungspsychologisch spontan auftretendes Verhalten im Falle heftiger emotionaler Erregung oder einer Bedrohung. Treten nun die Hinweisreize häufig genug (auch ein einziger prägender Moment kann schon genügen) zusammen mit der unangenehm empfundenen Situation auf, so mögen die Hinweisreize bald schon alleine zum Auslösen der Autoaggression genügen. Ein Beispiel hierzu ist die bisweilen beobachtbare Zunahme autoaggressiver Akte beim Anblick eines Zahnarztstuhles. Es ist aber auch ein unmittelbarer Zusammenhang denkbar: unerträglicher Lärm, flackernde Neonröhren, penetrante Fliegen, Effekte der Masierung und des Crowding mit mangelnden sozialen Rückzugsmöglichkeiten können Nervosität

und bei entsprechend anfälligen Personen Autoaggressionen auslösen (cf. HEINRICH, 1993). Die Beseitigung dieser Stressoren sollte, wo immer möglich, realisiert werden. Wenngleich hier vermutlich nur Auslösemechanismen vorliegen, so kann allein schon eine Reduzierung der Personen im Raum eine Senkung autoaggressiver Verhaltensraten nach sich ziehen.

Die Kernthesen des operanten Konditionierens sehen als zentralen Punkt die Konsequenzen des Verhaltens an. Danach sind die herrschenden Verstärkerbedingungen verantwortlich dafür, ob ein Verhalten beibehalten oder aufgegeben wird. Umgekehrt kann man auch formulieren, dass das Verhalten funktional eingesetzt wird, um eine bestimmte Konsequenz zu erhalten. Aus den Dimensionen Belohnung versus Bestrafung und Darbietung versus Entziehung ergeben sich die folgenden vier möglichen Ansätze:



**Abbildung 7** Lerntheoretische Kontingenzmodelle und Autoaggression

Während die angegebenen Konsequenzen des ersten und vierten Quadranten die Häufigkeit und Heftigkeit autoaggressiver Verhaltensweisen vermutlich erhöhen, repräsentieren die Quadranten 2 und 3 pädagogische Ansatzpunkte zur Destabilisierung und Verminderung selbstverletzenden Verhaltens.

Wendet man nun dieses Model konsequent zur Erklärung autoaggressiven Verhaltens an, so lassen sich formal zwei Hypothesen unterscheiden:

1. die positive Verstärkung der Autoaggression und
2. die autoaggressive Vermeidungstheorie.

### 1.13.2.3.1 Hypothese der positiven Verstärkung

Hier wird Autoaggression als ein operantes Verhalten thematisiert, das durch wie auch immer gear- tete positive Konsequenzen verstärkt wird. Es liegen mittlerweile viele Veröffentlichungen vor, die das Aufrechterhalten von Autoaggressionen durch „reinforcing consequences“ (OLIVER, 1995, p. 991) bestätigen. Verstärker können hierbei sowohl einfache sensorische Reize, wie das Farben- o- der Sternchensehen bei einem Schlag auf das Auge, als auch komplexe sozial vermittelte Stimuli darstellen. Veränderungen in der Aufmerksamkeitszuwendung der sozialen Umwelt gehören zu den wahrscheinlichsten Reaktionen, mit denen eine autoaggressive Person rechnen darf. Betrachtet man die soziale Situation der Autoaggression, so stellt man mitunter verblüfft fest, dass das selbst- verletzende Verhalten in weiten Teilen durch Betreuungspersonen oder aber durch Peergruppe- Angehörige häufig positiv verstärkt wird. Zu den positiven Konsequenzen zählen Aufmerksam- keitshinwendung und Zuwendung bis hin zu intensiver körperlicher Berührung (cf. ROHMANN & HARTMANN, 1985). Auch das Anrufen, Schimpfen, Festhalten und Fixieren kann individuell positiv verstärkend wirken. Mitunter verfestigt sich das selbstverletzende Verhalten durch das Auf- schaukeln ungünstiger Lernerfahrungen:

Beim Auftauchen der ersten Autoaggressionen versuchen die Betreuer das Verhalten zu ignorieren. (Dies gelingt jedoch bisweilen nicht allen Bezugspersonen und ist nur bis zu einem bestimmten Grad der Autoaggression ethisch und rechtlich vertretbar). Was folgt ist eine gegenseitige Lern- erfahrung, mit der Möglichkeit unterschiedlicher Weichenstellungen. So kann die sich selbstverlet- zende Person ihre autoaggressiven Akte wiederholen und steigern. Bei den Bezugspersonen erhöht dies den Stress und die Anspannung, was das Aufgeben der Missachtung wahrscheinlicher werden lässt. In der folgenden autoaggressiven Phase können die Bezugspersonen das selbstverletzende Verhalten eventuell bereits etwas länger ertragen, geraten aber zwangsweise wieder an einen End- punkt ihrer Strategie des Nichtbeachtens, wenn das Verhalten eskaliert. Schließlich entsteht eine Lerngeschichte, die vergleichbar ist mit einem intermittierenden, progressiv ausschleichenden Ver- stärkerplan, von dem bekannt ist, dass er ein sehr löschungsresistentes Verhalten produziert (cf. GAGE & BERLINER, 1986). Zusätzlich beschleunigt wird dieser Lernprozess dadurch, dass mit- unter die positive Verstärkung (z.B. die Aufmerksamkeit) nach Beendigung der Autoaggression so- gleich wieder entzogen wird (cf. OLIVER, 1995). Aus den dargelegten Misserfolgsgefahren und dem Konflikt zu „elementarem mitmenschlichem Gefühl“ rät WENDELER (1993, p. 179) von Ignorieren gänzlich ab.

Unter Berücksichtigung von motivationstheoretischen Überlegungen kann angenommen werden, dass die positive Verstärkung um so wesentlicher wirkt, je weniger das generelle Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Zuwendung der Personen mit Geistiger Behinderung anderwärtig realisiert

werden kann. Vielleicht liegt darin eine Erklärung für den Befund, dass in Heimsituationen, die wenig Stimulation und Aufmerksamkeit bieten, Autoaggressionen häufiger zu beobachten sind (cf. HETTINGER, 1996).

Auch ein ungünstiger Betreuungsschlüssel mag langfristig die Deprivationen in der Bedürfnisbefriedigung der institutionalisierten Personen so nachhaltig prägen, dass Autoaggressionen zum einzig möglich erscheinenden Ausweg werden, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen. Allerdings treten selbstverletzende Verhaltensweisen bisweilen selbst in günstigen sozialen Umwelten auf, lässt sich kein Situationsbezug erkennen und können keine positiven Verstärker identifiziert werden.

Eine negative Verstärkung auf sensorischer Ebene liegt vor, wenn das vorübergehende Lindern irritierender Ohrenscherzen durch ein festes Drücken oder Schlagen auf das betroffene Ohr erreicht wird. Auf physiologischer Ebene können auch intrinsische Verstärkungen eine wesentliche Rolle spielen<sup>44</sup> (siehe Kap. 5.4.1).

#### **1.13.2.3.2 Vermeidungshypothese**

Auf der Grundlage der Arbeiten von SKINNER (1953) wird angenommen, dass ein Individuum sich unangenehmen Reizen aussetzt, wenn ein noch stärker aversiver Reiz dadurch vermieden werden kann. Vermeidungslernen ist im Alltag ein häufig zu beobachtendes Phänomen. Autoaggression wird von dem Individuum eingesetzt, um eine unangenehm oder bedrohlich erlebte Situation zu beenden oder gar nicht erst aufkommen zu lassen.

In generalisierter Form konstatiert die Anstrengungsvermeidungshypothese, dass das Individuum gelernt habe, durch den Einsatz der Selbstverletzung sich vor Anstrengungen oder aversiven Situationen zu schützen. So berichten TAYLOR et al. (in Druck) von einem 8-jährigen Jungen, der mittels Autoaggressionen sich vor schwierigen Aufgaben zu schützen suchte („he engaged in self-injury to avoid demanding tasks“). Das Vermeidungslernen wird in aller Regel von heftigen emotionalen Reaktionen begleitet. Ein erfolgreiches Abblocken des ursprünglich antizipierten aversiven Reizes und die hohe Affektladung tragen dazu bei, dass das Verhalten sehr resistent gegenüber Lösungsversuchen bleibt.

---

<sup>44</sup> Im engen Bezug zur sensorischen Verstärkung stehen einige bereits dargestellte physiologische Ansätze. Selbststimulation und Endorphinfreisetzung lassen sich demnach als intrinsische Verstärkungen auffassen. ROHMANN & ELBING 1998 sprechen hier von endoreaktivem selbstverletzenden Verhalten (siehe Kap. 5.4.3.3).

Die Retrospektion der biographischen Lerngeschichte der Vermeidung ergibt beim Anlaufen therapeutischer Interventionen in der Regel einen gewissen, wenngleich meist nur noch fragmentarischen Erkenntnisgewinn. Zumal die Klienten häufig zu Selbstberichten nicht in der Lage sind und der ursprüngliche Situationskontext längst nicht mehr bestehen mag. Das Selbsthilfepotenzial ist meist durch die feste Verhaltensgewohnheit stark eingeschränkt, selbst wenn aktuell andere Lösungsmöglichkeiten vorhanden sind, um der aversiven Situation zu entgehen<sup>45</sup>.

Die autoaggressiven Abwehrgesten bei Menschen mit autistischen Störungen lassen sich ebenfalls als Vermeidung ihrer sozialen Distanzverletzungen interpretieren. Ganz im Sinne der Konditionierungsprozesse wird auch das scheinbar paradoxe Verhalten einiger autoaggressiver Personen verstehbar, die sich Fixierungen widerstandslos anlegen lassen, ja geradezu darauf drängen, fixiert zu werden (cf. CORTE, et al. 1971; TATE, 1972). Diente ursprünglich die Autoaggression dazu, einen unangenehm empfundenen Zustand zu beenden, so mag diese Funktion die Fixierung übernommen haben. Beim Lösen der Fixierung steht die Vermeidung in Gefahr. Andererseits mag die Fixierung aber auch eine gewisse Sicherheit und Geborgenheit vermittelt haben, nach der sich die autoaggressive Person sehnt (positive Verstärkung). Liegt der Autoaggression aber tatsächlich ein reaktives Vermeidungsmoment zu Grunde, so gilt es zu suchen, welche Mechanismen das Verhalten noch immer aufrecht erhalten, was vermieden werden soll und wodurch eventuell auf eine weniger drastische Art und Weise Ähnliches erreicht werden kann. Die Vermittlung eines auf Äquifinalität gegründeten Alternativverhaltens besitzt hier ein hohes Erfolgspotenzial.

Neben den zeitlich zurückliegenden Bedingungen spielen natürlich auch aktuelle Aufrechterhaltungsbedingungen eine bedeutende Rolle. So mögen in den besonders von autistischen Personen als aversiv erlebten sozialen Interaktionen ständig wiederkehrende Auslöser autoaggressiver Verhaltenssequenzen liegen. Die Gefahr, dass es zu Kontakten mit anderen kommt, wächst natürlich mit der Anzahl der Personen im sozialen Habitat. Reaktive aggressive und autoaggressive Akte erweisen sich meist als sehr erfolgreich, soziale Kontaktaufnahmen in einem begrenzten Raum zu verhindern. Abhilfen sind hier die Schaffung von Rückzugsnischen und der schrittweise Aufbau sozialer Interaktionsfähigkeit. Erfolgreiche Vermeidung und positive Verstärkung laufen in vivo häufig Hand in Hand, so dass die Autoaggression doppelt belohnt wird.

Dennoch lässt sich in einigen Fällen autoaggressiver Verhaltensweisen ein zu vermeidender aversiver Situationsbezug oder eine positive Verstärkung nicht ausmachen, so dass neben den Mechanismen der Verstärkung oder Vermeidung noch weitere Faktoren angenommen werden müssen.

---

<sup>45</sup> Das Erklärungsmodell besitzt darin eine gewisse Ähnlichkeit zum Konzept der "erlernten Hilflosigkeit" (SELIGMAN, 1995), aus der die Betroffenen aus alleinigem Antrieb auch nicht mehr herausfinden.

### 1.13.2.3.3 Autoaggression als Modellverhalten

Insbesondere in Institutionen dürften auch Phänomene des Modelllernens bei der Ausbreitung autoaggressiver Verhaltensweisen eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Erlebt ein Heimbewohner die positive Verstärkung eines anderen Bewohners im Gefolge einer Autoaggression, so mag dies durchaus zu einer Übernahme des Modellverhaltens durch einen bis dato noch nicht autoaggressiven Bewohner führen können. Bei einer ungünstigen Gruppenkonstellation kann gar eine autoaggressive Konkurrenz um die Gunst der Aufmerksamkeit durch die Betreuer entstehen. Das Stressniveau in einer ganzen Gruppe erhöht sich, was bei dem ein oder anderen wiederum zum Ausbruch selbstverletzender Tendenzen führen kann. Andererseits könnte vermutet werden, dass sensorische und kognitive Einschränkungen die Wahrscheinlichkeit der Wahrnehmung und Übernahme von Modellverhaltensweisen mit der Zunahme des Behinderungsgrades eher geringer werden ließen. Empirische Befunde sehen jedoch gerade im Widerspruch hierzu höhere Autoaggressionswerte bei stärker Behinderten (cf. ROHMANN & HARTMANN, 1992).

Verhaltenstheoretische Modelle stellen ihre Überlegungen gerne in Form von Flussdiagrammen oder Blockschaltplänen dar. Für die Autoaggression ergibt sich unter Ausblendung systemischer und rekursiver Elemente folgendes Schema:

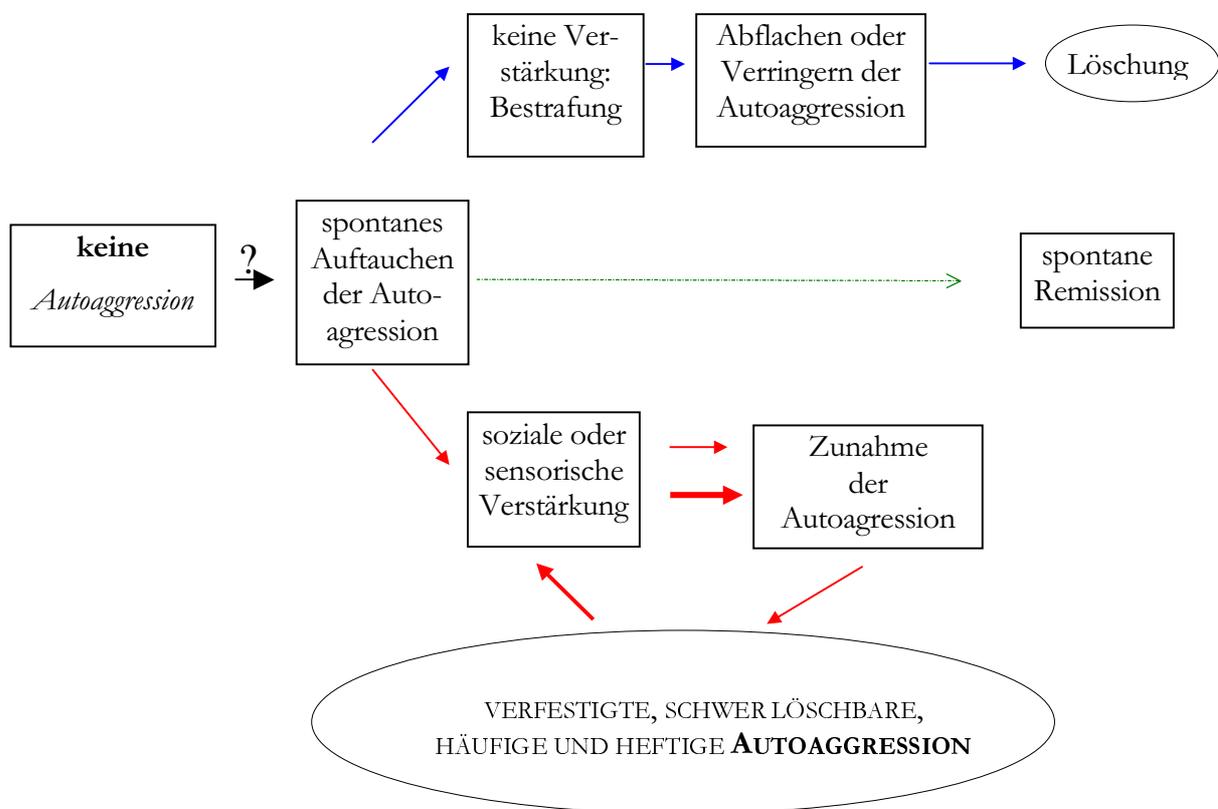


Abbildung 8 Verhaltenstheoretisches Modell der Autoaggression

Trotz des hohen Formalisierungsgrades<sup>46</sup> und der theoretischen Stringenz bleibt aber eine große Lücke im lerntheoretischen Erklärungsmodell. Letztendlich wird nur beschrieben, wie ein bereits aufgetretenes autoaggressives Verhalten aufrechterhalten, verstärkt und günstigsten Falles wieder abgebaut werden kann, nicht aber wie und warum es ursprünglich entstanden ist. Die Ausblendung motivationaler, emotionaler und kognitiver Faktoren sowie die Nichtberücksichtigung situativer und systemischer Aspekte erweist sich als wesentlicher Mangel der Modellvorstellungen. Einen speziellen Weg, die Grenzen des Lerntheoretischen Modells auch auf die prä-autoaggressive Phase auszudehnen, sehen GARDENER & SOVNER (1994) in der Hereinnahme homöostatischer Regulationsprozesse. Ihr Stimulationsmodell verknüpft das individuelle Bedürfnis nach einem bestimmten Erregungsniveau mit lerntheoretischen Konzepten der Verhaltensaushöpfung.

Danach tritt infolge einer Unterstimulation, beispielsweise durch eine eintönige und wenig abwechslungsreiche Umwelt, zuerst stereotypes Verhalten auf. Dieses wird gespeist aus dem Bedürfnis nach Aufrechterhaltung einer gewissen physiologischen Stimulation. Mit der Zunahme der Bewegungsintensität und vermutlich ersten eher aleatorischen Autoaggressionen steigt nicht nur die Erregung, sondern auch die Wahrscheinlichkeit einer Rückmeldung durch die soziale Umwelt. Durch kontingente Verstärkung kann sich so aus der ursprünglichen Stereotypie immer stärker autoaggressives Verhalten kristallisieren. Die Person hat aus der Erfahrung gelernt, je intensiver die selbstverletzenden Verhaltensweisen sind, um so sicherer ist die Erregung und soziale Beachtung.

Zum kaum bestrittenen großen Verdienst verhaltenstheoretischer Modelle gehört die Bereitstellung klar strukturierter Anweisungen und Behandlungsmodelle der Autoaggression. Sie schufen damit bei Betreuungspersonen ein Gefühl der Handlungskompetenz und erleichterten eine professionelle Distanz, da Bindungen und Beziehungsaspekte eher in den Hintergrund traten<sup>47</sup>.

In den frühesten Arbeiten zur Theorie der Entstehung und Behandlung selbstverletzender Verhaltensweisen auf verhaltenstherapeutischer Basis wurden konsequentes Ignorieren, weitgehendes Nichtbeachten und Entzug von Aufmerksamkeit eingesetzt (cf. WOLF et al. 1964; LOVAAS et al. 1965). Löschungsmethoden allein erwiesen sich allerdings schnell als unzureichend. Intrinsisch motivierte Autoaggression entzieht sich hier ebenso der Löschung durch Ignorieren wie alle lebensbedrohlichen Formen selbstverletzenden Verhaltens.

---

<sup>46</sup> Noch stärker formalisiert kann nach der allgemeinen Verhaltensgleichung  $B = f(A * C)$  auch autoaggressives Verhalten (**B** = behaviour) als Funktion von vorausgehenden Reizbedingungen (**A** = antecedents) und wesentlichen dem Verhalten (**B**) folgenden Konsequenzen (**C** = consequences) beschrieben werden [cf. ROJAHN & WEBER 1995].

<sup>47</sup> "Verhaltensmodifikation und Verhaltenstherapie sind psychologische Methoden, die in den letzten 30 Jahren zu den wirksamsten Interventionen bei autistischen und geistig behinderten Menschen geworden sind." (BERNARD-OPITZ, 1995, p. 298).

Aber selbst bei operanter, nach Aufmerksamkeit und sozialer Verstärkung heischender Autoaggression kann nur in den seltensten Fällen ein Umweltarrangement realisiert werden, das konsequentes Ignorieren tatsächlich gewährleistet (siehe Kap. 7.6). Gezieltes und planmäßiges Ignorieren des autoaggressiven Verhaltens ist zudem nur dann erfolgversprechend, wenn in autoaggressionsfreien Zeiten gleichzeitig Alternativverhaltensweisen angeboten und aufgebaut werden. Dies erfordert gewisse personale Voraussetzungen und räumliche Umweltangebote, die gegebenenfalls erst geschaffen werden müssen.

Schließlich mag das völlige Nichtbeachten des in seiner Mitteilungskompetenz eingeschränkten Menschen mit Geistiger Behinderung dessen letzte verbliebene Kommunikationsmöglichkeit nehmen und bedarf daher unbedingt dem Aufbau positiver Alternativen.

In den 70er Jahren standen vor allem einfache Bestrafungstechniken<sup>48,49</sup> im Mittelpunkt der Verhaltenstherapie bei Autoaggressionen. Es liegen auch Erfahrungen über die Konditionierung von vorausgehenden Stoppsignalen im Zusammenhang mit Bestrafungen selbstverletzender Verhaltensweisen vor. So berichten bereits LOOVAS & SIMMONS (1969), dass auf Grund von Konditionierungsprozessen ein deutliches «NEIN!» die Qualität eines Blockierers autoaggressiven Verhaltens erlangt habe.

Einen Überblick der Ergebnisse aversiver Techniken anhand der Literaturstudie von JOHNSON & BAUMEISTER (1978) liefert BREZOVSKY (1985). Danach ergibt sich zwar eine überwiegend positive Bewertung der Effektivität, jedoch werden an der Validität des Ergebnisses massive Zweifel geäußert. Trotz der weitverbreiteten Meinung schneller und globaler Erfolge, haben Maßnahmen der Bestrafung sich in der Praxis häufig langfristig als fragwürdig erwiesen<sup>50</sup>. So berichten ROHMANN & HARTMANN (1992) über sehr hohe Rückfallquoten bestrafender Verfahren. Gesicherte empirische Daten über die Wirksamkeit bestrafender Verfahren, die über kurzfristige Effekte hinausgehen, sind selten. Eine Ausnahme bildet die vierjährige Nachfolgestudie einer Au-

---

<sup>48</sup> Wichtig im Zusammenhang mit Bestrafungsszenarien bei Geistig Behinderten Menschen (aber nicht nur dort) ist es zu hinterfragen, ob eine Bestrafung auch tatsächlich vorliegt. Bisweilen kann es nämlich passieren, dass eine aversive Konfrontation zwar intendiert wurde, das Individuum dies jedoch als angenehm erlebt. So mag das laute und heftige Schimpfen beim Behinderten eher interessant und abwechslungsreich empfunden werden; timeout kann die Qualität der Zuflucht vor sozialer Überforderung erlangen; das bestrafend gemeinte Fixieren kann zum angenehmen Sicherheitsgefühl beim Empfänger mutieren. Es ist bisweilen nur im konkreten Einzelfall entscheidbar, ob eine bestimmte Konsequenz angenehm oder unangenehm empfunden wird.

<sup>49</sup> Zu den in der Forschungsliteratur veröffentlichten Formen der Bestrafung gehören: Einträufeln von Zitronensaft (SAJAWAJ, et al. 1974; KELLY & DRABMAN, 1977; MAYHEW & HARRIS, 1979), Schlagen (KÖEGEL et al. 1974; DUKER, 1975), Unangenehmes Kitzeln (GREENE & HOATS, 1971), laute Geräusche (SAJAWAJ & HEDGES, 1971), stechende Gerüche (TANNER & ZEILER, 1975, ), Haareziehen (GRIFFIN, et al. 1975), Einschließen (SAPOSNEK & WATSON, 1974), Sprühnebel (PETERSON & PETERSON, 1977), Elektroschocks (TATE & BAROFF, 1966a) etc..

toaggressionsbehandlung via kleinerer Elektroschocks von RICKETTS, GOZA & MATESE (1993). Die Daten der Autoren zeigen einen in der ersten Phase der Autoaggressionsbehandlung dramatischen Abfall der Autoaggressionsraten und ein Plafonieren auf niedrigem (nahe Null-) Niveau. Nach ca. 30 Monaten jedoch schnellen die Werte wieder so hoch, dass von keiner effektiven Behandlungsform mehr gesprochen werden kann.

Das langfristige Scheitern rein bestrafender Maßnahmen mag zum einen damit zusammenhängen, dass die vorangestellten Bestrafungstechniken meist in keinem inhaltlichen Zusammenhang mit der autoaggressiven Handlungsweise stehen und zum anderen keine Einführung alternativer Verhaltensweisen vorgesehen wurde.

Darüberhinaus sind bestrafende Verfahren vermutlich mit gravierenden Nebenwirkungen behaftet, die einer positiven Entwicklung entgegenwirken können. So sehen HARRIS & ERSNERHERSHFIELD (1978) bei einer direkten Bestrafung selbstverletzender Verhaltensweisen als unerwünschte Nebenwirkung eine generalisierte Ängstlichkeit, sozialen Rückzug, Fremdaggression, Flucht und Vermeidungsverhalten sowie Symptomverschiebung. Daher sollte gerade auch bei aversiven Maßnahmen als Maxime gelten: *Bestrafungen dürfen nur in Frage kommen, wenn alle anderen Versuche nachweisbar ohne Erfolg geblieben sind!* (siehe Kap. 9.3).

Prinzipiell sollten immer nur die am wenigsten schädlichen und die effektivsten Optionen angewandt werden<sup>51</sup>!

Neben den bestrafenden Verfahren stehen heute eine Vielzahl elaborierter positiver Verstärkungstechniken zur Verfügung. Grundgemeinsamkeit ist hier der Ansatz problematisches Verhalten dadurch abzubauen, indem alternatives und erwünschtes Verhalten verstärkt wird. Bekannt sind diese Verfahren unter der Bezeichnung DR-Techniken (engl.: *differential reinforcement*, cf. ROJAHN & WEBER, 1995). Hierzu gehören die Technik der Verstärkung alternativer Verhaltensweisen (differential reinforcement of other behavior DRO) und als spezielle Form davon die Verstärkung mit der Autoaggression unvereinbarer Verhaltensweisen (differential reinforcement of incompatible behavior DRI). BREZOVSKY (1985) diskutiert einige Studien der erfolgreichen Behandlung von Autoaggression mittels DR-Techniken in Kombination mit weiteren Verfahren.

Schwierigkeiten ergeben sich, wenn die selbstverletzenden Handlungen quasi ununterbrochen ablaufen oder kaum zu verstärkende, alternative Verhaltensweisen gezeigt werden. Hier mag die differentielle Verstärkung von Verhalten mit geringer Auftrittsrate (differential reinforcement of low rate behavior) einen Ansatz zur Erweiterung des Verhaltenspotenzials beitragen, bis schließlich

---

<sup>50</sup> "In practice, punishment often fails to work." SCHROEDER, et al. (1990, p. 157).

<sup>51</sup> Es steht zu befürchten, dass eine solche ethische Selbstverpflichtung jedoch in der institutionalisierten Praxis vielfach aufgrund struktureller und personeller Probleme unerfüllt bleibt.

nur noch das erwünschte Verhalten verstärkt zu werden braucht (differential reinforcement of appropriate behavior).

Bei einigen Personen hat sich die Anwendung des Premack-Prinzips (PREMACK, 1965) als hilfreich erwiesen. Danach wird ein häufig, spontan und gern gezeigtes Verhalten mit dem vorherigen Ausüben des geforderten Verhaltens gekoppelt - hier mit dem Unterlassen unerwünschter autoaggressiver oder mit der Produktion autoaggressions-inkompatibler Verhaltensweisen.

In besonders schweren Fällen der Autoaggression, bei ungünstiger Raumausstattung mit hohem Verletzungsrisiko und bei zu geringem Personalschlüssel sind mechanische Fixierungen bisweilen unumgänglich. Jedoch ist eine Symptomverschiebung z.B. vom Kopf auf andere freie Körperteile häufig. Fixieren schützt, ist aber sonst kaum wirksam.

Massive Schwierigkeiten sind zu erwarten, wenn die Fixierung wieder aufgehoben wird. Es sollten immer die Fixierungen gewählt werden, die den besten Schutz aber auch die höchste Bewegungs- und Handlungsfreiheit garantieren z.B. eher Schutzhelm als Armmanschette. Der Abbau der Fixierung bedarf meist einer abgestuften Lockerung und sollte in einem gegenseitigen Aushandlungsprozess zu einer erhöhten Selbstbestimmung der Person führen. Weitere Möglichkeiten bietet die Selbstfixierung, einschließlich der symbolischen Fixierung, z.B. Hände in den Hosentaschen, ständig etwas in den Händen halten usw..

#### **1.13.2.4 Kognitive Modelle**

Die Loslösung von radikal behavioristischen Positionen und die sogenannte „kognitive Wende“ zu Beginn der 80er Jahre hat nach den Worten von SCHUCKER (1994, p.154) „bislang in der Arbeit mit geistig behinderten Personen nur wenig Niederschlag gefunden.“ Dies mag wohl mit daran liegen, dass in einer Verkümmerng des kognitiven Gedankens eben Menschen mit Geistiger Behinderung eine ausreichende Kognitionsfähigkeit abgesprochen wurde. Kognitive Ansätze haben es schwer, auf der theoretischen Ebene neben behavioralen Konzepten zu bestehen, da die hypothetisierten inneren Prozesse zur Erklärung von Verhaltensstörungen im Allgemeinen und Autoaggressionen im Besonderen gerade bei Menschen mit Geistiger Behinderung meist nicht direkt erfragt werden können und damit dem Stigma des Spekulativen unterliegen. Die wenigen kognitiv zu nennenden Ansätze zur Erklärung autoaggressiver Verhaltensweisen, sieht man einmal von homöostatischen Stimmulationsmodellen ab, beziehen sich einerseits auf emotionale Dimensionen und andererseits auf kommunikative Phänomene der Autoaggression.

### 1.13.2.4.1 Autoaggressions-Frustrations-Theorie

Einen gewissen kognitiven Bezug bot bereits die spezielle Anwendung der Frustrations-Aggressions-Theorie nach DOLLARD et al. (1939) auf den Bereich der Auto-Aggression an. In Analogie zur Frustrations-Aggressions-Hypothese mag Autoaggression dann auftauchen, wenn ein Individuum sonst keine Möglichkeit sieht, seine Frustrationen auszudrücken. Die Autoaggressions-Frustrations-Theorie erweitert damit das verhaltenstheoretische Kontingenzmodell um frustrationserzeugende Vorläuferkomponenten sowie die Kompetenz des Individuums, mit Frustrationen umzugehen. Tatsächlich kann bei vielen Personen mit Geistiger Behinderung davon ausgegangen werden, dass sie im Vergleich zur Normalbevölkerung einer größeren Anzahl von potenziell frustrierenden Situationen unterliegen und ihnen in der Regel ein weitaus geringeres, kognitiv reflektiertes Verhaltensrepertoire zur Verfügung steht, um Frustrationen meistern zu können. Gleichfalls



Abbildung 9 Bedürfnispyramide (MASLOW, 1954)

können aus Ärgergefühlen selbstverletzende Verhaltensweisen entstehen (cf. WEBER, H. 1992).

Legt man das Modell der Bedürfnispyramide (MASLOW, 1954)<sup>52</sup> zugrunde (siehe Abb. 9), so lassen sich deutliche Hinweise für eine höhere Bedürfnisfrustration bei Menschen mit Geistiger Behinderung aufzeigen. Bereits die Befriedigung der Bedürfnisse auf der physiologischen Ebene ist z.B. bei Menschen mit schwerstmehrfachen Behinderungen gefährdet.

Genügend Sauerstoff zu bekommen, keinen Durst und Hunger zu erleiden und keine Schmerzen zu haben gehören zu den elementarsten Bedingungen, um sich als Mensch wohlfühlen zu können. Bei Menschen mit schwerstmehrfachen Behinderungen kann jedoch die Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme durch motorische Beeinträchtigungen schwierig sein. Saug-, Kau- oder Schluckprobleme können das Trinken und Essen zu einer sehr anstrengenden Tätigkeit werden lassen. Schmerzzustände können nicht verbal mitgeteilt werden. Zugehörigkeits- und Bindungsbedürfnisse gerade auch in der Phase der Frühen Kindheit werden durch wechselnde Klinik- oder Heimaufenthalte wiederholt frustriert. Das Gefühl, angenommen und geliebt zu werden, kollidiert bisweilen mit den zurückweisenden Reaktionen aus der sozialen Umwelt (siehe Kap. 5.4.2.1).

<sup>52</sup> In Einklang mit der ursprünglichen Konzeption wird lediglich von einer relativen Vorrangigkeit der Bedürfnisse ausgegangen, was bedeutet, dass zu jedem Zeitpunkt, neben dem aktuell im Fordergrund stehenden Bedürfnis, auch alle anderen Bedürfnisse wirksam sein können. So kann ein auf der physiologischen Ebene depriviertes Individuum dennoch gleichzeitig vehement nach Liebe, Wertschätzung und Selbstverwirklichung streben.

Sichtbar behinderte Kinder lösen meist kein typisches Elternverhalten aus. Sie werden seltener gestreichelt oder in den Arm genommen. Bisweilen geraten Eltern in eine Kotherapeutenrolle, die den Austausch spontaner Zärtlichkeiten zwischen ihnen und dem Kind nicht gerade fördert. Menschen mit Geistiger Behinderung erfahren häufig, dass sie „nachgebessert“, „therapiert“ oder „behandelt“ werden müssen. Stolz auf vorhandene Leistungen oder Fähigkeiten wird kaum hervorgerufen. Ein Gefühl der Selbstachtung kann sich unter diesen Bedingungen schwerlich entwickeln. Schließlich stellt die Behinderung ein fast nicht zu überwindendes Hindernis in der Realisation des Bedürfnisses nach Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Selbstverwirklichung dar. Auch die in der Hierarchie von Maslow zuoberst stehende Frage nach Transzendenz, nach dem Sinn des eigenen Daseins, stellt sich Menschen mit Geistiger Behinderung in besonderer Form. Aufgrund der herabgesetzten Lernfähigkeit und mangelnden Flexibilität gegenüber Veränderungen in der Umwelt darf auch angenommen werden, dass sich im primären kognitiven Bewertungsvorgang schneller Bedrohtheitsempfindungen einstellen (cf. LAZARUS, 1966). Rechnet man nun noch die geringere Bewältigungskompetenz hinzu, d.h. es steht eben fast nur Autoaggression als Verarbeitungsmechanismus zur Verfügung, so erscheint die Autoaggressions-Frustrations-Hypothese plausibel.

#### **1.13.2.4.2 Kommunikationsdefizit-Theorie**

Gerade in jünster Zeit ist der Zusammenhang zwischen Kommunikation und selbstverletzendem Verhalten dank der Arbeit von HETTINGER (1996) wieder verstärkt ins Forschungsinteresse gerückt. Hettinger belegt erste entsprechende wissenschaftliche Berichte bereits in den frühen Arbeiten von BERKSON & DAVENPORT (1962) sowie LOVAAS et al. (1965) und weist auf den doppelten Charakter des Zusammenhangs hin:

1. „Geringe kommunikative Fähigkeiten auf Seiten des behinderten Menschen bzw. Störungen im kommunikativen Austausch zwischen dem behinderten Menschen und seiner Umwelt gehören zum Bedingungshintergrund von selbstverletzendem Verhalten.
2. Selbstverletzendes Verhalten hat (in bestimmten Fällen) eine kommunikative Funktion, d.h. es wird als Mittel zur Beeinflussung der sozialen Umwelt eingesetzt.“  
(HETTINGER, 1996, p. 147-148)

Zur ersten Aussage finden sich in empirischen Studien immer wieder umgekehrt proportionale Beziehungen zwischen den Ausprägungen der Kommunikationskompetenz und der Autoaggression (cf. ROHMANN & HARTMANN, 1992). Zur zweiten Aussage ist noch zwischen analoger und digitaler Funktion der Kommunikation sensu WATZLAWICK et al. 1969 zu unterscheiden: Analog mögen Autoaggressionen sich als Gefühlsäußerungen mit Appellfunktion deuten lassen: „Ich

bin traurig, hilf mir!“ (DURAND, 1986; DURAND & CARR, 1987). Eine Parallelität zu psychoanalytischen Ansätzen ist unverkennbar (siehe Kap. 5.4.2.1). Digital mag selbstverletzendes Verhalten ein drastisches Stoppsignal darstellen. ROHMANN & HARTMANN (1992) sehen vor allem ein „NEIN“, d.h. etwas nicht tun oder haben wollen als häufigste Funktion (40%) der Autoaggression<sup>53</sup> (vgl. Kap. 5.4.2.1). Nicht immer darf dieses Verweigern oder Neinsagen als pathologisch angesehen werden. In der Mehrheit der Fälle liegen durchaus nachvollziehbare Gründe dahinter. Selbst wenn der Vermeidungswunsch nicht erfüllt werden kann, so hilft es bisweilen schon, wenn man der Person aufzeigt, dass man zumindest ihr Anliegen verstanden hat. Auf dieser Basis eröffnen sich dann eventuell auch Wege einen Kompromiss zu finden, der für alle tragbar ist. Hier ist der Betreuer gefordert, sich auf das kommunikative Niveau des Gegenübers einzulassen, seine Botschaft zu entschlüsseln und mit ihm gemeinsam eine Lösung zu finden. HETTINGER (1996, p.155) listet folgende fünf kommunikative Funktionen selbstverletzenden Verhaltens auf:

- Aufmerksamkeit auf sich lenken
- Kontaktaufnahme („showing off“)
- Abwehr, Protest
- Verlangen nach einem Gegenstand
- Verlangen nach einer Tätigkeit

So betrachtet FEUSER (1979) Autoaggression denn auch als Versuch, die interpersonelle Beziehung (wieder) herzustellen, von dem eine „innovative Wirkung“ auf den Erzieher ausgehe. Schließlich nützt es dem in seiner Kommunikationskompetenz gestiegenen Individuum wenig, wenn es zwar gelernt hat, seine Bedürfnisse besser auszudrücken, dies durch die Betreuer jedoch nicht wahrgenommen oder die Bedürfnisse vielleicht wahrgenommen aber nicht erfüllt werden. Hier entstehen nur neuerlicher Ärger, Frustration und eventuell Autoaggressionen.

Fallstudien der Verringerung autoaggressiven Verhaltens, nach dem Erlernen alternativer Möglichkeiten sich mitzuteilen, liegen bereits seit längerem vor (WARREN & BURNS, 1970; CARR & DURAND, 1985; BIRD et al. 1989).

Ein weiterer Hinweis auf die hohe Relevanz der Kommunikation liefert die bereits erwähnte Korrelation zwischen Autoaggression und Autismus; gehören Störungen des Kommunikations- und Sozialverhaltens doch zu den Bestimmungsmerkmalen des autistischen Syndroms. Andererseits darf der Zusammenhang zwischen Kommunikationsdefizit und Autoaggression nicht als einfache lineare Beziehung betrachtet werden. Zum einen kann beobachtet werden, dass gerade Menschen mit Geistiger Behinderung und zusätzlichen autistischen Störungen wohlgemeinte kommunikative Angebote mit vermehrter Autoaggression beantworten, andererseits ist bisweilen ein schneller

---

<sup>53</sup> Danach kommen Aufmerksamkeit erregen mit 15% und Selbststimulation mit 15%, die restlichen 30% sind nicht näher erläuterten Funktionen zuzuordnen.

Wechsel zwischen mitteilungsarmen autoaggressiven Phasen und verbal exaltierten aggressiven Phasen zu beobachten. Wahrscheinlich wirken mehrere Faktoren gleichzeitig, so dass die kommunikative Funktion der Autoaggression neben anderen Ursachen eine zusätzliche Rolle spielt, die wichtig ist zu berücksichtigen, aber nicht losgelöst von lerntheoretischen und physiologischen Faktoren als allein ausschlaggebende zu betrachten ist. „It is too simplistic to describe self-injury as a form of communication.“ (LOVAAS & SMITH, 1991 zitiert nach HETTINGER, 1996, p.156).

### 1.13.3 Systemische und mehrfaktorielle Ansätze der Autoaggression

Nachdem lange Zeit monodisziplinäre und individuumzentrierte Vorstellungen das Bild des Menschen dominierten, kann sich heute kaum noch ein Zweig der Humanwissenschaften systemischen Gedanken<sup>54</sup> verschließen. Waren frühere Konzepte der Systemtheorie noch rein kybernetisch geprägt, so thematisiert die „Systemtheorie der zweiten Generation“ (ROTTHAUS, 1989, p.10) zunehmend auch aleatorische und autopoietische Prozesse. Im therapeutischen Bereich war es vor allem die Familientherapie, die systemtheoretische Erkenntnisse als erste für ihre Arbeit nutzbar machte. Einen guten Überblick der Entwicklung und des aktuellen Standes systemischer Therapie und Beratung findet sich in SCHLIPPE (1996). Seit mittlerweile 10 Jahren mehren sich die Versuche, systemische Betrachtungsweisen auch im Bereich der Arbeit bei Menschen mit Geistiger Behinderung einzubringen (cf. SORRENTINO, 1988; KLEEMANN, 1993; von LUXBURG, 1994; HENNICKE, 1994).

---

<sup>54</sup> Wesentlich für das Verständnis systemischer Theorien der Autoaggression sind folgende Grundannahmen:

Nicht der autoaggressive Index-Klient steht im Vordergrund, sondern das Bezugssystem mit all seinen Mitgliedern und gegenseitigen Beziehungen. Monokausale und lineare Erklärungsmodelle werden der Autoaggression nicht gerecht. Rückbeziehungen und kreisförmige Prozesse sind wahrscheinlich. Zirkuläre Kausalität hebt auf die Erscheinung ab, dass in bestimmten Kontexten Ursache und Wirkung nicht mehr zu trennen sind, sondern vielmehr in kreisförmigen (zirkulären) und rekursiven Prozessen miteinander verwoben sein können. Ob es Kausalität überhaupt gibt, wird innerhalb des systemischen Ansatzes kontrovers diskutiert. (cf. GIRGENSOHN-MARCHAND, 1992).

Die getrennte Analyse von Wirkfaktoren der Autoaggression genügt nicht, um das ganze System abzubilden. Die Autoaggression läßt sich nicht zwingend aus den einzelnen Elementen vorher-sagen (Prinzip der Übersummation).

Systeme und damit auch das System, in dem die Autoaggression eingebettet ist, besitzen Möglichkeiten der Anpassung an innere und äußere Veränderungen und eine Tendenz der Selbsterhaltung und Entwicklung auf der Grundlage ihrer aktuellen (hier autoaggressiven) Struktur (Autopoiesis-Konzept). Autopoiesis, Selbstreferenz oder Selbstorganisation beziehen sich nach MATURANA & VARELA (1987) bzw. LUHMANN (1988) auf das Bestreben lebender Systeme, sich eine eigene Organisationsform zu geben, sich gegen die Umwelt abzugrenzen und mit ihr in einen Austausch zu treten.

Relevanz für menschliches Verhalten besitzt weniger die physikalische Welt der objektiven Dinge als vielmehr die Bedeutung, die Individuen diesen Dingen zuordnen. Insofern konstruieren Individuen ihre Realität. Vertreter eines "radikalen Konstruktivismus" gehen so weit, dass alle menschliche Erkenntnis bloße Konstruktion darstelle und es somit eine "wirkliche Wirklichkeit" gar nicht gebe. (cf. WATZLAWICK, 1995). Diese Weltansicht hebt das subjektive Erleben der Autoaggression gegenüber der objektiven Messung heraus.

Entsprechend der systemischen Sichtweise stellt sich der therapeutische und pädagogische Kontext gegenüber traditioneller (Heil)- Pädagogik und klassischer Psychotherapie stark verändert dar<sup>55</sup>. HENNICKE (1994) hat die wesentlichen Unterschiede zwischen traditioneller und systemischer Zugangsweise auf den Ebenen Diagnose, Therapie und Grundannahmen bei Menschen mit Geistiger Behinderung und mit psychischen Störungen pointiert gegenübergestellt. Der Autor unterstreicht in seiner Analyse, dass beide Positionen sinnvoll und hilfreich im Rahmen Geistiger Behinderung nebeneinander bestehen und sich eher ergänzen als einander ausschließen.

**Tabelle 5** Gegenüberstellung traditioneller und systemischer Perspektive

	Traditionelles Modell	Systemisches Modell
wissenschafts- theoretische Position	Empirismus/Positivismus	Konstruktivismus
Geistige Behin- derung	unveränderbarer, absoluter und konstanter Defekt medizinisches Paradigma statistische, normorientierte Klassifikation z.B. ICD-10 / DSM-IV	individuelle Lebenserscheinung, relativ im Bezugsrahmen, veränderlich systemisches Paradigma deskriptive, individuelle Erfassung der Lebensbedingungen im Systemzusammenhang
Verhaltens- störung	objektive Feststellung einer Störung, Krankheit  Pathologisierung eines Verhaltens als End- produkt linear-kausaler-Wirkungen	Hypothesen zu Funktion und Bedeutung des Verhaltens als sinnvolle und positive Lebensäußerung im Kontext Verhalten als Ausdruck zirkulärer Wech- selwirkungen im System
autoaggressive Person	Objekt oder Opfer von Trauma, Krank- heit, Behinderung oder sozialen Verhält- nissen	Subjekt, Täter und Opfer, Objekt im ök- ologischen und biographischen Kontext
diagnostische Frage	nach den Ursachen des "warum" eines Verhaltens	nach dem Sinn, des "wozu" eines Verhal- tens
therapeutischer Prozeß	vorausgeschaltete Diagnose als grund- legende Voraussetzung der Therapie Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit,  Heilungsverantwortung bei Therapeut  individuumzentriertes Vorgehen Kompensation / Behebung von Defekten	keine zeitliche & inhaltliche Trennung von Therapie und Diagnose Herstellung eines Konsenses der Verände- rungsnotwendigkeit spezifische Heilungsverantwortung aller beteiligten Personen kontext-, system-zentriertes Vorgehen (Re-) Aktualisierung von Ressourcen

(in Anlehnung an HENNICKE, 1994)

<sup>55</sup> Neben der veränderten Ursachensuche und der Berücksichtigung mehrerer Einflussrichtungen ist insbesondere zu fragen, welche erzieherischen Maßnahmen vom Team oder von den Eltern überhaupt getragen werden können, welche therapeutischen Interventionen realisierbar und in vivo aufrechterhaltbar sind.

Versucht man systemische Theorien auf den Bereich der Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Geistiger Behinderung konkret werden zu lassen, so ist als erstes festzuhalten, dass die sogenannten „Störungen“ im gegebenen familiären Zusammenhang, in Wohngruppe oder Werkstatt durchaus positive Funktionen erfüllen können. Sie stellen nun nicht mehr per se pathologische Erscheinungen dar, sondern sind als Wechselbeziehungen innerhalb eines bestimmten Kontextes zu beschreiben<sup>56</sup>. Sie können betrachtet werden als eine Anpassung an vorherrschende Regeln oder sind interpretierbar als Versuche der Problemlösung im Rahmen des vorhandenen Beziehungsgeflechtes und der individuellen Kompetenzen. So sehen KISCHKEL & STRÖMER (1986) motorische Stereotypien wie selbstverletzendes Verhalten als Ausdruck sinnhafter und systemhafter Entwicklungen des Psychischen unter Bedingungen der Isolation.

Für eine Lösung spielen dann kausale Fragestellungen weniger eine Rolle als finale Aspekte: Wozu mag das Verhalten dienen, welche positive Funktion erfüllt es für das System? Prinzipiell ausgeschlossen sind ursächliche Erklärungsansätze damit jedoch nicht. Systemische Ansätze der Autoaggression heben sich in ihrer differenzierten Betrachtungsweise und weniger reduktionistischen Verkürzung über die meisten der bisher behandelten Theorien heraus. Sie eignen sich daher als Rahmen oder Metamodell der Autoaggression. Innerhalb dieses Rahmens können nun eine Vielzahl verschiedener ineinander verschachtelter Ebenen und Subsysteme betrachtet werden. Die Situation kann so zugespitzt oder instabil beschaffen sein, dass bereits das Hinzukommen einer kleinen und an sich unbedeutenden Änderung auf einer entfernten Ebene im Nahbereich zu dramatischem selbstverletzendem Verhalten führt<sup>57</sup>. Andererseits erreicht bisweilen eine Intervention innerhalb des sozialen Systems allein schon eine wesentliche Entschärfung, ja Lösung des Problems, ohne dass der Index-Klient überhaupt „behandelt“ wurde.

Nach der Phase der stürmischen Übernahme systemischer Positionen werden in jüngster Zeit auch kritische Töne unüberhörbar<sup>58</sup>. Gerade auch im (sonder -)pädagogischen Feld wird von Praktikern auf die Schwachpunkte des postmodernen Paradigmas aufmerksam gemacht. So sei schließlich auf

---

<sup>56</sup> Das sich hier äußernde Grundanliegen systemischer Theoriebildung ist die Abkehr von monokausalen Erklärungsmustern und Vermeidung von einseitigen Störungsnominalisierungen des Symptomträgers. Insofern werden diagnostische Zuschreibungen abgelehnt.

<sup>57</sup> In einem Vergleich aus der Chaostheorie sagt man, dass bei bestimmten Wetterlagen bereits das Flügelschlagen eines Schmetterlings zu einem Orkan führen könne.

<sup>58</sup> EGGEL (1996) bemängelt die komplizierte und allgemeinverständnisferne Sprache der Systemtherapie, die bei Klienten das Gefühl aufkommen lasse, nicht verstanden oder nicht ernst genommen zu werden. Es bestehe die Gefahr, dass die Systemtheorie zu einer reinen philosophischen Erkenntnistheorie gerate, die sich den konkreten erzieherischen und therapeutischen Problemen entziehe und somit die praktische Bodenhaftung verliere. Die schnelle Expansion systemtheoretischer Begriffe und Modelle ging bisweilen mit einer allzu bereitwilligen und unkritischen Übernahme scheinbar revolutionärer Erkenntnisse einher, die sich bestenfalls als alter Wein in neuen Schläuchen entpuppten. Zudem bleiben verschiedene systemische Konzepte recht oberflächlich, stehen unverbunden nebeneinander oder verschleiern sich mittels "begrifflicher Nebelbomben" (GIRGENSOHN-MARCHAND, 1992); vgl auch ZIEGLER (1977 ; 1978).

die Gefahr problematischer Attributionen hingewiesen: Die systemische Sicht dehnt den Bereich der Verantwortung für edukative oder therapeutische Erfolge wie auch für Fehlschläge über die unmittelbare dyadische Beziehung hinaus aus. Dies mag zum modernen Wiederaufleben vergangener Misserfolgszuschreibung an die „inkompetenten“ oder „unwilligen“ Erzieher, Eltern oder Lehrer verführen<sup>59</sup>.

Bei aller berechtigter Kritik an systemischen Ansätzen sollte jedoch nicht der Gewinn für die pädagogische Praxis übersehen werden: Es werden einseitige Störungszuschreibungen aufgeweicht und kreative Lösungsmöglichkeiten eröffnet.

### 1.13.3.1 Der materialistische Ansatz nach JANTZEN

Auch wenn die Begriffswahl eine monokausale Verursachung assoziiert, so werden innerhalb dieses Ansatzes neben „materialistischen Überlegungen“ (JANTZEN & von SALZEN, 1986) auch transaktionale, psychoanalytische sowie entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Theorien miteinander verknüpft. In Rückgriff auf die These der gesellschaftlichen Mitbedingtheit des Menschen<sup>60</sup> wendet dieser Ansatz sich gegen einen biologischen Determinismus der Autoaggression. Stattdessen wird die Entstehung autoaggressiven Verhaltens mit den Bedingungen der Aneignung der gegebenen Umwelt in der frühen Kindheit in Verbindung gebracht.

JANTZEN (1980) beschreibt einen anhand der „dominierenden Tätigkeit“ orientierten Entwicklungsverlauf. Dominierende Tätigkeit meint „jene Tätigkeitsform, die vorrangig in einer Entwicklungsphase zu Bildung und Umgestaltung der psychischen Vorgänge führt, zu grundlegenden Veränderungen der kindlichen Persönlichkeit.“ (JANTZEN, 1980, p. 15) Die ontogenetische Entwicklung vollzieht sich entlang dieser dominierenden Tätigkeiten, wobei es unter „Bedingungen der Isolation“ zu „Stereotypentwicklungen“ kommen kann. Stereotyp meint hier die Realisationsform isolierender Bedingungen.

Isolation definiert Jantzen als „den Ausdruck inadäquater Lebensbedingungen lebendiger Individuen..., als Überschreiten der Stabilitätsgrenzen eines lebendigen Systems durch Veränderung innerer oder äußerer Bedingungen..., in der Weise, dass die stammesgeschichtlich und individualgeschichtlich erworbenen je höchsten Niveaus der Tätigkeit nicht realisiert werden können.“

(JANTZEN, 1980, p. 45).

---

<sup>59</sup> „In Hinblick auf die psychogenen Störungen im Kindesalter ist nicht bloß Therapie, sondern auch zum Theil Prophylaxe Sache des Pädagogen. Hier kommt zunächst in Betracht, dass zahlreiche Erziehungsfehler von Pädagogen selbst begangen werden, die sich über die Eigenart ihrer Zöglinge nicht hinlänglich Rechenschaft geben.“ (HELLER, 1904, p.135).

<sup>60</sup> „Aber das menschliche Wesen ist kein dem einzelnen Individuum innewohnendes Abstraktum. In seiner Wirklichkeit ist es das Ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (MEW, Bd.3, 1969, p. 6) zitiert nach JANTZEN & von SALZEN, 1990, p. 5.

**Tabelle 6** Entwicklungsmodell der Autoaggression nach JANTZEN

Dominierende Tätigkeit	Chronol. Alter	Stereotyp	Sinn-Ebene
Perzeptive Tätigkeit	0 bis 6 Monate	Motorische Stereotypie wie z.B. Head banging, Autismus, erste psychosomatische Störungen (Drei- Monats-Koliken)	Biologisch
Manipulative Tätigkeit	bis 12 Monate	Autoaggressionen (im Zusammenhang des Hospitalismus-Syndroms bzw. Kindesmiss-handlung)	Individuell
Gegen- ständliche Tätigkeit	bis ca. 3 Jahre	Aggression, Psychopathie im psychoanalyti- schen Sinn, Entstehung von Ich-Lücken ----- Borderline-Syndrom, psychotische Entwick- lungen im Zusammenhang des gestörten Ich- Aufbaus	
Spiel-Tätigkeit	ca. 3 bis 6	Stottern, Neurosen	Persönlich
Schulische Lern-Tätigkeit	7 bis 13/14	Stottern, Neurosen	
Arbeitstätigkeit	ab ca. 14/15	Schizophrenie als Folge ambivalenter Bezie- hungen in der frühen Ich- und Persönlichkeits- entwicklung, Depression als Folge gelernter Hilflosigkeit in der frühen Ich- und Persönlich- keitsentwicklung	

JANTZEN & von SALZEN, 1986, p. 100 (Erweiterung durch den Autor)

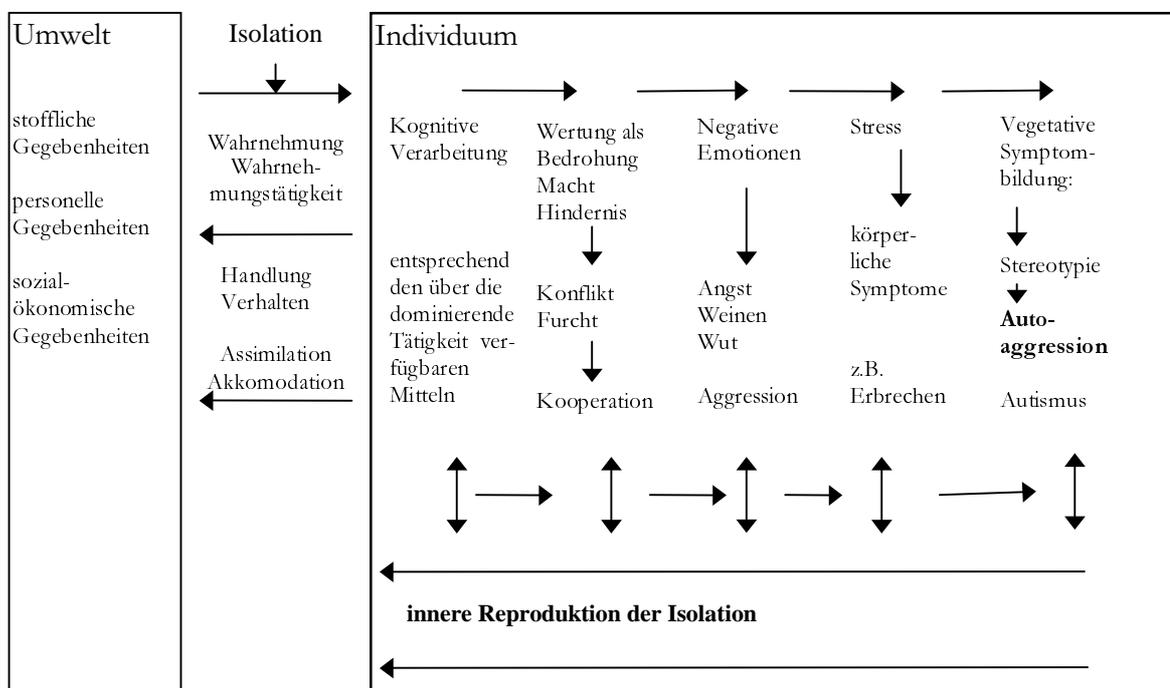
Die Sinnebenen beschreiben Kategorien der Selbstreferenz, ausgehend von genetisch-biologisch verankerten Bedürfnissen über individuelle Ichbezogenheit, noch ohne Einbezug des sozialen Umfelds, hin zu persönlichem Sinn als Knotenpunkt des Ich mit dem Bewusstsein um soziale Bedeutungen der Tätigkeiten.

Ein gesundes, den Entwicklungsfortschritt generierendes Zusammenwirken zwischen dominieren- der Tätigkeit und Umwelt bedarf auf den ersten beiden Stufen der Befriedigung basaler Grund- bedürfnisse auf der Ebene der Objektbeziehungen (cf. SPITZ, 1972, p. 73). Diese sind im ersten Lebensjahr: der eigene Körper des Kindes, Bezugspersonen und erste Objekte im gegenständ- lichen Sinne.

„Das frühe Entstehen der Autoaggression fällt zusammen mit dem Entstehen der ersten Objekt- beziehungen. Autoaggressive Tätigkeit ist daher eine spezifische Form der Aufnahme von Bezie- hungen zur objektiven Welt (hier dem eigenen Körper) unter den Bedingungen der Isolation.“ (JANTZEN & von SALZEN, 1990, p. 48). Als Beispiele des Zustandes innerer Isolation nennen die Autoren krankhafte Prozesse, Sinnesschäden, Bewegungsbeeinträchtigungen sowie zentrale Störungen und Geistige Behinderung.

In diesem Sinne beschreiben HARTMANN & ROHMANN (1984) vom kognitionspsychologischen Standpunkt anhand der „Zwei-Prozeß-Theorie der Informationsverarbeitung“, Mechanismen der inneren Isolation. Danach führt eine Störung im Bereich der Unterscheidung eingehender Informationen nach Neuheit versus Bekanntheit zu einer Überforderung der Informationsverarbeitung und einem Entgleisen des Wahrnehmungs- und Handlungsprozesses. Unsicherheit, Angst und Panik, aber auch Abwendung und Rückzug können sich einstellen. Dieses Modell macht auch die Präferenz der Nahsinne bei Menschen mit Schwerer Geistiger Behinderung oder bei autistischen Personen verständlich. Im Bereich der Nahsinne ist das Ausmaß der eingehenden Informationseinheiten pro Sekunde geringer. FEUSER (1985) sieht bei autistischen Menschen die Fähigkeit Situationen oder Handlungen innerlich zu antizipieren, eingeschränkt, wodurch keine oder nur geringe Erwartungssicherheit aufgebaut werden kann. Eine Möglichkeit, diese angstauslösende Unsicherheit unter den genannten Bedingungen zu reduzieren, liegt in der Ausübung von Stereotypen und rhythmischen Autoaggressionen, da sich diese durch eine hohe Erwartungssicherheit auszeichnen.

Äußere Isolation betrifft den sensorischen Anreigungsgehalt der Umwelt. Eine extrem reizarme oder durch Reizüberflutung gekennzeichnete Umwelt stellt das Individuum ebenfalls vor die Aufgabe der Adaptation auf der Grundlage seiner aktualisierbaren Handlungsfähigkeiten.



**Abbildung 10** Störungsgenese der Autoaggression nach JANTZEN & von SALTZEN (1990)

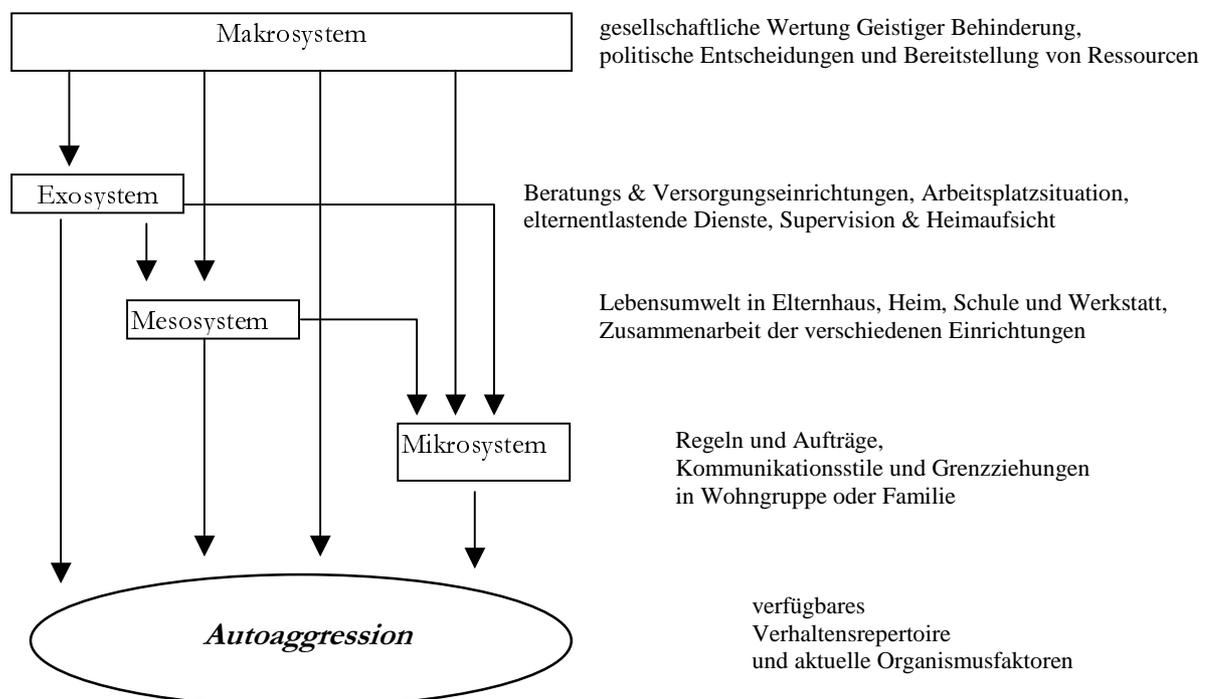
Wie sich aus dem Schaubild ergibt, werden sowohl Umwelt (äußere Bedingungen der Isolation, z.B. Reizdeprivation oder Überstimulation) als auch Individuum (innere Bedingungen der Isolation wie

z.B Geistige Behinderung, Autismus) bei der Entstehung autoaggressiven Verhaltens in die Analyse miteinbezogen. Die Einflussrichtungen beschreiben dabei Kreisprozesse sich aufschaukelnder Isolation. Als therapeutische Relevanz lässt sich aus diesem theoretischen Modell die Wichtigkeit der adäquaten Stimulation nicht nur in der frühen Kindheitsphase festhalten. Sowohl Unterstimulation als auch Überstimulation behindern die angelegten Reifungsprozesse und können in selbstverletzendem Verhalten münden.

### 1.13.3.2 Die ökologische Perspektive nach BRONFENBRENNER

Bronfenbrenner hat sich zwar nicht explizit mit selbstverletzendem Verhalten beschäftigt, er hat aber ein allgemeines Modell vorgestellt, das geeignet ist, die in sozial-ökologischen Zusammenhängen menschlicher Entwicklung auftretende Komplexität bewältigbar abzubilden.

BRONFENBRENNER's (1979; 1981) „ökologisches Modell“ (siehe Abb. 11) hat sich schon vielfach in der Analyse und Deskription auch individueller Verhaltensweisen bewährt. Angewandt auf das Gebiet der Autoaggression lassen sich damit auf jeder postulierten Ebene Ereignisse und Faktoren identifizieren, die einen positiven wie negativen Impetus auf die Autoaggressionsbereitschaft eines Individuums haben.



**Abbildung 11** Ökologisches Entwicklungsmodell der Autoaggression in Anlehnung an Bronfenbrenner (1981)

Politische Einstellungen auf der gesellschaftlichen Ebene des Makrosystems bezüglich Behinderter haben nicht nur mittelbare Konsequenzen, sondern können auch direkt Einfluss auf die Teilhabe am „normalen“ Leben haben. Juristische Setzungen bestimmen mit, inwieweit Selbstverletzungen toleriert werden dürfen. Generell fällt es schwer zu glauben, dass die sozialen Ausgrenzungen und damit verbundenen Deprivierungen ohne Belang für das Auftreten autoaggressiver Verhaltensweisen seien. Wie würden sich wohl die Lebensbedingungen ändern, wenn Menschen mit Geistiger Behinderung bei uns wie z. B. einige Behinderungsarten in der Antike mit einem „positiven Stigma der Heiligkeit“ (HENSLE, 1988, p. 36) bedacht würden?

Im Exosystem ist vor allem die angespannte konjunkturelle Situation auf dem Arbeitsmarkt zu nennen, die mit einer Zunahme der Anforderungen an (noch) Werktätige und der Angst vor Arbeitslosigkeit verbunden ist. Beides Faktoren, die nicht gerade die Geduld und Ausdauer der Eltern im Umgang mit ihren autoaggressiven Kindern stärken. Aber auch professionelle Mitarbeiter wagen eventuell trotz Überlastung nicht den Arbeitsplatz zu wechseln oder gegen unzumutbare Arbeitsbedingungen in Einrichtungen aufzubegehren. Überlastete und finanziell unter Druck stehende Eltern, frustrierte, nicht adäquat ausgebildete und ausgebrannte Mitarbeiter bringen wohl kaum günstige Bedingungen mit, aggressiven und autoaggressiven Verhaltenstendenzen wirksam zu begegnen.

Auf der Mesosystemebene treten vor allem die institutionellen Gegebenheiten in den Vordergrund. Wie arbeiten die verschiedenen Fachdienste und Lebensgruppen zusammen? Gibt es einen regen und fruchtbaren Informationsaustausch? LINGG & THEUNISSEN (1993) nennen als ungünstige, entwicklungshemmende und krankmachende und damit auch Autoaggressivität begünstigende Faktoren auf Institutionsebene: stationäres Wohnmilieu, klinisch organisierte Regelung des Alltags, Personalmangel, hierarchisch-autoritäre Einrichtungsstruktur und restriktive Arbeitsbedingungen, häufiger Personal- und Bewohnerwechsel in der Gruppe, ungünstige Lage und Infrastruktur, sowie pädagogisch-konzeptionelle Unzulänglichkeiten wie verkürztes, starres, heimliches oder fehlendes Betreuungskonzept. Je ausgeprägter diese ungünstigen Systemeigenschaften vorliegen, um so wahrscheinlicher sind selbstverletzende Verhaltensweisen anzunehmen. Hier bietet vor allem ein modernes Leitungsmanagement die Chance der Besserung.

Auf der Mikrosystemebene sind insbesondere die Beziehungen zwischen Menschen mit Geistiger Behinderung untereinander und zu professionell Tätigen zu beleuchten. Wohngruppen mit mehr als sieben bis acht Bewohnern stellen eine ständige Bedrohung der sozialen Verarbeitungskapazität dar, große Fluktuation führt unweigerlich zu abrupten Beziehungsabbrüchen, Kommunikations- und Förderangebote können nicht individuell angepasst werden oder fehlen gänzlich, Fremdsteuerung, Kontrolle und Überbehütung schaffen ein restriktives Klima, das autoaggressives Verhalten geradezu herausfordert.

Schließlich soll auch das Vorkommen von Gewalt, Misshandlungen und sexuellem Missbrauch bei Menschen mit Geistiger Behinderung durch Betreuungspersonen nicht geleugnet werden.

Eine Möglichkeit, nicht nur auf der Mikrosystemebene, sondern im gesamten institutionellen Kontext bestehende Probleme zu thematisieren, bietet regelmäßige Supervision<sup>61</sup>.

Auf den wichtigen Prozess des „ökologischen Übergangs“ gilt es auch im Zusammenhang mit Geistiger Behinderung hinzuweisen. Der Übergang vom Elternhaus in die Schule, vom Elternhaus in die Wohngruppe, vom behütenden Heim in die semi-autonome Wohnform usw. können ein Wiederaufflammen autoaggressiver Tendenzen mitsichbringen aber auch im zu langen Aufschieben der Übergänge liegt hier ein hohes Risikopotenzial, das sich gegebenenfalls in aggressiven oder autoaggressiven Ausbrüchen zu äußern vermag.

### **1.13.3.3 Multifaktorielle Konzeption der Autoaggression nach Rohmann et al.**

Eine multiperspektivische Betrachtung der Autoaggression liefern die Modelle von Rohmann und Mitarbeitern (ROHMANN & HARTMANN, 1988; ROHMANN & ELBING, 1998). Innerhalb dieser Ansätze werden eine Vielzahl von vorausgehenden Faktoren und aufrechterhaltenden Bedingungen der Autoaggression auf Seiten der selbstverletzenden Person mit Faktoren der Umwelt in Bezug gestellt. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass diese Faktoren miteinander in Wechselbeziehungen treten können. So kann z.B. auch Autoaggression selbst wieder zum vorausgehenden Faktor weiterer Autoaggression werden. Im Modell werden neben vier Aspekten, die zur Autoaggressionsproblematik beitragen können, auch gleich therapeutische Lösungsstrategien mitgeliefert:

I. Vorausgehende Umweltfaktoren, die den Autoaggressionsbeginn bedingen können:  
einengend-deprivierende Umweltbedingungen, territoriale Einengung, mangelnde Variation im Lebensbereich, Mangel in der Befriedigung sonstiger Grundbedürfnisse

\* therapeutische Strategien:

Veränderungen der Tagesstrukturierung,  
Schaffung günstigerer Umfeldbedingungen,  
Orts- und Betreuungspersonenwechsel

---

<sup>61</sup> So gehört es zu den häufiger vorkommenden Situationen, dass ein Problemverhalten wie Autoaggression bei bestimmten Betreuungspersonen verstärkt oder ausschließlich auftritt. Dies mündet meist in einen ungünstigen Prozess innerhalb des Erzieherteams, aufgeheizt von Schuld- und Inkompetenzgefühlen einerseits und entsprechenden Botschaften andererseits. Problematische Persönlichkeiten, die ein Team belasten, und die erzieherische und therapeutische Arbeit behindern können, sind leider gar nicht so selten und in allen Professionen anzutreffen. Schließlich stellt sich sogar das Problem neurotischer und psychopathischer Tendenzen einschließlich einer symbiotischen Verschränkung zwischen Index-Patient und Betreuer. Lösungsvorschläge hierzu tangieren schnell den psychotherapeutischen Bereich im engeren Sinne.

## II. Vorausgehende Patientenvariablen, die den Autoaggressionsbeginn bedingen können:

1. ständige Übererregung, abhängig vom Erregungsgradienten fließende Übergänge in fremdaggressives und/oder nicht autoaggressives bewegungsstereotypes Verhalten
  2. wechselnde motorische Rhythmen (Autoaggressionen laufen mit schnellerer Rhythmik ab als die sonstige Motorik), abhängig vom Erregungsgradienten fließende Differenzierung von mindestens zwei motorisch-kognitiven Mustern:
    - a extreme Hypermotorik bei geringer Spannung: hochgradig erregte Kinder, perseverierend, Autoaggression von wechselnder Häufigkeit, hoher Intensität, aber geringer phasischer Dauer. Fähigkeit zur Nutzung der Fernsinne
    - b hohe Spannung bei geringer motorischer Aktivität: Rückzugsverhalten, mangelnder Kontakt, apathisch passiv, starke muskuläre Verspannung und vegetative Reaktionen, Autoaggression überwiegend automatisiert, Nutzung der Nahsinne
  3. psychotisch / autistische Realitäts- oder Kommunikationsstörung
  4. behinderungsbedingte Lernstörung mit daraus resultierender verminderter Handlungskompetenz
- \* therapeutische Strategien:  
erregungsreduzierende Methoden: Musik-Körpererfahrungstherapie (FACION, 1986); Wut-Reduktions-Methode (nach ZASLOW & BREGER, 1969); Modifizierte Festhaltetherapie (ROHMANN & HARTMANN, 1985); Körperzentrierte Interaktion (ROHMANN et al.1988), erregungsfördernde Methoden, Stimulations - bzw. Provokationstechniken wie: interaktives Boxen (ROHMANN & HARTMANN, 1987); Jogging (BAUMEISTER & McLEAN, 1984) u.ä.

## III. aufrechterhaltende bzw. verstärkende Umweltfaktoren:

Erlebnisweisen der Bezugspersonen, die Autoaggressionen als Angst oder Provokation interpretieren; autoaggressionskontingente Verhaltensweisen, die von Patienten als angenehm und schützend erlebt werden können, u.a. in Form von kontingenter Fremdkontrolle; Verzicht auf Forderungen bei autoaggressivem Verhalten des Patienten; mangelnde Wahrnehmung der Wechselwirkungen zwischen eigenem und Patientenverhalten

### \* therapeutische Strategien:

Aufbau von Selbstkontrollmechanismen; Verstärkung bereits vorhandener und Aufbau inkompatibler Verhaltensweisen; Aufbau neuer Handlungsebenen, sowie Sprach- und Kommunikationsanbahnung; Aufmerksamkeits-Interaktionstherapie (ROHMANN & HARTMANN, 1987; HARTMANN, 1990).

## IV. aufrechterhaltende bzw. verstärkende Patientenvariablen:

1. nicht-intentionale Autoaggression wird zum interaktionssteuernden Signal
  2. Autoaggressionen verändern (wahrscheinlich) die Wahrnehmung des eigenen Körpers mit einer möglichen Verminderung der Schmerz Wahrnehmung
  3. Autoaggressionen lösen möglicherweise rauschartige Zustände aus
  4. Verringerung von Selbststeuerungskompetenz durch zunehmende Fremdkontrolle
- \* therapeutische Strategien:  
Methoden der Körperzentrierten Interaktion wie Aufbau inkompatibler Bewegungsabläufe; Aggressionsfördernde Übungen; Nutzung natürlicher Reflexe bzw. Reflexaufbau; muskuläre Entspannungübungen; Interaktives Boxen (ROHMANN & HARTMANN, 1987); Körperzentrierte Interaktion auf Basis der Musik-Körpererfahrungstherapie und Aufmerksamkeits-Interaktionstherapie [KMA] (ROHMANN & HARTMANN, 1987)

---

(cf. Vier Strategien-Modell der Autoaggression, ROHMANN et al. 1988)

Autoaggressionsfördernde Wechselwirkungen zwischen vorausgehenden und aufrechterhaltenden Faktoren sind auch im Sinne von Rekursionen denkbar: aufrechterhaltende Faktoren können wei-

tere vorausgehende Faktoren schaffen, z.B. Verminderung der Schmerzwahrnehmung durch Autoaggression erleichtert weitere Autoaggression; Autoaggression löst neuerliche Autoaggressionen aus; wichtige Wechselwirkungen sind zwischen der Entwicklung bestimmter Verhaltensmuster der Bezugsperson und dem Auftreten der Autoaggression zu beobachten: Zurückziehen einer Aufforderung wegen Autoaggression als verstärkendes Moment (siehe Kap. 5.4.2.3.2). Schließlich trennen ROHMANN & ELBING (1998) Autoaggression in „exoreaktives“ und „endoreaktives“ selbstverletzendes Verhalten. Endoreaktiv hebt auf person-interne Ereignisse oder Regulationsprozesse ab, während exoreaktiv das Verhalten im Zusammenhang mit Umweltereignissen sieht (siehe Kap. 5). Aus der Übersicht wird deutlich, dass das Phänomen der Autoaggression innerhalb des Modells vielschichtig, sowohl in Bezug auf mögliche Verursachungen als auch in Bezug auf verschiedene Funktionen, in Erscheinung tritt.

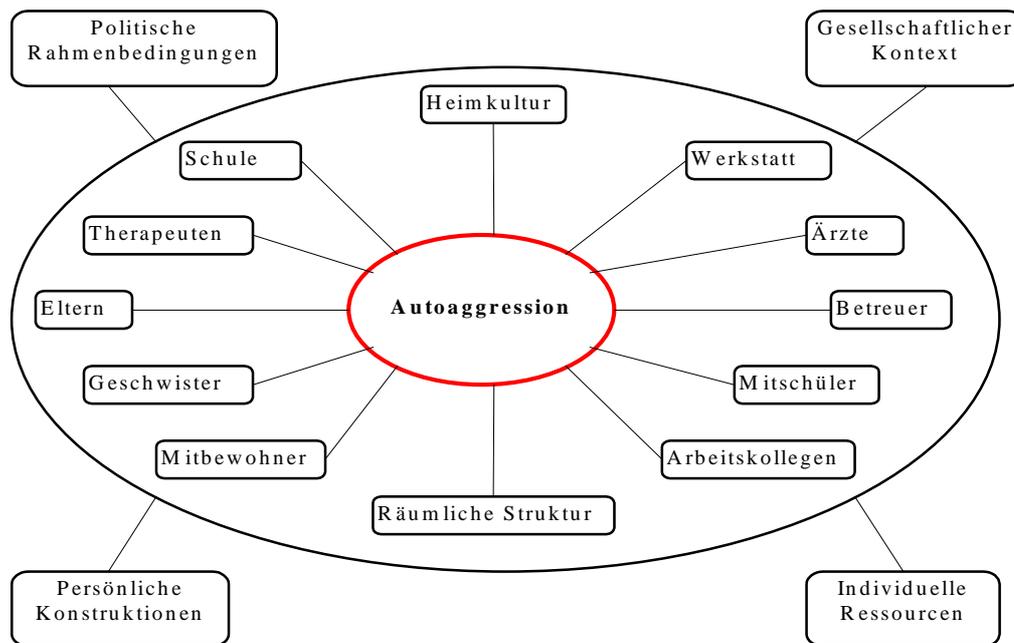
So erscheint es wenig erfolgversprechend, einem autoaggressiven Verhalten time-out Verfahren folgen zu lassen, wenn die Person sich durch die Autoaggression sozial isolieren möchte, wie dies bei Menschen mit Autismus bisweilen zu beobachten ist. Desgleichen bedeutet das Fixieren einer autoaggressiven Person, die unter Reizdeprivation leidet, nur eine zusätzliche Verschlimmerung der Ausgangslage, was eine vermehrte Tendenz zur Autoaggression eher wahrscheinlich werden lässt.

Dem Einsatz therapeutischer Interventionen sollte eine systematische Beobachtung und sukzessive Abtastung von Hypothesen zum Zustandekommen und Aufrechterhalten der Autoaggression innewohnen. Die einsetzbaren Interventionen beinhalten dingliche Umweltmodifikationen, Veränderungen der Tagesstrukturierung, differentielle Verstärkungen oder Bestrafungen, paradoxe Reaktionen, Beratung und Supervision der Betreuergruppe sowie psychotherapeutischen Verfahren im engeren Sinne wie Körpertherapie, Aufmerksamkeitsinteraktionstherapie, Kommunikations- und Musiktherapie.

In der Überarbeitung der Strategienkonzeption fassen ROHMANN & ELBING (1998) ihre therapeutischen Vorschläge zu vier Strategien zusammen:

1. symptomatische Behandlung im Sinne einer Verhaltensmodifikation auf verhaltenstherapeutischer Grundlage
2. körpertherapeutische Konzepte zur Beeinflussung der physiologischen Erregungssteuerung
3. Kommunikationstherapie mit dem Ziel, die Gesamtpersönlichkeit in ihrer Entwicklung zu unterstützen
4. Bearbeitung systemischer Zusammenhänge im unmittelbaren Lebensumfeld unter Einbezug der institutionellen Rahmenbedingungen

Im engen Bezug zu ihrem Modell haben ELBING & ROHMANN (1992) ein heuristisches Beziehungsdiagramm der möglichen autoaggressionsbedingenden Instanzen entwickelt.



**Abbildung 12** Verortungsmodell der Entstehung und Behandlung von Autoaggressionen (in Anlehnung an ELBING & ROHMANN, 1992, p. 178)

Dazu passend werden folgende allgemeine Handlungsempfehlungen vorgeschlagen:

1. Den unbekanntem Menschen hinter der Autoaggression mit all seinen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen entdecken, um alternative Angebote lancieren zu können.
2. Das Bedingungsgefüge der Autoaggression erforschen.
  - a.) die autoaggressive Person selbst: Organismusfaktoren, Selbstkontrollierbarkeit, Kommunikationsfähigkeiten usw)
  - b.) das nähere Umfeld: Reaktionen aus dem näheren sozialen Umfeld und die räumliche Gestaltung der Umwelt
  - c.) das weitere Umfeld: die Institution oder das Wohnheim. Ursachen und Auslöser auf den drei Ebenen a,b,c identifizieren
3. Verstehen der Autoaggression als ein Versuch der Problemlösung: aufgrund der Erfahrungen und der aktuell vorliegenden Lebensumwelt: Wozu dient die Autoaggression? Welche Funktion erfüllt sie?

(cf. ELBING & ROHMANN, 1992, p. 179-181)

Autoaggression stellt sich somit als eine mögliche (und sinnvolle) Art menschlicher Reaktion in einer gegebenen Umwelt-Organismus-Konstellation dar.

## 1.14 Autoaggression: Was nun ?

Keine Theorie und auch kein Rahmenmodell der Autoaggression bietet die Gewähr umfassenden therapeutischen Erfolgs. Zwar beansprucht fast jede Konzeption, einen Niederschlag in erfolgreichen Behandlungen gefunden zu haben, jedoch kann zum einen darüber spekuliert werden, ob die eingesetzten Maßnahmen sich auch stringent aus dem jeweiligen theoretischen Modell ableiten lassen und zum anderen, ob die erzielten Wirkungen tatsächlich auf den vom jeweiligen Modell veranschlagten Mechanismen beruhen. Für den Praktiker vor Ort sind diese Fragen jedoch meist ohne Belang. Hier steht die Wirksamkeit und Effizienz der Maßnahmen im Vordergrund.

Evaluationsstudien zu Interventionsmaßnahmen bei selbstverletzendem Verhalten liegen jedoch fast nur für verhaltenstherapeutische und pharmakologische Behandlungskonzepte vor und belegen jeweils mit recht unterschiedlichen Ergebnissen die Wirksamkeit oder Wirkungslosigkeit der applizierten Methoden.

In einer methodisch recht aufwendigen Metaevaluation über Interventionen bei Verhaltensproblemen kommen SCOTTI et al. (1991) nach der Auswertung von annähernd 100 Veröffentlichungen in amerikanischen Fachzeitschriften aus den Jahren 1976 bis 1987 zu dem Ergebnis, dass je nach angewandtem Effektivitätsparameter kurze Unterbindung und Löschung sowie Löschung und kontingente aversive Stimulation unter den herangezogenen Interventionsformen die größten Erfolge in der Unterdrückung selbstverletzenden Verhaltens erzielen konnten. Medikamentöse Therapien schnitten in der Auswertung dagegen vergleichsweise schlecht ab. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist aber eine gewisse Zurückhaltung geboten, da die einzelnen Zellgrößen recht klein waren und keine Berücksichtigung des Ausmaßes der selbstverletzenden Verhaltensweisen erfolgte. Schließlich fehlen Aussagen zur Dauerhaftigkeit der erzielten Erfolge.

In einer Längsschnittstudie mit bis zu vierjähriger Katamnese zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen einschließlich Autoaggressionen bei Menschen mit Geistiger Behinderung fanden ELBING & ROHMANN (1993) in fünf von sieben Fällen eine Bestätigung der Wirksamkeit der eingesetzten systemtherapeutischen Maßnahmen<sup>62</sup>.

Neben den allgemeinen Erfolgserwartungen sollten aber auch ethische Überlegungen bei der Auswahl der einzusetzenden Maßnahmen eine Rolle spielen. Hierfür sind Empfehlungen entwickelt worden, die sich am Prinzip der jeweils geringsten Einschränkung, Einwirkung oder Gefährdung orientieren:

---

<sup>62</sup> Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie, Körperzentrierte Interaktion, Körperzentrierte Interaktion auf der Basis der Musik-Körpererfahrungs-Therapie (ROHMANN & HARTMANN 1988), Basale Kommunikation (MALL, 1984), Ansätze der Gestalttherapie mit Geistig Behinderten (BESEMS & vanVUGHT, 1985) sowie Restrukturierung des pädagogischen Alltags.

- 1.) Erfassung des Systems der Autoaggression mit seinen vorausgehenden und aktuellen auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen.
- 2.) Beseitigung fraglicher Situationen und Konstellationen, wo immer dies sinnvoll und in Abwägung der zu erwartenden kurz wie langfristigen Konsequenzen realisierbar ist.
- 3.) Versuch durch positive Verstärkung alternativer Verhaltensweisen und durch vertretbare Nichtbeachtung der Autoaggressionen die selbstverletzenden Verhaltensweisen abzubauen.
- 4.) Führten die vorangestellten Maßnahmen nachweislich nicht zum Ziel, so können aversive und bestrafende Methoden zum Einsatz gelangen.
- 5.) Nehmen die Autoaggressionen ein bedrohliches Ausmaß an, so dass gesundheitliche Folgen wahrscheinlich werden, ist eine Fixierung unumgänglich.
- 6.) Kann die Autoaggression nicht auf ein verträgliches Maß reduziert werden, ist eine medizinische Behandlung mit Psychopharmaka notwendig<sup>63</sup>.

(in Anlehnung an BREZOVSKY, 1985)

Dieses ethisch-hierarchisierte Vorgehensmodell ist so zu verstehen, dass nur dann eine Stufe in der Maßnahmenleiter weiter gegangen werden darf, wenn die vorhergehende Stufe nachweislich nicht zum Erfolg führte. Eine sinnvolle Kombination von Methoden verschiedener Stufen schließt dies allerdings nicht aus, so lange das Prinzip der Hierarchie nicht verletzt wird. So ist es sinnvoll und wohl auch üblich, beim Einsatz aversiver Konsequenzen nicht auf die Verstärkung positiver Verhaltensweisen zu verzichten. Es bedarf wohl noch einiger Aufklärungsarbeit, bis sich diese Regeln generell durchgesetzt haben.

Neben anglo-amerikanischen Veröffentlichungen (ROSS & MCKAY, 1979; SCHROEDER et al. 1990; JONES & EAYRES, 1993; OLIVER, 1995) liegen mittlerweile auch mehrere deutschsprachige Monographien und Sammelbände vor, die ausführlich die verschiedensten Maßnahmen zur Verminderung aggressiver und autoaggressiver Verhaltensweisen bei Menschen mit Geistiger Behinderung besprechen (cf. BREZOVSKY, 1985; HARTMANN & ROHMANN, 1992; HETTINGER, 1996; MÜHL, NEUKÄTER & SCHULZ, 1996, ROHMANN & ELBING, 1998).

Als pragmatische Empfehlungen herausgegriffen werden folgende Thesen festgehalten:

Autoaggressionsbehandlung ist mehr als nur der Abbau des autoaggressiven Verhaltens. Die Lebensbedingungen des autoaggressiven Menschen müssen menschenwürdig sein. Nicht die perfekte therapeutische Steuerung mittels Verstärkung und Bestrafung, Psychopharmaka oder Fixierung soll angestrebt werden, sondern die Schaffung eines Systems, in der Autoaggression überflüssig wird.

Gemeinsam festgelegte Interventionen sollten, trotz einer möglichen anfänglichen Verschlechterung des autoaggressiven Verhaltens, über einen gewissen Zeitraum (individuell verschieden 1 - 2 Wochen) beibehalten werden, da jede Neuerung eine Bedrohung für den Menschen mit Geistiger

---

<sup>63</sup> Neurochirurgische Operationen klammert BREZOVSKY (1985) aus, da er die Effektivität dieser Verfahren noch nicht ausreichend gesichert sieht.

Behinderung darstellen kann, die mit vermehrtem Krisenverhalten beantwortet wird bis eine gewisse Anpassung (Akkomodation und Assimilation) erfolgt ist.

Ein Ortswechsel sowie eine Veränderung des Bezugspersonensystems kann zum Abbau von Autoaggressionen sehr wichtig sein. Nicht zu unterschätzen ist die hilfreiche Wirkung eines strukturierten Tagesablaufes mit unterschiedlichen Tätigkeiten und einem Wechsel aus Ruhe und körperlicher Aktivität.

Positive Umdeutung der Autoaggression eröffnet meist kreative Lösungswege in festgefahren Situationen. Für den Klienten stellt Autoaggression eventuell ein hoch wirksames kommunikatives Verhalten dar. Es ermöglicht ihm seine Ziele zu erreichen. Für die Betreuergruppe bedeutet die Autoaggression möglicherweise eine wichtige gemeinsame Aufgabe, die den Zusammenhalt des Teams sichert (siehe Kap. 9.)

Eine verdichtete Übersicht zur bisher besprochenen Autoaggressionsthematik findet sich im Anhang V.

*„Wirke! Nur in seinen Werken, kann der Mensch sich selbst bemerken.“* (Friedrich Rückert, 1788-1866)

## **Der Autoaggression andere Seite**

Nach den Postulaten der Systemtheorie ist nicht nur der Träger der Autoaggression, sondern auch das soziale Umfeld bei der Lösung der Autoaggression miteinzubeziehen. Wie aber reagieren nun Erziehungspersonen auf Autoaggressionen, was steuert diese Reaktionen und welche Rückwirkungen auf das System sind zu erwarten? Welche internen Prozesse werden bei Betreuern im Angesicht der Autoaggression wachgerufen, und welche Folgen hat dies für ihr Handeln und für ihr psychisches Befinden? Diese Aspekte wurden von der Forschung bisher völlig vernachlässigt. In theoretischen Erörterungen tauchen zwar häufig Hinweise auf die Wichtigkeit solcher Fragen und Wechselwirkungen zwischen Erziehungspersönlichkeit, pädagogischem Handeln und zu betreuender Person auf, empirische Belege liegen jedoch kaum vor.

Zurückkehrend zur Autoaggression ist eine Voraussetzung für deren erfolgreiche pädagogische Bewältigung das Verfügen über ein hinreichend funktionales internes Modell selbstverletzenden Verhaltens, um im individuellen Kontext geeignete Selbstorganisationsbedingungen und systemfördernde Maßnahmen zu realisieren. Das heißt, Betreuungspersonen sollten über die verschiedenen Bedingungen, Erscheinungsformen und Funktionen der Autoaggression Bescheid wissen, über Möglichkeiten zur Prävention verfügen und ein breitgefächertes Interventionsrepertoire anwenden können und dies vor dem Hintergrund einer nicht unerheblichen physischen wie psychischen Belastung. Es ist evident, welche hohe Ansprüche hier gestellt werden.

Schaut man in die nur im geringen Maße vorhandene Literatur, die Wirkungen von Selbstverletzenden Verhaltensweisen auf Betreuungspersonen und Reaktionen von Erzieher/innen in der Auseinandersetzung mit Autoaggressionen expliziert, so wird zwar grundsätzlich auf die Wichtigkeit der Fragestellung hingewiesen, aber kaum näher auf das Problem eingegangen.

Nach ACKERMANN (1994) reicht das Spektrum des Betreuerhaltens von Hilflosigkeit über Angst bis zur pädagogischen Gegengewalt unterschiedlicher Form. KLAUB (1987a) sieht auf der Grundlage seiner Mitarbeiterbefragungen als primäre emotionale Reaktion Hilflosigkeit, die in Wut und Ärger umschlagen könne. Auf der pädagogischen Handlungsseite stünden Festhalten, Verhindern der Autoaggression und Trösten im Vordergrund, meist jedoch ohne Erfolg. Hilflosigkeit und Stressbelastung schaukeln sich auf.

Auch ein Blick in die Praxis scheint dies zu bestätigen: Es finden sich schnell Betreuer, deren emotionale Belastung durch die Beobachtung selbstverletzenden Verhaltens eine optimale Lösungsstrategie verhindert, deren erzieherische Handlungskompetenz blockiert und deren berufliches En-

agement ausgebrannt ist. Ein *circulus vitiosus* gespeist aus dem Konfrontiertwerden mit der Autoaggression.

Andererseits gibt es auch immer wieder Beispiele von erfahrungsoffenen Erzieher/innen, die mit ihrer Aufgabe wachsen, ohne auf ein entsprechendes theoretisches Wissen zurückgreifen zu können, die sich dennoch eine praktische Kompetenz im Umgang mit autoaggressiven Klienten erwerben, welche durchaus als erfolgreich zu bezeichnen ist.

Eine zentrale und immer wieder hervorgehobene Rolle spielt zweifelsohne die emotionale Verarbeitung. Wie stark sich die Betreuungspersonen Autoaggressionen gegenüber ausgesetzt sehen und welche emotionalen Reaktionen dadurch bei ihnen wachgerufen werden, bleibt nicht ohne Konsequenzen auf die gewählten Maßnahmen und Handlungsstrategien.

Untersuchungen zur Bedeutung von Emotionen auf Wahrnehmung, Gedächtnis und problemlösendes Handeln zeigen aber, dass der Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen in der Regel nicht linear, sondern nur in Form eines komplexen „Rückkopplungsgeflechts“ (KUHL, 1983) zu beschreiben ist. Unzweifelhaft hängen Emotionen mit den eingehenden Sinnesreizen und Wahrnehmungen zusammen: Sie beeinflussen und werden beeinflusst von den Wahrnehmungen und kognitiven Bedeutungszuschreibungen und spielen bei der Ausgestaltung problemlösenden Verhaltens eine wesentliche Rolle.

KUHL (1992) sieht auf der Handlungsseite zwei Pole, die er als *Handlungs-* versus *Lageorientierung* beschreibt. Es handelt sich hierbei um ein theoretisches Konstrukt, das Beeinträchtigungen der Handlungsfähigkeit thematisiert, wie sie in Gegenwart von Autoaggressionen immer wieder zu beobachten sind: Betreuungspersonen geraten in eine Art Handlungs lähmung oder verfallen einem blanken Aktionismus. Eigentlich vorhandene Kompetenzen kommen nicht zum Einsatz. Naheliegende Lösungen werden übersehen. KUHL (1992) spricht bei Personen, die besonders anfällig sind für Beeinträchtigungen der Handlungsfähigkeit von *Lageorientierung*<sup>64</sup>.

Handlungsorientierung liegt gemäß den Vorstellungen von KUHL (1994) dann vor, wenn auch unter Belastungen die eigene Handlungskompetenz gut ausgeschöpft werden kann, während Lageorientierung als Gegenpol die Handlungs lähmung oder den Aktionismus in Stresssituationen meint. KUHL weist mit Recht darauf hin, dass Lageorientierung auch das Ergebnis eines langandauernden oder wiederkehrenden Misserfolgserlebnisses sein kann. Das Persistieren der Autoaggression unter entsprechenden edukativen und therapeutischen Misserfolgen mag eine solche

---

<sup>64</sup> „Manche Menschen erleben solche Beeinträchtigungen, besonders unter Belastung, häufiger als andere. Sie schauen dann wie gebannt auf die eingetretene Lage, ohne dass sie überhaupt darauf kommen, an Handlungsmöglichkeiten zu denken, die sie aus dieser Lage wiederherausbringen könnten. Es fehlt oft nicht an Wissen und sonstigen Fähigkeiten, aber das vorhandene Wissen ist nicht immer einsetzbar. Menschen, die ihre Handlungskompetenz unter Belastung genauso gut oder sogar besser ausschöpfen können als unter entspannten Bedingungen, nennen wir handlungsorientiert.“ (KUHL, 1992, p. 1).

Lageorientierung induzierende Situation darstellen. Ähnlich dem Konzept der gelernten Hilflosigkeit verhindert hier die Vorerfahrung eine effiziente Problemlösung.

Nach den Vorstellungen von DÖRNER et al. (1984) gehen die Emotionen „Ärger“ und „Furcht“ mit einem relativ hohen Grad des erlebten Kontrollverlustes einher. In deren Folge postulieren die Autoren ein Absinken der Motivation unter das Maß, welches für eine effiziente Problemlösung bei komplexen Aufgaben nötig sei. Schließlich lässt das emotionstheoretische Modell ebenfalls eine funktionale Handlungsbeeinträchtigung erwarten.

Kontrollverlust im Zusammenhang mit der Betreuung von Personen mit Autoaggressionen betrifft die Wirksamkeit der eingesetzten Maßnahmen, aber auch die zu Grunde liegenden Ursachen, die mehr oder weniger eine Beeinflussung der Autoaggression durch Betreuungspersonen erlauben. Andererseits mag gerade die postulierte pädagogische Nicht-Beeinflussbarkeit des selbstverletzenden Verhaltens für einige Betreuungspersonen eine protektive Funktion haben, da die Autoaggressionsbehandlung dann außerhalb der eigenen Verantwortung liegt.

Die emotionale Betroffenheit stellt häufig nicht den Endpunkt der Belastung dar. Vielmehr ist zu erwarten, dass Betreuungspersonen mit der Zunahme der emotionalen Belastung vermehrt unter Burnout leiden und psychosomatische Beschwerden entwickeln.

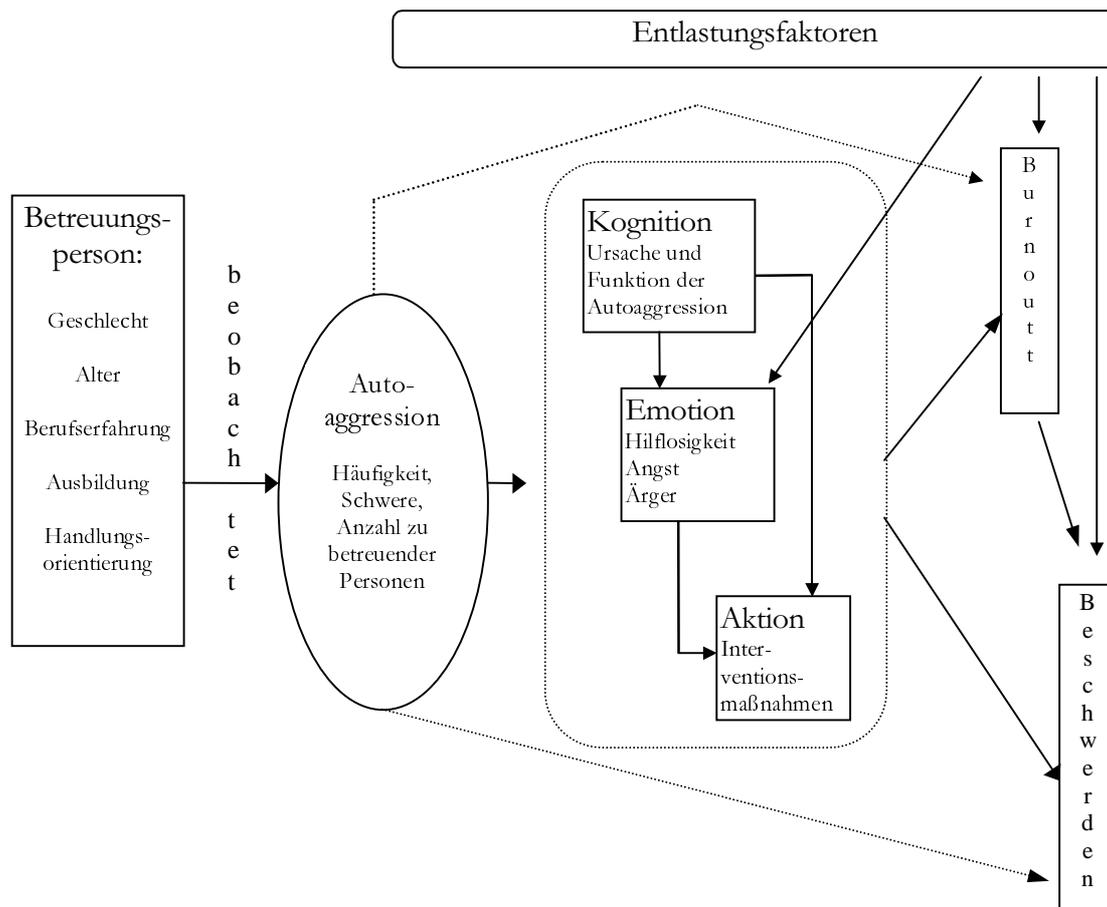
Ausgebrannte Erzieher/innen<sup>65</sup> zeichnen sich aus durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung der zu betreuenden Personen und Einbußen der eigenen Leistungsfähigkeit.

STRAßMEIER (1995) resümiert seine Befragung mit dem Befund, dass Männer, Lehrkräfte an Schulen für lernbehinderte und verhaltengestörte Kinder vor allem durch Burnout betroffen seien, während kaum Lehrkräfte an Schulen für Geistigbehinderte und keine Kollegen über 59 Jahre ausgebrannt seien.

Um der Komplexität einigermaßen habhaft zu werden, wird folgendes vereinfachtes Arbeitsmodell, in dem nicht die Autoaggression selbst, sondern vielmehr die soziale Reaktion darauf im Mittelpunkt der Analyse steht, vorgeschlagen:

---

<sup>65</sup> Die Bedeutung von biographischen Variablen für das Ausmaß emotionaler Belastung, Burnout und psychosomatischer Beschwerden gibt immer wieder Anlass für kontroverse Diskussionen. In früheren Veröffentlichungen ermittelten MASLACH & JACKSON (1981) ein generell größeres Ausmaß des Ausgebranntseins bei Frauen gegenüber Männern. Insbesondere im Bereich der emotionalen Erschöpfung zeigten Frauen demnach höhere Werte. Auch BREHMER (1989) sieht insbesondere in der Schule Frauen stärker durch Burnout belastet und stressanfälliger als Männer. Die Differenzierung nach Geschlechtszugehörigkeit ist insofern von Bedeutung, als Frauen in sonderpädagogischen Einsatzfeldern stark überrepräsentiert sind. In neueren Untersuchungen und Reanalysen unter Berücksichtigung dieser geschlechtsspezifischen Berufshäufigkeiten ließ sich die höhere Betroffenheit von Frauen nicht aufrechterhalten. (siehe BARTH, 1990).



**Abbildung 13** Theoretisches Arbeitsmodell der Verarbeitung selbstverletzenden Verhaltens

Das Modell sieht eine direkte Verbindung (gepunktete Pfeile) vom Ausmaß der selbstverletzenden Verhaltensweisen (Schwere, Häufigkeit, Anzahl der zu betreuenden Personen mit Autoaggressionen) zu Burnout und psychosomatischen Beschwerden vor<sup>66</sup>. Daneben wird aber auch ein über kognitive, emotionale und aktionale Prozesse vermittelter Einfluss als wesentlich angenommen. Damit ergibt sich ein Beziehungsgeflecht ausgehend von der Betreuungsperson, die selbstverletzende Verhaltensweisen bei Menschen mit Geistiger Behinderung wahrnimmt, über deren emotionale, kognitive und aktionale Reaktion hin zu Burnout und psychosomatischen Beschwerden.

### 1.15 Hypothesen und Forschungsfragen

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung, wie Autoaggression Geistig Behinderter Menschen von Betreuungspersonen wahrgenommen und verarbeitet wird, musste eine Vielzahl unterschied-

<sup>66</sup> Diese direkte Verbindung konnte in der empirischen Überprüfung jedoch nicht bestätigt werden (siehe Kap. 7.7 und 7.8).

licher Variablen erhoben werden, deren Auswahl in folgenden Forschungsfragen und Hypothesen begründet liegt:

- In welchen Zeiteinheiten werden autoaggressive Verhaltensweisen beobachtet?
- Wieviele Personen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen werden betreut?
- Welche Schweregrade des selbstverletzenden Verhaltens herrschen vor?
- In welchem Ausmaß sind Betreuungspersonen selbstverletzendem Verhalten bei Menschen mit Geistiger Behinderung ausgesetzt?

Differenzierter wird sodann zu klären sein, inwiefern es soziodemographische Besonderheiten bezüglich des Ausmaßes der Autoaggressionsbeobachtungen gibt.

**(H1)** Als erste thematisch eingebettete Hypothese wird untersucht, ob sich bei Betreuungspersonen unter der Bedingung der Autoaggression von Menschen mit Geistiger Behinderung Lageorientierung einstelle. ROHMANN & ELBING (1998, p. 193) sprechen bei Aggression und anhaltender Selbstverletzung von der Gefahr des Verlustes der Handlungskompetenz, was sich mit dem Begriff der Lageorientierung nach KUHLE (1994) deckt.

**(H2)** Bezüglich kognitiver Muster der Betreuungspersonen zur Autoaggression lautet die Hypothese, dass Erklärungen dominieren, die auf den Index-Klienten zentriert sind und pathologische bzw. provozierende Anteile der Autoaggression herausstellen. Diese Hypothese stützt sich nicht zuletzt auf die Erfahrung aus der Praxis, wonach noch immer am medizinischen Modell orientierte Erklärungsparadigmen die Arbeit mit geistig behinderten Menschen dominieren (cf. HENNIGKE, 1994). „In den Augen vieler Betreuer ist Autoaggression eine Provokation, Erfüllung eines Wunsches Erzwingen.“ (KLAUß, 1987a p.115; cf EMERSON, 1990a, 1992).

**(H3 & H4)** Die emotionalen Reaktionen der Betreuungspersonen auf Autoaggression werden vor allem in Angst (**H3a**) und Hilflosigkeit (**H3b**) sowie in Ärger (**H4**) gesehen. Je nach Autor werden verschiedene Emotionen behandelt: KLAUß (1987a) nennt Hilflosigkeit, Ärger, Wut; JANTZEN & von SALZEN (1990) sehen „extreme Hilflosigkeit“; LANWER-KOPPELIN (1997) schreiben über „stärkste emotionale Reaktionen“ vor allem „Unsicherheit, Unverständnis, Hilflosigkeit und Ohnmacht“. HASTINGS & REMINGTON (1998) sehen in selbstverletzendem Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Auslösefaktor für negative Emotionen bei Betreuungspersonen. Insbesondere Angst, das Gefühl hilflos ausgeliefert zu sein und Verzweiflung stehen bei ihnen an erster Stelle. MÜHL et al. 1996 vermuten als Konsequenz des Auftretens von schweren Verhaltensproblemen bei Menschen mit Geistiger Behinderung eine psychische Belastung der Bezugspersonen, das Gefühl überfordert zu sein und Hilflosigkeit im Umgang mit den betroffenen Personen.

**(H5 & H6)** Als häufigste Interventionsmuster in der intra-muralen Praxis werden medikamentöse Behandlung **(H5)** und bestrafende Interventionen **(H6)** vermutet. Bezüglich medikamentöser Behandlungen weist HETTINGER (1996) auf die relative Indikationsunabhängigkeit der Medikation bei selbstverletzendem Verhalten hin. RUSCH, HALL & GRIFFIN (1986) beobachten restriktive Reaktionen, Strafen und ineffektive Interventionen bei selbstverletzendem Verhalten. EMERSON (1990a, 1992) sieht Ignorieren und Bestrafen im Vordergrund, wenn Autoaggression als Provokation attribuiert wurde. MÜHL et al. 1996 befürchten, dass aus dem Gefühl, überfordert zu sein, die Gefahr erwachse, dass diese emotionale Belastung der Betreuungspersonen in Aggressionen, Meidung oder Bestrafungstendenzen münden könne.

**(H7)** Bezüglich Burnout der Betreuungspersonen autoaggressiver Klienten geht die Hypothese von einem linearen Anstieg aus. MARQUARD et al. (1993) sehen in Behindertenarbeit generell einen Erosionsprozess der Persönlichkeit, der zur Erschöpfung führe. Während STRAßMEIER (1995) und ANSTÖTZ (1987) eine höhere Gefahr des Ausbrennens im Zusammenhang mit der Arbeit bei behinderten Menschen verneinen.

**(H8)** Es wird eine lineare Zunahme psychosomatischer Beschwerden bei Betreuungspersonen mit steigender Autoaggressionsexposition erwartet. Bezugnehmend auf das Streß-Modell nach SELYE (1956) wird vermutet, dass die Adaptationskompetenz mit zunehmender Dauer der Exposition erschöpft wird und sich psychosomatische Beschwerden einstellen. FENGLER (1994) führt als Beispiele psychosomatischer Beschwerden bei Mitarbeiter/innen in Erziehungs- und Unterrichtsprozessen im Behindertenbereich exemplarisch einige Stellungnahmen von betroffenen Personen an, die ein hohes Ausmaß der Somatisierung vermuten lassen, ohne jedoch auf die Prozesse der Adaptation oder allmählichen Erschöpfung einzugehen.

**(H9)** Als ein möglicher Moderator des Ausmaßes der emotionalen Belastung wird die Attribution der Autoaggression angenommen. Danach wird empirisch zu überprüfen sein, welche Ursachenattribution die emotionale Belastung beeinflusst. Aufgrund Beobachtungen in der Praxis wird der Provokationsattribution eine hohe Valenz in der Verstärkung der emotionalen Belastung zugeschrieben. ROHMANN & ELBING (1998) sehen eine enge Verbindung zwischen Provokation und Ärger.

**(H10)** Als positive Moderatoren im Sinne einer Entlastung werden Faktoren der sozialen Unterstützung angenommen (cf. FENGLER, 1994). Hierbei wird auch die Frage, welche individuellen Entlastungsfaktoren wirksame Moderatoren bezüglich der emotionalen Betroffenheit, beruflichen Erschöpfung und psychosomatischer Beschwerden darstellen, zu klären sein.

Im Zusammenhang mit den Hypothesentestungen ergaben sich bisweilen neue komplexe Fragestellungen und Moderatorhypothesen, die sich auf differentielle Unterschiede emotionaler Verarbeitung bei Betreuungspersonen gegenüber selbstverletzender Verhaltensweisen bei Menschen

mit Geistiger Behinderung beziehen oder über die Belastungsfrage hinaus Verbindungen zwischen den untersuchten aktionalen Variablen aufzeigen.

**(H11)** Zwischen dem Ausmaß der emotionalen Betroffenheit auf den Dimensionen Ärger beziehungsweise Angst/Hilflosigkeit und dem Ausmaß des Gebrauchs bestrafender Interventionen wurde ein gleichsinniger und linearer Zusammenhang vermutet.

**(H12)** In Form eines linearen Modells wird angenommen, dass die erlebte Effizienz in der Betreuung autoaggressiver Personen mit Geistiger Behinderung die emotionale Belastung, Burnout und psychosomatische Beschwerden moderiert.

Schließlich wird in einem pfadanalytischen Strukturmodell auf der Grundlage der empirisch vorliegenden Daten versucht, die Komplexität der Beziehungen zwischen den einzelnen Variablen zusammenfassend abzubilden.

### **1.16 Zusammenfassung der grundlegenden Hypothesen:**

H1 Betreuungspersonen sichselbstverletzender geistig behinderter Personen haben eine höhere Lageorientierung als der Normwert, und das Ausmaß der Lageorientierung sollte mit dem Ausmaß der Betroffenheit durch Autoaggressionen steigen.

H2 Betreuungspersonen erklären Autoaggression primär im Bezug auf eine Störung, Krankheit oder Provokation des Index-Klienten.

H3 Angst und Hilflosigkeit auf Seiten der Betreuungspersonen nehmen linear mit dem Ausmaß der Exposition gegenüber autoaggressiver Handlungen zu.

H4 Ärger auf Seiten der Betreuungspersonen nimmt linear mit dem Ausmaß der Exposition gegenüber autoaggressiver Handlungen zu.

H5 Medikamentöse Behandlung der Autoaggression nimmt linear mit dem Ausmaß der Autoaggression zu.

H6 Die Tendenz zu bestrafenden Interventionen nimmt linear mit dem Ausmaß der Autoaggression zu.

H7 Zwischen Burnout der Betreuungspersonen und Autoaggression der Klienten besteht ein positiver linearer Zusammenhang.

H8 Zwischen psychosomatischen Beschwerden der Bezugspersonen und Autoaggression der Klienten besteht ein positiver linearer Zusammenhang.

H9 Die Attribution der Autoaggression moderiert die emotionale Belastung.

H10 Entlastungsfaktoren können die Belastungen im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten moderieren.

H11 Zwischen Ärger, Angst/Hilflosigkeit und dem Ausmaß des Gebrauchs bestrafender Interventionen besteht ein linear-gleichgerichteter Zusammenhang.

H12 Die erlebte Effizienz in der Betreuung autoaggressiver Personen mit Geistiger Behinderung verringert die emotionale Belastung, Burnout und psychosomatische Beschwerden.

### **1.17 Erhebungsmethode und Aufbau des Fragebogens**

Als Erhebungsmethode wurde eine schriftliche Befragung gewählt. Dieses Verfahren hat nach SCHNELL, HILL & ESSER (1999) den Vorteil gegenüber mündlichen Interviews, dass Interviewfehler ausgeschlossen werden können und die Antworten vermutlich ehrlicher ausfallen, nicht zuletzt deswegen, da die Anonymität glaubwürdiger erscheint. Zudem wird in schriftlichen Befragungen meist überlegter und konzentrierter geantwortet. Diesen Vorteilen stehen aber auch einige Nachteile gegenüber, wobei insbesondere die Gefahr einer systematischen Verzerrung der Stichprobe hervorzuheben ist. Im vorliegenden Falle mag die „Selbstrekrutierung“ dazu führen, dass gerade Mitarbeiter/innen mit einer hohen emotionalen Belastung und hohen Burnoutwerten nicht mehr die Energie aufbringen, den doch umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Auch die Möglichkeit, den Fragebogen zu Hause in einer entspannten Atmosphäre auszufüllen, legt nahe, dass die gewonnenen Daten das wahre Ausmaß der emotionalen Belastungen eher unterschätzen.

Fragen zu emotionalen Erlebnisinhalten, eigenen kognitiven Verarbeitungsmustern und psychosomatischen Beschwerden setzen einen gewissen Grad an Introspektionsfähigkeit voraus und unterliegen einer nur schwer einzuschätzenden Tendenz der Beantwortung im Sinne sozialer Erwünschtheit. Auch dieses kann dazu führen, dass negative Gefühle oder Handlungstendenzen in Richtung Gegengewalt nicht adäquat abgebildet werden.

Die Zusammenstellung und Komposition der Fragen, mit deren Hilfe die vorangestellten Hypothesen getestet werden sollen, erfolgte ausgehend von mündlichen Befragungen und einer schriftlichen Pilotstudie. Als biographische Basisvariablen wurden Alter, Geschlecht, Art der Ausbildung, Berufserfahrung und momentane Tätigkeit sowie Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Autoaggression / selbstverletzendes Verhalten und Zugang zu Supervision erfragt<sup>67</sup>. Auf weitere Fragen zur Person wurde verzichtet, um die Anonymität der Angaben nicht zu gefährden.

Als Autoaggressionsparameter wurden drei Fragestellungen vorgelegt: Mit welcher Häufigkeit werden selbstverletzende Verhaltensweisen beobachtet, was war die schwerste je beobachtete Autoaggression und wieviele autoaggressive Personen betreut die befragte Person.

---

<sup>67</sup> Ein Exemplar des kompletten Fragebogens befindet sich in Anhang I, p. 217 ff.

Zur Erfassung des persönlichkeits-theoretischen Konstrukts Handlungsorientierung schließt sich die Skala „Handlungsorientierung bei Tätigkeitsorientierung (HOT) aus dem Fragebogen „Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv“ (HAKEMP 90) von KUHHL (1994) an.

Die vorherrschenden kognitiven Muster zur Autoaggression wurden über Stellungnahmen zu 17 vorgegebenen Aussagen und einer offenen Antwortkategorie bezüglich autoaggressiven Verhaltens gegeben. Die Ablehnungen oder Zustimmungen konnten jeweils gewichtet angekreuzt werden: Von 1 („stimmt gar nicht“) bis 6 („stimmt ganz genau“). Die Auswahl der Fragen orientierte sich an Protokollen aus der Supervisionspraxis und den in der Literatur behandelten Modellen (cf. ROHMANN & HARTMANN, 1992).

Anschließend folgten als Schwerpunkt der Untersuchung 25 Items zur emotionalen Belastung der Betreuungspersonen im Zusammenhang mit Autoaggressionen. Auch hier konnten wieder gewichtete Bewertungen von 1 („stimmt gar nicht“) bis 6 („stimmt ganz genau“) zu vorgegebenen Aussagen abgegeben werden. Die zu Grunde gelegten Emotionsdimensionen und Formulierungen wurden an Hand von Supervisionsprotokollen, Einzelinterviews und auf der Grundlage der vorliegenden Forschungsliteratur ausgewählt. (cf. MÜHL, et al. 1996; KLAUB (1987a); JANTZEN & von SALZEN (1990); LANWER-KOPPELIN (1997). Insbesondere Items zu den Emotionen Hilflosigkeit, Angst und Ärger wurden den Probanden vorgelegt.

Zur konkreten Handlungsbereitschaft der Betreuungspersonen als aktionale Komponente schloss sich eine zweigeteilte Fragenreihe an, die sowohl nach der Häufigkeit der angewandten Intervention als auch nach dem beigemessenen Erfolg dieser Intervention fragte. Als Abstufungen wurden in der Spalte Anwendungshäufigkeit die beiden Endpunkte „nie“ (=1) und „oft“ (=6) vorgegeben. Bezüglich des beigemessenen Erfolgs lauteten die Pole „gering“ (=1) und „gut“ (=6), siehe Kap. 7.2.1.

Schwierigkeiten ergaben sich hier bei der konkreten Bezeichnung der Interventionen. So zeigte sich in der Pilotphase, dass differentielle Verstärkungstechniken wie auch Basale Stimulation zumindest als Begriffe einigen Betreuungspersonen nicht bekannt waren und entsprechend umschrieben werden mussten (siehe Kap. 7.2.2). Die sich anschließende Skala der Entlastungsfaktoren sollte ursprünglich ans Ende des Fragebogens gestellt werden. In der Voruntersuchung zeigten sich aber viele vermutlich konzentrations- oder motivationsbedingte Ausfälle insbesondere in der Spalte Verfügbarkeit, so dass die Skala direkt hinter die parallel aufgebaute Interventionsskala vorgezogen wurde. Die abzugebenden Stellungnahmen bezogen sich hier zum einen auf die Einschätzung der Bedeutsamkeit (1=„gering“ bis zu 6= „hoch“) des jeweiligen Faktors und zum anderen auf die individuelle Verfügbarkeit (1=„gering“ bis zu 6=„hoch“), siehe Kap. 7.2.5.

Zur Ermittlung des Burnout wurde auf das Maslach-Burnout-Inventary (MBI) nach MASLACH & JACKSON (1981) in seiner Übertragung durch BARTH (1990) zurückgegriffen. In engem Bezug

zum Untersuchungsanliegen wurde der Begriff „Schüler“ durch „geistig behinderte Person mit autoaggressiven Verhaltensweisen“ ersetzt (siehe Kap. 7.2.6).

Die Abstufungen des MBI bestehen aus einem zeitlichen Raster mit 0 = „niemals“; 1 = „ein paar mal im Jahr oder weniger“; 2 = „monatlich“; 3 = „ein paar mal im Monat“; 4 = „wöchentlich“; 5 = „ein paar mal in der Woche“; 6 = „täglich“.

Schließlich wurde als letzte Skala die „Beschwerdenliste“ (BL) nach von ZERSSEN (1976) zur Erfassung psychosomatischer Beschwerden vorgelegt (siehe Kap. 7.2.7), wobei hier die ursprünglichen Abstufungen von Zerssens „stark“, „mäßig“, „kaum“, „gar nicht“ verwendet wurden.

Ergebnisse der empirischen Überprüfung der jeweiligen Skalengüte und zur faktoriellen Struktur finden sich in Kapitel 7.2.

Den Abschluss des Fragebogens bildete eine Rubrik zum Eintragen einiger kritischer Bemerkungen oder sonstiger Anmerkungen.

„Es ist ein tausendmal bestätigtes Gesetz unserer Psyche: Für eine positive Korrelation, von der wir überzeugt sind, suchen wir immer wieder nach neuen Bestätigungen und rechtfertigenden Gründen, so illusorisch diese Korrelation objektiv auch sein mag.“ (Massimo Piattelli-Palmarini 1993: Die Illusion zu wissen)

## Ergebnisse der empirischen Untersuchung

### 1.18 Gliederung der Stichprobe

Insgesamt wurden 300 Fragebögen in verschiedenen Einrichtungen im Raum Saarland, Rheinland-Pfalz und Luxemburg verteilt. Neben zwei Großeinrichtungen wurden mehrere kleinere Wohnheime<sup>68</sup> befragt. Die Datenerhebung zog sich vom Frühjahr bis Herbst 1997 hin. Der Einbezug einer Sonderschule scheiterte an der erforderlichen Genehmigung. Die Rücklaufquoten fielen höchst unterschiedlich aus und schwankten von 0-100%, wobei beide Extrema jeweils in Kleinrichtungen erzielt wurden. (siehe Tab. 7).

**Tabelle 7** Stichprobenumfang und Rücklauf <sup>69</sup>

Einrichtung	Anzahl	Bearbeitet	Quote
Großeinrichtung A	100	36	36.0%
Großeinrichtung B	100	48	48.0%
Wohnheim I	18	8	44.4%
Wohnheim II	18	18	100.0%
Wohnheim III	7	7	100.0%
Wohnheim IV	15	0	0.0%
WFB	15	5	33.3%
Sonderkindergarten	5	4	80.0%
Kursteilnehmer	17	7	41.2%
Sonderschule	5	0	0.0%
Sonst		3	
Total	300	136	45.3%

Der komplette Ausfall lag bei einer Institution an der nicht eingegangenen Genehmigung der Befragung. In einer anderen Einrichtung erreichten die Bögen nicht die Mitarbeiter/innen.

Unter der Rubrik „Sonst“ befinden sich drei Fragebögen, die ohne Herkunftsangabe zugeschickt worden waren, so dass eine eindeutige Zuordnung nicht möglich war. Vier der sieben Fragebögen der Kursteilnehmer einer Weiterbildungsveranstaltung wurden von Personen ausgefüllt, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht in Einrichtungen arbeiteten.

Formal ergibt sich eine Gesamt-

<sup>68</sup> Aus einigen Einrichtungen wurde der Wunsch geäußert, zur Wahrung der Anonymität auf die Benennung der Institution zu verzichten.

<sup>69</sup> In den nachfolgenden statistischen Tabellen ist das Dezimalzeichen in der Regel ein Punkt (.) und die führende Null wird ausgelassen: so bedeutet .5 demnach 0,5.

rücklaufquote von 45,3%, was im Rahmen ähnlicher Erhebungen als ein recht guter Wert gelten kann (cf. BERMEJO & MUTHNY, 1994). Nimmt man noch die beiden „Total-Ausfälle“ heraus, so steigt die Rücklaufquote auf knapp 50% (48,57%).

Innerhalb der zur Auswertung vorliegenden Stichprobe arbeiteten 62% der Probanden zum Zeitpunkt der Befragung in Großinstitutionen (mit mehr als 100 Beschäftigten bzw. Bewohnern), während 38% in kleineren Einrichtungen beschäftigt waren. Als biographische Merkmale wurden erfragt:

- <sup>1</sup>Ich bin ...eine Frau / ...ein Mann (SEX)
- <sup>2</sup>Mein Geburtsjahrgang ist 19\_\_ (GEB)
- <sup>3</sup>Ich habe eine abgeschlossene Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_ (AUSBILD)
- <sup>4</sup>Momentan arbeite ich als: \_\_\_\_\_ (MOMTAET)
- <sup>5</sup>Ich bin im *Sozialen Bereich* tätig seit 19\_\_ (JOBJAHR)
- <sup>6</sup>Ich habe bereits an Fortbildung(en) über autoaggressive Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen teilgenommen.  
nein... ja... -> wann zuletzt? 19\_\_ (FORTBIL)
- <sup>9</sup>Haben Sie Gelegenheit zur Supervision oder fachlichen Beratung im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit autoaggressiven Verhaltensweisen?  
0.. nein, nie  
0.. ca. 1 Mal jährlich  
0.. ca. 1 Mal im Monat  
0.. ca. 1 Mal pro Woche  
0.. ca. \_\_\_\_\_ (SUPERVI)

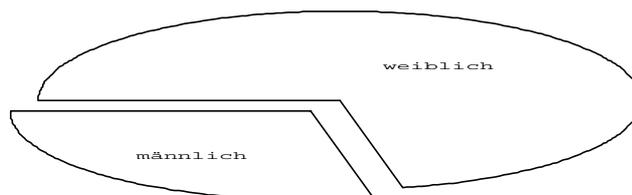
Auf weitere Fragen zur Person wurde verzichtet, um die Anonymität der Angaben nicht zu gefährden.

### 1.18.1 Geschlechterverteilung

Wie aus der Tabelle sogleich ersichtlich, sind mehr als 2/3 aller Probanden weiblich. Ein Befund, der angesichts des hohen Anteils an weiblichen Betreuungspersonen in Heimen für Menschen mit Geistigen Behinderungen auch in dieser Höhe zu erwarten war. Untenstehende Graphik illustriert das Übergewicht weiblicher Betreuungspersonen deutlich. Entsprechend bestätigt die teststatistische Absicherung mittels  $\chi^2$  für nicht parametrische Daten die Bedeutsamkeit des Ergebnisses.

**Tabelle 8** Geschlechterverteilung

Geschlecht	absolut	Prozent
weiblich	96	70.6
männlich	38	27.9
keine Angaben	2	1.5
Total	136	100.0
$\chi^2 = 25.105$		df=1 sig=.000



**Abbildung 14** Geschlechterverteilung der Stichprobe

### 1.18.2 Alter

Bezüglich der Altersvariable ergibt sich in der Stichprobe eine recht gute Normalverteilung innerhalb der Grenzen von 18 bis 60 Jahren, und dies gilt für beiderlei Geschlecht. Somit befanden sich ca. 2/3 aller Fragebogenteilnehmer/innen zum Zeitpunkt der Erhebung im Alter zwischen 25 und 42 Jahren. Eine gewisse Verschiebung des Mittelwertes nach oben besteht in Großinstitutionen gegenüber kleineren Wohneinheiten. In drei Fällen wurde keine Altersangabe eingetragen.

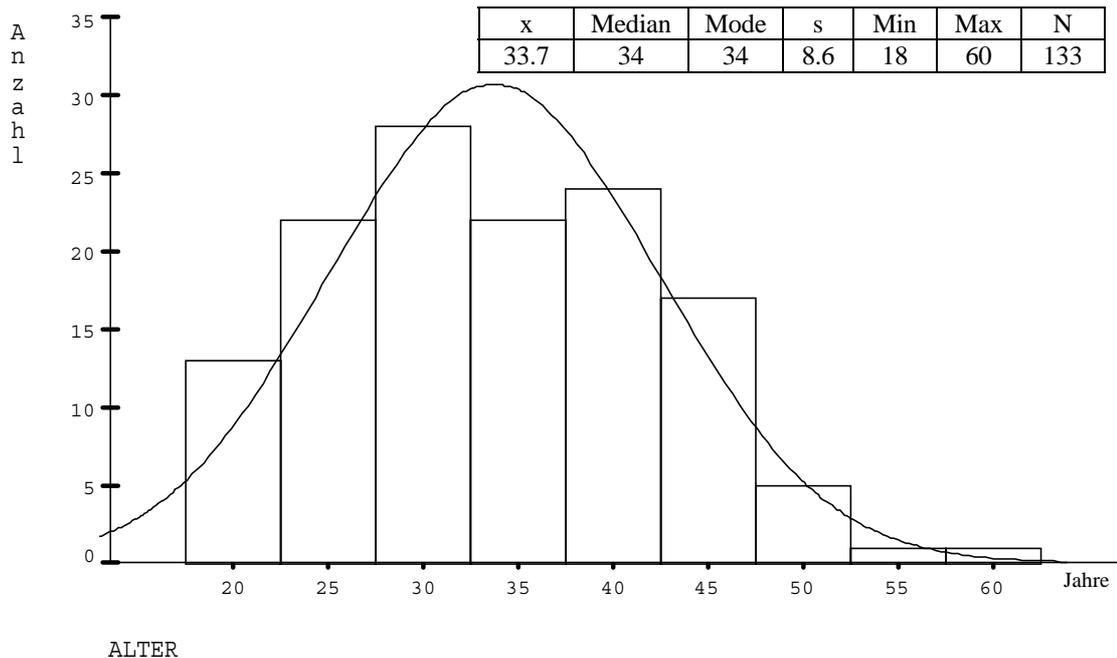
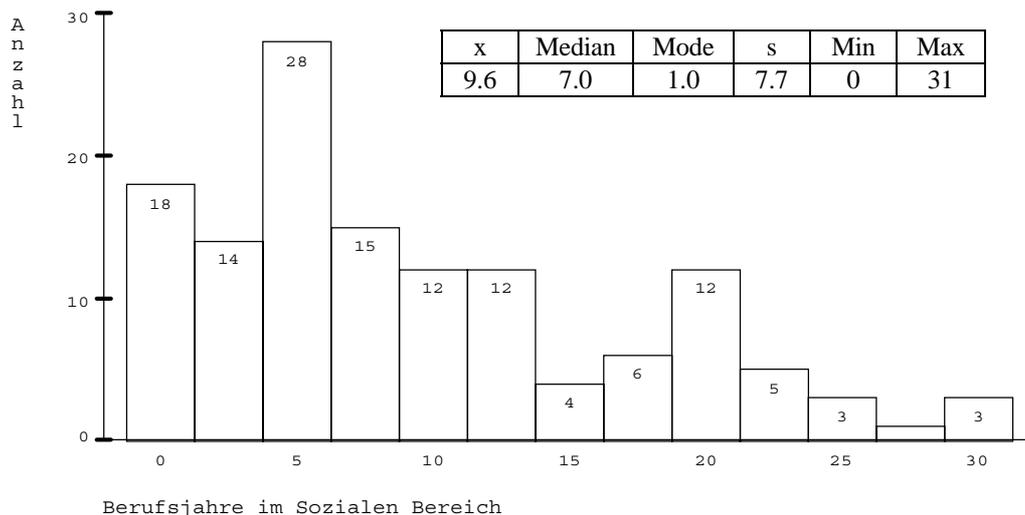


Abbildung 15 Altersverteilung der Stichprobe

### 1.18.3 Berufsjahre

Bezüglich der Berufserfahrung gemessen in Jahren, in denen im Sozialen Bereich gearbeitet wurde, lassen sich die statistischen Kennzahlen so interpretieren, dass eine große Anzahl von Mitarbeiter/innen nur über eine geringe Berufserfahrung verfügt (häufigster Wert=1 Jahr), es aber auch einige Personen gibt, die schon über 20 Jahre im „Sozialen-Bereich“ arbeiten. Fast 20% verfügen über eine Berufserfahrung von maximal 2 Jahren, etwa die Hälfte haben bis zu 7 Jahre und ca. 15% gar 20 Jahre und mehr Berufserfahrung. Dies verdeutlicht das folgende Balkendiagramm:



**Abbildung 16** Balkendiagramm der Berufserfahrung in Jahren

### 1.18.4 Berufsausbildung

Aufgrund der deutlichen Überrepräsentanz weiblicher Probanden wird im Folgenden jeweils die weibliche Form der Berufsbezeichnung gewählt, männliche Vertreter sind natürlich inbegriffen. Insgesamt wurden viele verschiedene Berufsausbildungen (einschließlich Mehrfachnennungen) angegeben. Als häufigste Ausbildung im sozialen Bereich wurde „Erzieherin“ genannt (32 mal). Berufe aus dem Bereich der medizinischen Versorgung wie Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Arzthelferin folgten mit 27 Nennungen. Heilerziehungsberufe, Heilerzieherin, Heilerziehungspflegerin, Heilerziehungspflegehelferin usw. wurden in 16 Fällen genannt. Daneben wurden noch Familienhelferin (2) Sonder- bzw. Grundschullehrerin (2) und Altenpflegerin (3) angegeben. 14 Personen gaben eine Hochschulausbildung oder Fachhochschulausbildung mit Diplom an: (Psychologin, Pädagogin jeweils 3, Sozialarbeiterin: 7, Juristin: 1). Sozial und Erziehungsberufe im engeren Sinne ergeben zusammen 68 Nennungen. Das entspricht genau 50% aller Fragebogenteilnehmer. Unter Einbezug der medizinischen Ausbildungen ergeben sich 95 Nennungen (69,8%). Eine „fachfremde“ Ausbildung wurde in 23 Fällen (16,9%) angegeben. Zu diesen zählen Berufsnennungen wie: Bürokauffrau, Elektriker, Fotolaborantin, KFZ-Mechaniker, Verkäuferin, Winzer, technischer Zeichner usw.. Keine abgeschlossene Berufsausbildung wurde in 12 Fällen (8,8%) angegeben. Keine Angaben zu ihrer Berufsausbildung machten 6 Personen (4,4%).

### 1.18.5 Momentane Tätigkeit

Beim Vergleich von Berufsausbildung und momentaner Tätigkeit fällt auf, dass sowohl Personen ohne adäquate Ausbildung im „Leitungsbereich“ als auch höher qualifizierte Personen auf Erzieherpositionen arbeiten. Als häufigste Angaben standen auch hier: Erzieherin (38), Tätigkeiten aus

dem Bereich der Krankenpflege (29), Heilerzieherin (19). Eine ihrer akademischen Ausbildung entsprechende Aufgabe gaben 10 Personen an. In Leitungspositionen tätig zu sein, gaben 6 Personen an. Die restlichen Tätigkeiten beziehen sich auf so unscharfe Bezeichnungen wie Mitarbeiterin, Betreuerin oder betreffen den Status als FSJ, Praktikantin, ZDL usw..

### 1.18.6 Fortbildung im Bereich Autoaggression

Über 82% aller Befragten gaben an, noch nie eine Fort - oder Weiterbildung über autoaggressives Verhalten bei geistig behinderten Menschen besucht zu haben. Bei zwei Personen lag diese Fortbildung schon über 10 Jahre zurück. Nach 1990 haben 21 Personen eine entsprechende Fortbildung besucht. Dies entspricht 15,4% aller Fragebogenteilnehmer/innen.

### 1.18.7 Häufigkeit des beobachteten autoaggressiven Verhaltens

Als Autoaggressionsparameter wurden drei Fragestellungen vorgelegt: Mit welcher Häufigkeit werden selbstverletzende Verhaltensweisen beobachtet, was war die schwerste je beobachtete Autoaggression und wieviele autoaggressive Personen betreut die befragte Person.

<sup>7</sup>Ich beobachte autoaggressive Verhaltensweisen mindestens: (BEOBAA)

- ...ein Mal im Jahr oder seltener
- ...ein paar Mal im Jahr
- ...monatlich
- ...ein paar Mal im Monat
- ...wöchentlich
- ...ein paar Mal in der Woche
- ...täglich
- ...ein paar Mal am Tag

<sup>8</sup>Beschreiben Sie bitte kurz die schlimmste autoaggressive Verhaltensweise, die Sie je bei einer Person mit geistiger Behinderung erlebt haben. (SCHLIAA): \_\_\_\_\_

<sup>10</sup>Wieviele Personen mit autoaggressiven Verhaltensweisen haben Sie zu betreuen? \_\_\_\_ autoaggressive Personen

In der weiteren Bearbeitung der Daten wurde ein zusammenfassendes Maß der Exposition gegenüber selbstverletzender Verhaltensweise aus der Summation der drei Variablen vorgenommen (AAEXPO). Die unmittelbare Erfahrung der Autoaggression war die wesentliche Filterbedingung, um an der Befragung teilzunehmen. Insofern sollte hier wenigstens „1 Mal im Jahr oder seltener“ (1) angekreuzt werden. Alle Probanden hatten darüberhinaus mindestens „ein paar Mal im Jahr“ selbstverletzende Verhaltensweisen beobachtet. In der Voruntersuchung hatte sich die Frage nach der absoluten Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiver Verhaltensweisen als recht fehleranfällig erwiesen. Bei einer eindimensionalen Kategorie „Anzahl wöchentlich“ wurden recht grobe Schätzwerte oder nur Bereichswerte von 0-10 angegeben, abwechselnd fand sich die Dimension durch „monatlich“ bzw. „täglich“ ersetzt. Aufgrund dieser Antworttendenzen wurde daher ein abgestuftes Schema vorgegeben, das den Dimensionen der Probanden besser entsprach (siehe Tab.9).

**Tabelle 9** Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens

Antwortkategorie	N	%	% cum
1 ein Mal im Jahr oder seltener	/	/	/
2 ein paar Mal im Jahr	11	8.1	8.1
3 monatlich	6	4.4	12.5
4 ein paar Mal im Monat	9	6.6	19.1
5 wöchentlich	8	5.9	25.0
6 ein paar Mal in der Woche	32	23.5	48.5
7 täglich	31	22.8	71.3
8 ein paar Mal am Tage	39	28.7	100.0
TOTAL (BEOBAA)	136	100.0	100.0

**Tabelle 10** Auf beobachtete Autoaggression pro Monat transformierte Werte

Mean	36.68
Median	30.42
Mode	91.25
Std dev	36.12
Std err	3.10
Minimum	.25
Maximum	91.25
Valid cases	136

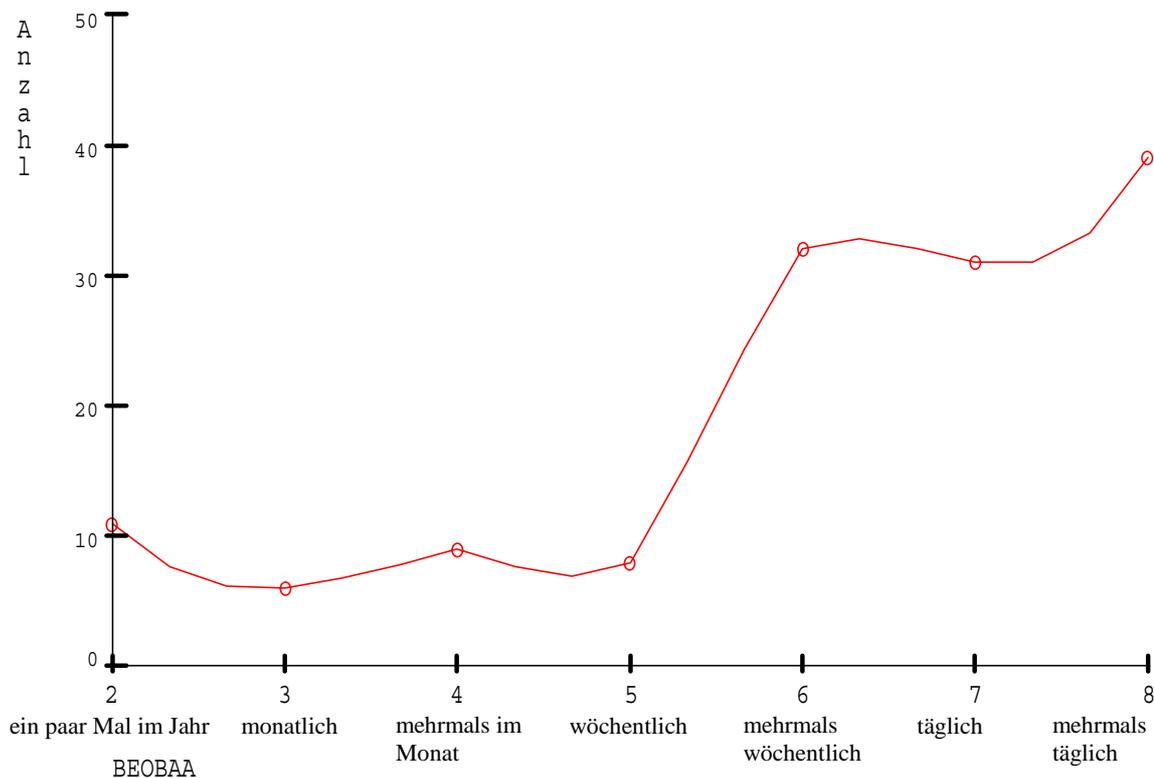
Allerdings ergab sich nun der Nachteil unterschiedlich großer Intervalle bezüglich der chronologischen Erstreckung innerhalb der Skala, was das Kriterium der Äquidistanz und damit das Skalenniveau berührt. Die formale Berechnung liefert einen Mittelwert  $x=6.154$  und eine Standardabweichung  $s=.841$ . Der Betrag des Mittelwertes, wonach im Durchschnitt mindestens „ein paar Mal in der Woche“ Autoaggressionen beobachtet werden, bedarf aber des Hinweises, dass dieser Wert das wahre Ausmaß eher unterschätzt, da die Häufigkeiten überproportional am Ende der Verteilung zunehmen, wobei gleichzeitig die Beobachtungszeiträume sich verkürzen. Um hier mehr Klarheit zu gewinnen, wurden die Werte zur Basis monatlicher Beobachtungshäufigkeiten umgerechnet<sup>70</sup> (siehe Tab. 10). Auf dieser Datenbasis legt das arithmetische Mittel (Mean) von 36,68 ebenfalls nahe, dass täglich autoaggressive Verhaltensweisen beobachtet werden. Auch der Median mit 7 für die Originaldaten und 30,42 auf monatlich umgerechnet halbiert die Rangreihe bei der Angabe „täglich“. Als häufigster Wert (Mode) ergibt sich mit 8 „ein paar Mal am Tage“, was sich ebenfalls mit dem umgerechneten Wert von 91,25 pro Monat deckt. In den weiteren Untersuchungen erwiesen sich kaum Unterschiede in den Ergebnissen zwischen den Originaldaten und den auf monatlicher Basis umgerechneten Daten. Durchgängig fielen die Korrelationen und Regressionskoeffizienten bei Verwendung der Originaldaten geringfügig höher aus, so dass diese beibehalten wurden. In Anlehnung an die Praxis der „Perfiat-Messungen<sup>71</sup>“ (BORTZ, 1999, p.27) wurde die Skala als stetige Abbildung der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens mit den Endpolen „ein Mal im Jahr oder seltener“ versus „ein paar Mal am Tage“ angenommen, und die gewählten Einteilungen als psychologisch äquidistant betrachtet.

<sup>70</sup> Für „ein paar Mal“ wurde jeweils mit 3 multipliziert.

<sup>71</sup> Measurement by fiat meint, dass nicht physikalische sondern auf Festsetzungen beruhende Größen gemessen werden.

Insgesamt stützt sich die Untersuchung auf fast 60.000 (59856) Beobachtungen autoaggressiver Verhaltensweisen. Dies entspricht ca. 440 Beobachtungen pro Proband und Jahr.

Wie folgendes Kurvendiagramm zeigt, handelt es sich um eine stark rechtsschiefe Verteilung, mit einer rapiden Zunahme der Beobachtungen ab „wöchentlich“ (5). Autoaggressionen treten also, wenn sie vorkommen, gleich gehäuft auf, während nur wenige Betreuungspersonen Autoaggressionen mit größerem zeitlichen Abstand beobachteten.



**Abbildung 17** Häufigkeitsverteilung der Autoaggression

Kategorie 1 „ein Mal im Jahr oder seltener“ wurde in keinem Falle angekreuzt<sup>72</sup>. Die weite Verbreitung hochfrequenter Autoaggressionsbeobachtungen ist insofern hervorzuheben als, wie in Kap. 7.5 und 7.7 noch gezeigt werden wird, die Gewöhnung an Autoaggressionen eine wichtige Rolle gegenüber emotionaler Belastung und beruflichem Ausbrennen spielt. Darüberhinaus spiegelt sich in dieser Kurve in frappanter Ähnlichkeit das Eskalationsmodell der Autoaggression (siehe Kap. 5.2) wider, wonach Autoaggressionen sich beim Überspringen eines gewissen Schwellenwertes exponentiell in Frequenz und Heftigkeit entwickeln.

<sup>72</sup> Entweder haben die Probanden tatsächlich keine beobachtet, oder diese seltenen Autoaggressionen wurden schlicht vergessen bzw. in der Erinnerung als häufiger abgespeichert.

Schließlich wurden die Autoaggressionsdaten am Median dichotomisiert (AADIS). Danach fallen in die untere Hälfte „wenige Beobachtungen“ (ein paar Mal die Woche oder seltener) 48,53% und in die obere Hälfte „viele Beobachtungen“ (ein paar Mal am Tage oder häufiger) 51,47% der Teilnehmer/innen.

### 1.18.8 Schlimmste je beobachtete Form der Autoaggression

Unabhängig von der Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens sollte auch das Ausmaß der schwersten je erlebten Autoaggression erfasst werden.

**Tabelle 11** Ausmaß der schwersten beobachteten Autoaggression

Schlimmste je beobachtete Autoaggression				N	%	% cum
-1- nur symbolische bis leichte				3	2.65	2.65
-2- mäßige Form				39	34.52	37.17
-3- schwere				60	53.10	90.27
-4- sehr schwere bis lebensbedrohliche				11	9.73	100.00
TOTAL (SCHLIAA)				113	100.00	
X	S	Median	Modal			
2.24	1.19	3.00	8.00			

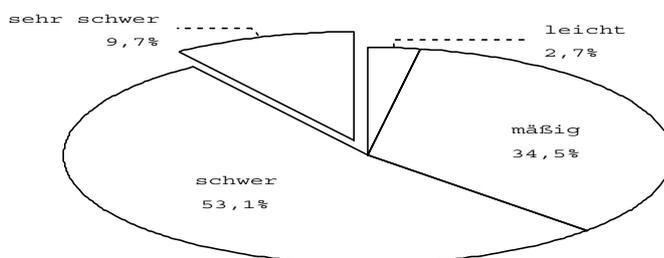
Es fällt auf, dass sich die Ausfallquote mit 23 Personen oder fast 17% hier recht hoch darstellt. Dies mag eventuell an der Beantwortungsform liegen, da hier eine kurze Beschreibung der schlimmsten je beobachteten Autoaggression gefordert wurde.

Die Antworten wurden inhaltlich in vier Kategorien unterteilt, wobei die Trennung zwischen den Kategorien in Erweiterung der Dreigliederung von ROHMANN & HARTMANN (1992) zu einer vierfachen Abstufung erfolgte. Unter *leichte Autoaggression* wurde das Ziehen an den eigenen Haaren oder das Schlagen mit dem Handrücken auf die Stirn ohne sichtbare Folgen eingeordnet. Als *mäßige Autoaggression* steht prototypisch das Aufkratzen der Haut oder das Schlagen mit der Faust an den Kopf mit sichtbaren Folgen, jedoch ohne dass es blutet. Beispiele *schwerer Autoaggression* sind das Blutigschlagen oder das Herausreißen von Fuß- oder Zehennägeln. *Sehr schwere Autoaggressionen* wurden meist als das Aufschlagen des Kopfes an Wänden mit schweren Verletzungsfolgen beschrieben. Bisweilen musste aus den Schäden an den Objekten auf die Schwere der Autoaggression geschlossen werden<sup>73,74</sup>. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die Mehrheit der Befragten, die zur schlimmsten je beobachteten Autoaggression Stellung nahmen, schon einmal schwere Autoaggressionen

<sup>73</sup> „Mit dem Kopf gegen eine Ecke geschlagen, bis Eisenträger zu sehen ist“, „Bewohner schlug mit seinem Kopf dermaßen fest gegen die Wand, so dass der Putz sowie Betonteile rausbrachen.“

<sup>74</sup> Es wäre interessant Gründe zu untersuchen, weshalb einige Probanden vorzogen Schäden an Gebäudeteilen zu beschreiben statt auf die Verletzungsfolgen einzugehen.

sionen erlebt hatten, und nur eine kleine Gruppe von 2,65% lediglich leichte Autoaggressionen angaben. Damit verfügen fast 98% über Erfahrungen aus dem Bereich mäßiger bis sehr schwerer Autoaggression. Im Vergleich zu den Daten von FRÖHLICH & HERINGER (1996), die bei 46% der Sonderschüler „selten und mäßige“ und lediglich bei 25,4% „oft und starke Autoaggressionen“ ermittelten, überwiegen in der vorliegenden Untersuchung schwere Formen der Selbstverletzung.

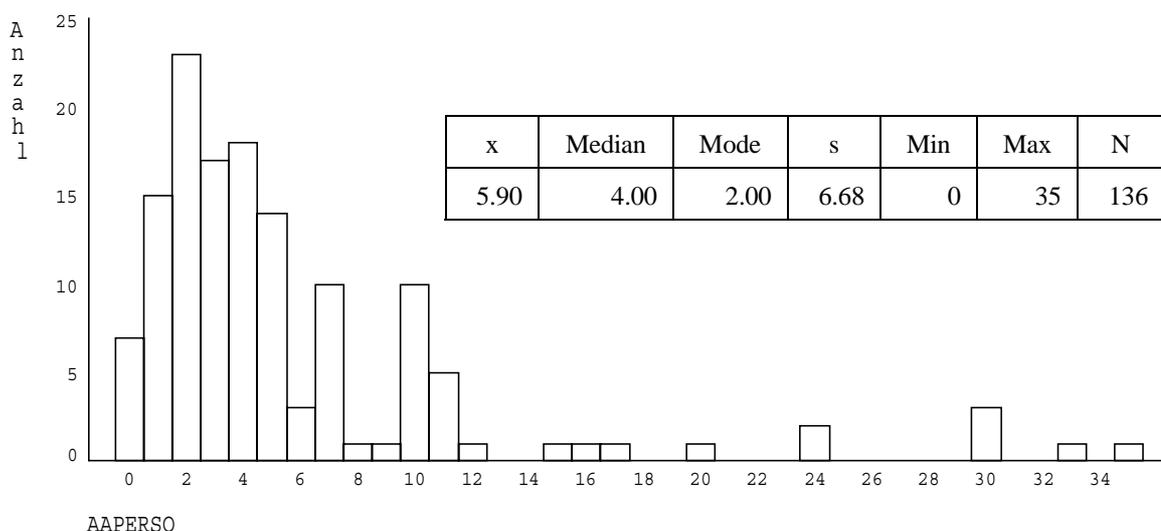


**Abbildung 18** Schlimmste je beobachtete Autoaggression

Schließlich haben annähernd 10% (9,7%) der Betreuungspersonen bereits sehr schwere bis lebensbedrohliche Autoaggressionen beobachtet. Aktuelle Vergleichsdaten hierzu gibt es in der Forschungsliteratur kaum. NISSEN (1997) berichtet in einer Langzeitstudie bei 57 Geistig Behinderten Personen mit schweren selbstverletzenden Verhaltensweisen von 6 Fällen (12%), in denen das selbstverletzende Verhalten mit dem Tod der Person in Verbindung stand.

### 1.18.9 Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen

Als ein weiterer Parameter zur Kennzeichnung der Exponiertheit gegenüber autoaggressiven Handlungen wurde die Anzahl der zu betreuenden Personen mit autoaggressiven Verhaltensweisen erfragt. Aus den Antworten ergeben sich folgende statistische Kennzahlen:



**Abbildung 19** Anzahl zu betreuender autoaggressiver Personen (AAPERSO)

Wie aus der Abbildung zu entnehmen ist, liegt der Schwerpunkt auf 2 Personen, bleibt auf hohem Niveau im Bereich 1-5 und fällt dann diskontinuierlich mit zwei Spitzen bei 7 und 10 Personen allmählich ab. Damit verfügt der größte Teil der Fragebogenteilnehmer/innen über ausgiebige Erfahrungen mit einer Vielzahl autoaggressiver Personen. Bei den Personen, die angaben keine autoaggressive Person zu betreuen, handelt es sich zum Teil um Praktikanten oder Zivildienstleistende.

### 1.18.10 Interkorrelation der Autoaggressions-Parameter

Die korrelative Auswertung zeigt, dass ein Bezug zwischen der Häufigkeit mit der Autoaggressionen beobachtet werden (BEOBAA) und der Anzahl der Personen mit autoaggressiven Verhaltensweisen, die betreut werden, (AAPERSO) erwartungsgemäß besteht. Mit  $r=.40$  fällt die Korrelation

**Tabelle 12**

**Interkorrelation der Autoaggressionsparameter**

	BEOBAA	AA PERSO
AA PERSO	.40**	
SCHLIAA	.03	.16
* Signif. ≤ .05	** Signif. ≤ .01	N=136

jedoch geringer als erwartet aus. Zwischen den beiden Variablen AAPERSO & BEOBAA und dem Ausmaß der schlimmsten je beobachteten Autoaggression (SCHLIAA) besteht überhaupt kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Damit bestätigt sich, dass diese drei Parameter zumindest partiell unterschiedliche Aspekte erfassen. In den folgenden Untersuchungen lassen sich zum Teil auch unterschiedliche Folgeeffekte nachweisen.

Dennoch wurde in Anbetracht des explorativen Charakters der vorliegenden Untersuchung ein Summenmaß der Exposition von Betreuungspersonen gegenüber selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Menschen mit Geistiger Behinderung additiv aus den drei Teilaspekten (BEOBAA + SCHLIAA + AAPERSO) gebildet.

### 1.18.11 Supervision

Über die Hälfte aller Befragten hat keine Gelegenheit zur Supervision oder fachlichen Beratung im Zusammenhang mit Autoaggressionen bei Gruppenmitgliedern, Bewohnern, Klienten oder Schülern. Etwa 20% können wenigstens einmal pro Monat und 10% einmal pro Woche auf Supervision oder Beratung zurückgreifen. Bei Bedarf können 4% Beratung und Supervision in Anspruch nehmen. Für 12 Personen (8,8%) liegen hier keine Daten vor.

## 1.19 Ergebnisse der Faktoren- und Skalenanalysen

Die in der Befragung eingesetzten Instrumente wurden zur Überprüfung der Messeigenschaften umfangreicher Skalen- und Faktorenanalysen unterzogen. Der Ausschluss fehlender Werte (missing values) erfolgte stets listenweise. Dieses Vorgehen liefert zwar die verlässlichsten Statistiken, reduziert jedoch schnell die Anzahl der einzubeziehenden Fälle. Daher wurden Items mit hohen Ausfallquoten schon vorab ausgeschlossen.

Die Faktorenanalysen wurden als Hauptkomponentenanalysen (principal-components analysis) mit gegebenenfalls anschließender Varimaxrotation durchgeführt, um das vorliegende Datenmaterial möglichst ohne inhaltlichen Verlust auf ein überschaubares Maß zu reduzieren. Innerhalb der Faktorenanalysen werden folgende Kennwerte mitgeteilt:

Die Kommunalitäten  $h^2$  (Communality) geben den Anteil der erklärten Varianz der Items durch die Faktoren an<sup>75</sup>. Um die komplexitätsreduzierende Funktion der Faktorenanalyse zu nutzen werden nur solche Faktoren zugelassen, deren Eigenwert einen Wert von mindestens 1 erreicht.

Die Ladung **l** entspricht der Korrelation zwischen der Variablen und dem Faktor. Items sollen einem Faktor nur dann zugeordnet werden, wenn die Ladungen **l** in der Faktormatrix einen Wert von über .50 erreichen; d.h., dass das betreffende Item mindestens 25% seiner Varianz gemeinsam mit dem Faktor hat. Diejenige Variable, die am höchsten auf den Faktor lädt, wird auch Markieritem genannt.

Der **Eigenwert** (eigenvalue) eines Faktors ergibt sich durch die Summation der quadrierten Ladungen aller Items auf diesen Faktor. Dividiert man diesen durch die Anzahl der Items lässt sich so der prozentuale Anteil der durch diesen Faktor erklärten Varianz aller Items ermitteln.

**PCT OF VAR** gibt im SPSS Ausdruck den Prozentsatz der durch den Faktor aufgeklärten Varianz aller Variablen an. In der Spalte **CUM PCT** werden diese Varianzanteile aufsummiert.

Bei Unsicherheiten in der Interpretation der Daten wurde gelegentlich mit dem SCREE-PLOT auf ein weiteres Hilfsmittel zur Bestimmung des Faktorenmodells zurückgegriffen. Nach der graphischen Darstellung des Scree-Plot werden nur die Faktoren zugelassen, welche vor dem Knick des Eigenwertverlaufs der Faktoren liegen. Für die endgültige Entscheidung über das Faktorenmodell wurden jedoch nicht nur diese statistischen Empfehlungen herangezogen, sondern auch übergeordnete Gesichtspunkte und inhaltliche Kriterien fanden ebenfalls Berücksichtigung.

Als zentrales Maß der Reliabilität der Skalen wird CRONBACHS's ALPHA  $\alpha$  berechnet; bei unklaren Reliabilitäten werden auch noch die Split-half-Koeffizienten SPEARMAN-BROWN (für

---

<sup>75</sup> Der Wert der Kommunalität kann theoretisch von 1 = 100% Varianzaufklärung bis 0 = keine Varianzaufklärung schwanken. Die Kommunalitäten sind dann 1, wenn alle Faktoren (d.h. alle Variablen) in das Faktorenmodell einbezogen werden.

varianzhomogene Skalenhälften) und GUTTMAN herangezogen. Für CRONBACHS's ALPHA  $\alpha$  werden in der Literatur bis zu .80 (cf. BORTZ & DÖRING, 1995) als Mindestmaß der Skalengüte verlangt. In empirischen Studien und insbesondere bei explorativen Arbeiten werden jedoch immer wieder auch Werte von .60 als Untergrenze der Reliabilität zugelassen. Nach dem Linert'schen Kriterium gelten selbst Werte von  $\geq .50$  ausreichend für den Gruppenvergleich. Als weitere Maßzahlen werden folgende Kennwerte auf Itemebene ausgegeben:

der quadrierte multiple Korrelationskoeffizient  $R^2$  (SQUARED MULTIPLE CORRELATION): in diesen gehen alle übrigen Items der Skala als Prädiktoren ein.

der Skalenswert von  $\alpha$  ohne das betreffende Item (ALPHA IF ITEM DELETED).

der Trennschärfekoeffizient  $r_{it}$  (CORRECTED ITEM-TOTAL CORRELATION), als kritischer Wert gilt hier ein  $r_{it} \leq .30$ .

Schließlich werden die Mittelwerte ( $\bar{x}$ ) und Standardabweichungen ( $s$ ) der Items mitgeteilt.

### 1.19.1 Handlungsorientierung bei Tätigkeitsorientierung (HOT)

Das Konzept der Handlungs- und Lageorientierung geht auf Julius KUHL (1994) zurück. Es handelt sich hierbei um ein Persönlichkeitskonstrukt, das Beeinträchtigungen der Handlungsfähigkeit thematisiert, wie sie in Gegenwart von Autoaggressionen immer wieder zu beobachten sind: Betreuungspersonen geraten in eine Art Handlungs lähmung oder verfallen einem blanken (Interventions-)Aktionismus. Eigentlich vorhandene Kompetenzen kommen nicht zum Einsatz. Nahe liegende Lösungen werden übersehen. Handlungsorientierung liegt gemäß den Vorstellungen von KUHL (1994) dann vor, wenn auch unter Belastungen die eigene Handlungskompetenz gut ausgeschöpft werden kann, während Lageorientierung als Gegenpol die Handlungs lähmung oder den Aktionismus in Stresssituationen meint. Als Messinstrument hat KUHL (1996) den „HAKEMP 90“ entwickelt. Dieser Fragebogen besteht aus jeweils 12 Items auf den drei Skalen:

1. „Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen (HOM)“
2. „Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HOP)“
3. „Handlungsorientierung bei Tätigkeitsorientierung (HOT)“

In einer Revision gegenüber älteren Ausgaben sieht KUHL (1996) bei der letzten Skala nun die Polung zwischen „Tätigkeitszentrierung“ und „Aktionismus“. Den Betreuungspersonen autoaggressiver Menschen wurde in der vorliegenden Studie lediglich diese dritte Skala des HAKEMP 90 vorgelegt. Sie misst das Ausmaß, in dem eine Person in einer Tätigkeit 'aufgeht', ohne dass ihre Aufmerksamkeit von der Tätigkeitsausführung abgelenkt wird. Tätigkeitszentrierte Personen sind nach KUHL (1996, p. 2) „bei der Lösung komplexer Problemsituationen zuversichtlicher, motivierter, ambiguitätstoleranter und effizienter.“ Alles Tugenden, die gerade in der Auseinander-

setzung mit autoaggressiven Menschen dringend benötigt werden. Gemäß der Skala HOT wurden folgende Fragen vorgelegt, für die jeweils eine der beiden Antwortalternativen („a“ oder „b“) angekreuzt werden sollte:

### Handlungsorientierung

<sup>1</sup>Wenn ich ein neues, interessantes Spiel gelernt habe, dann

- a) habe ich auch bald wieder genug davon und tue etwas anderes.
- b) bleibe ich lange in das Spiel vertieft.

<sup>2</sup>Wenn ich für etwas mir Wichtiges arbeite, dann

- a) unterbreche ich gern zwischendurch, um etwas anderes zu tun.
- b) gehe ich so in der Arbeit auf, dass ich lange Zeit dabei bleibe.

<sup>3</sup>Wenn ich einen interessanten Film sehe, dann

- a) bin ich meist so vertieft, dass ich gar nicht auf den Gedanken komme zu unterbrechen.
- b) habe ich zwischendurch trotzdem manchmal Lust, zu unterbrechen und etwas anderes zu machen.

<sup>4</sup>Wenn ich mich lange Zeit mit einer interessanten Sache beschäftigt habe, dann

- a) denke ich manchmal darüber nach, ob diese Beschäftigung auch wirklich nützlich ist.
- b) gehe ich meist so in der Sache auf, dass ich gar nicht daran denke, wie sinnvoll sie ist.

<sup>5</sup>Wenn ich einen interessanten Artikel in der Zeitung lese, dann

- a) bin ich meist sehr in das Lesen vertieft und lese den Artikel zu Ende.
- b) wechsele ich trotzdem oft zu einem anderen Artikel, bevor ich ihn ganz gelesen habe.

<sup>6</sup>Auf einer Urlaubsreise, die mir recht gut gefällt,

- a) habe ich nach einiger Zeit Lust, etwas ganz anderes zu machen.
- b) kommt mir bis zum Schluss nicht der Gedanke, etwas anderes zu machen.

<sup>7</sup>Wenn ich mit einem Nachbarn über ein interessantes Thema rede, dann

- a) entwickelt sich leicht ein ausgedehntes Gespräch.
- b) habe ich bald wieder Lust etwas anderes zu tun.

<sup>8</sup>Wenn ich mit einer interessanten Arbeit beschäftigt bin, dann

- a) suche ich mir zwischendurch gern eine andere Arbeit.
- b) könnte ich unentwegt weitermachen.

<sup>9</sup>Wenn ich mich auf einer Party mit jemandem über ein interessantes Thema unterhalte, dann

- a) kann ich mich für lange Zeit in das Thema vertiefen.
- b) wechsele ich nach einiger Zeit gern zu einem anderen Thema.

<sup>10</sup>Wenn ich bei einem Spiel viel besser abgeschnitten habe als die übrigen Spieler, dann

- a) habe ich Lust mit dem Spiel aufzuhören.
- b) möchte ich am liebsten gleich weiter spielen.

<sup>11</sup>Wenn ich etwas Interessantes lese, dann

- a) beschäftige ich mich zwischendurch zur Abwechslung auch mit anderen Dingen.
- b) bleibe ich oft sehr lange dabei.

<sup>12</sup>Wenn ich versuche etwas Neues zu lernen, das mich sehr interessiert, dann

- a) vertiefe ich mich für lange Zeit in diese Sache.
- b) unterbreche ich gern nach einiger Zeit, um mich anderen Dingen zuzuwenden.

Nachfolgende Tabelle 13 zeigt eine detaillierte Gegenüberstellung der Referenzdaten des Fragebogens (KUHL, 1994, p. 54) mit den Ergebnissen der aktuellen Untersuchung, wobei 135 Datensätze ausgewertet werden konnten.

**Tabelle 13** Handlungsorientierung bei Tätigkeitsorientierung <sup>76</sup>

Item	$\bar{x}^{ku}$	$x$	$s$	$r_{it}^{ku}$	$r_{it}$	$R^2$	$\%^{ku}$	$\alpha^{77}$
<sup>1</sup> Wenn ich ein neues, interessantes Spiel...	.64	.83	.37	.49	.07	.17	1.1	.58
<sup>2</sup> Wenn ich für etwas mir Wichtiges arbeite...	.71	.92	.27	.59	.19	.27	2.9	.55
<sup>3</sup> Wenn ich einen interessanten Film sehe...	.86	.85	.36	.43	.11	.05	4.9	.57
<sup>4</sup> Wenn ich mich lange Zeit mit einer Sache ...	.75	.44	.50	.49	.25	.11	7.9	.54
<sup>5</sup> Wenn ich einen interessanten Artikel...	.75	.85	.35	.52	.26	.17	12.6	.54
<sup>6</sup> Auf einer Urlaubsreise, die mir...	.59	.72	.45	.50	.24	.18	18.6	.54
<sup>7</sup> Wenn ich mit einem Nachbarn über...	.82	.88	.32	.48	.17	.08	25.6	.55
<sup>8</sup> Wenn ich mit einer interessanten Arbeit...	.77	.87	.34	.63	.24	.19	34.7	.54
<sup>9</sup> Wenn ich mich auf einer Party...	.78	.77	.42	.46	.22	.17	48.2	.55
<sup>10</sup> Wenn ich bei einem Spiel...	.71	.76	.43	.39	.24	.13	67.5	.54
<sup>11</sup> Wenn ich etwas Interessantes lese...	.77	.79	.41	.57	.32	.23	85.9	.52
<sup>12</sup> Wenn ich versuche, etwas Neues zu lernen...	.74	.77	.43	.56	.45	.30	100	.49
Gesamtskala (HOT)		9.46	1.96					.56

Es fällt auf, dass die Mittelwerte in der vorliegenden Untersuchung zum Teil erheblich von den Originaldaten bei KUHL (1994, p. 54 ) abweichen. Als Reliabilität gibt KUHL  $\alpha$  mit .74 an, einen Wert, den die vorliegende Reliabilitätsanalyse nicht bestätigen konnte. Hier ergeben sich CRONBACH's  $\alpha = .56$ ; GUTTMAN Split-Half = .597; lediglich der Koeffizient nach SPEARMAN-BROWN für gleichlange Testhälften erreicht mit .602 knapp die Mindestanforderungen. Zusätzlich haben mehrere Items zu geringe ( $< .30$ ) Trennschärfen. Die Faktorenanalyse<sup>78</sup> ergibt auf der Basis der vorliegenden Daten eine vierfaktorielle Lösung, die 51,2% der Varianz der Skala abbildet (siehe Anhang II, Tab. 79 und 80). Bei einigen Variablen ergeben sich für dieses Modell recht geringe Ladungen ( $\leq .50$ ). Aufgrund der vorliegenden Daten bleibt die Verwendung des Summen-

<sup>76</sup>  $\bar{x}^{ku}$ =Mittelwert,  $r_{it}^{ku}$  =Trennschärfe,  $\%^{ku}$ =kumulierter Prozentsatz des betreffenden Scorewertes nach den Originaldaten von KUHL (1994, p. 54).

<sup>77</sup> Der Wert  $\alpha$  errechnet sich hier jeweils ohne das betreffende Item.

<sup>78</sup> Eine Faktorenanalyse der HOT-Skala allein wird von Kuhl nicht mitgeteilt.

wertes mit einem hohen Maß an Unsicherheit verbunden. Da es sich beim HOT jedoch um ein eingeführtes Verfahren handelt, wurden die Items unverändert zur Auswertung zugelassen.

Ein niedriger Wert in der HOT-Skala bedeutet, dass die Person verfrüht zu neuen Tätigkeiten wechselt (Aktionismus). Hohe Werte stehen demgegenüber für Tätigkeitszentrierung.

### 1.19.2 Auslöser, Ursachen und aufrechterhaltende Faktoren

Die Fragen zu kognitiven Vorstellungen der Betreuungspersonen über Autoaggression und selbstverletzendes Verhalten waren a priori nicht zur Konstruktion einer Summenskala konzeptualisiert worden, sondern sollten die verschiedenen Ansichten und Vorstellungen über das Zustandekommen, über das Aufrechterhalten und über die Funktionen autoaggressiven Verhaltens möglichst breit abbilden.

Die vorherrschenden kognitiven Muster zur Autoaggression wurden über Stellungnahmen zu 17 vorgegebenen Aussagen und einer offenen Antwortkategorie bezüglich autoaggressiven Verhaltens erfasst. Die Ablehnungen oder Zustimmungen konnten jeweils gewichtet angekreuzt werden: Von 1 („stimmt gar nicht“) bis 6 („stimmt ganz genau“). Die Auswahl der Fragen orientierte sich an Protokollen aus der Supervisionspraxis und den in der Literatur behandelten Modellen (cf. ROHMANN & HARTMANN, 1992).

1	Mondphasen, Jahreszeiten, Wetter (URS1MON)	1-2-3-4-5-6
2	Medizinische Ursache oder Krankheit (URS2MED)	1-2-3-4-5-6
3	Folge der geistigen Behinderung (URS3GB)	1-2-3-4-5-6
4	Eigentümliche Form der Befriedigung des Mitteilungsbedürfnisses (URS4MIT)	1-2-3-4-5-6
5	Lärm, Enge, Hektik, Stress (URS5LEH)	1-2-3-4-5-6
6	Psychische oder emotionale Störung (URS6PES)	1-2-3-4-5-6
7	Austesten der eigenen Körperempfindungen oder Körperregionen (URS7KER)	1-2-3-4-5-6
8	Suche nach Aufmerksamkeit, Stimulation oder Zuwendung (URS8ASZ)	1-2-3-4-5-6
9	Reaktion bei Überforderung (URS9RBU)	1-2-3-4-5-6
10	Vermeiden, verweigern einer Aufgabe (URS10VV)	1-2-3-4-5-6
11	Bewusste Provokation (URS11BP)	1-2-3-4-5-6
12	Verhaltensweisen der Eltern (URS12EL)	1-2-3-4-5-6
13	Fehlverhalten von Betreuungsperson(en) (URS13FB)	1-2-3-4-5-6
14	Unstimmigkeit in der Betreuer/innen-Gruppe (URS14UUB)	1-2-3-4-5-6
15	Koordinations- oder Leitungsprobleme bzw. institutionelle Rahmenbedingungen (URS15KL)	1-2-3-4-5-6
16	Lustvolle Selbststimulation (URS16LS)	1-2-3-4-5-6
17	Durchsetzung eigener Bedürfnisse, Wünsche oder Interessen (URS17DU)	1-2-3-4-5-6
18	sonst: _____	1-2-3-4-5-6

Das Scree-Plot der explorativen Faktorenanalyse über alle Items lieferte bei insgesamt 17 Items hier 5 Faktoren mit einem Eigenwert über 1 (siehe Anhang II, Abb. 51). Dies spricht für eine recht heterogene Sichtweise der Probanden bezüglich der Ursachen, Aufrechterhaltungsbedingungen und Funktionen der Autoaggression. Allerdings hebt sich als stärkster Faktor die Vermeidungsannahme gegenüber allen anderen hervor. In der unrotierten Faktorlösung laden die Items 5 7 8 9 10 11 13 14 15 16 17 hoch auf diesen Faktor, der damit einen Eigenwert von 4,15 und eine Varianzaufklärung von 24,4% erreicht. Während die folgenden Faktoren 2-5 lediglich 11,1%; 8,8%; 7,9%

und 6,8% Varianz aufklären (siehe Anhang II, Tab. 81 und 82). Die Faktoren lassen sich aufgrund der Markieritems<sup>79</sup> der varimaxrotierten Faktormatrix folgendermaßen beschreiben.

**Tabelle 14** Varimaxrotierte Faktorenlösung der Ursachenskala

Faktor	Bezeichnung	Eigenwert	Varianz <sup>80</sup>	kum. Var.	$\alpha$	Item <sup>81</sup>
FI	(UREGO) Vermeidung: Autoaggression wird gezeigt, um eine unangenehme Situation zu vermeiden oder sich vor Überforderung zu schützen, von Betreuern oft als Provokation interpretiert.	2.70	15.9	15.9	.77	<b>10 9 17 11 5</b>
FII	(URAND) Sozialumfeld: Ursache oder Auslöser der Autoaggression liegen bei Bezugspersonen im (sozialen) Umfeld.	2.32	13.7	29.6	.74	<b>14 13 15 12</b>
FIII	(URMED) Krankheit: Medizinische oder psychische Ursachen der Autoaggression	1.83	10.7	40.3	.55	<b>3 2 6 1</b>
FIV	(URKOM) Kommunikation: Autoaggression wird als Kommunikationsmittel eingesetzt	1.61	9.5	49.8	.50	<b>4 8</b>
FV	(URLUST) Lebensqualität: Autoaggression gilt der Lustgewinnung oder Körpererfahrung	1.53	9.0	58.8	.56	<b>16 7 8</b>

Befriedigende Reliabilitäten erfüllen nur die beiden ersten Faktoren, jedoch wurden in Anbetracht der explorativen Fragestellungen der Untersuchungen auch die anderen Faktoren einer näheren Analyse zugeführt. Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurden die Mittelwerte jeweils durch die Anzahl der Items geteilt, so dass sich wiederum nur Werte zwischen 1 und 6 ergeben können.

### 1.19.2.1 Autoaggression als Vermeidung

Diese Skala UREGO besteht ursprünglich aus den Items 5, 9, 10, 11 und 17 der Fragebogenliste über Ursachen der Autoaggression. Inhaltlich lassen sich jedoch lediglich die Items 10 Vermeiden /Verweigern, 11 bewusste Provokation und 17 Durchsetzung eigener Wünsche zuordnen. Aus diesen drei Items ergab sich eine Reliabilität  $\alpha$  von .77; einen Eigenwert bei 2.00 und Varianzaufklärung von 66,8%. Hohe Werte sprechen für eine Verortung der Autoaggression im Vermeidungswunsch, als bewusste Provokation oder als Durchsetzung, während niedrige Werte bedeuten,

<sup>79</sup> Als Markieritem wird dasjenige Item bezeichnet, das auf dem entsprechenden Faktor die höchste Ladung trägt. Die Markieritems der Ursachen-Skala können Tab. 82 im Anhang II entnommen werden.

<sup>80</sup> durch den Faktor erklärte Varianz der Skala in Prozent.

<sup>81</sup> Items geordnet nach den Ladungen auf die rotierten Faktoren, beibehaltene Items in Fettdruck.

dass die Betreuungspersonen Autoaggression weniger als ein Vermeidungs-, Provokations- oder Durchsetzungsverhalten ansehen.

**Tabelle 15** Autoaggression als Vermeidung

ITEM	I	h <sup>2</sup>	$\chi^{82}$	S	r <sub>it</sub>	R <sup>2</sup>	$\alpha^{83}$
<sup>10</sup> Vermeiden, Verweigern einer Aufgabe	.82	.68	4.30	1.36	.59	.35	.65
<sup>17</sup> Durchsetzung eigener Bedürfnisse etc.	.82	.68	4.70	1.28	.59	.31	.69
<sup>11</sup> bewusste Provokation	.80	.65	4.05	1.51	.56	.35	.66
N = 130			4.35	1.38			.74

### 1.19.2.2 Verortung der Autoaggression im Bezugspersonenumfeld

Die Skala URAND bestand ursprünglich aus den Items 12 bis 15 der Fragebogenliste. Item 12 (URS12EL „Eltern“) genügte jedoch nicht den geforderten Maßstäben und wurde daher eliminiert. Mit einem Reliabilitätskoeffizient  $\alpha$  von .78 und einer einfaktoriellen Lösung (Eigenwert = 2.09; Varianzaufklärung = 70,0%) sind die Messanforderungen erfüllt. Je höher die Werte ausfallen, desto stärker wird Autoaggression im sozialen Umfeld (im Erzieher/innen- Team, bei Betreuungspersonen oder im Leitungsbereich der Institution) verursacht angesehen.

**Tabelle 16** Bedeutung des sozialen Umfelds für Autoaggressionen

ITEM	I	h <sup>2</sup>	x	S	r <sub>it</sub>	R <sup>2</sup>	$\alpha$
<sup>14</sup> Unstimmigkeiten in der Betreuer/innen Gruppe	.90	.82	3.78	1.43	.74	.55	.55
<sup>15</sup> Koordination, Leitungsprobleme, institutioneller Rahmen	.81	.65	3.57	1.54	.57	.40	.75
<sup>13</sup> Fehlverhalten von Betreuungspersonen(en)	.78	.62	3.90	1.41	.54	.36	.78
N = 133			3.75	1.46			.78

Niedrige Werte bedeuten, dass die Befragten die Quelle der Autoaggression im sozialen Umfeld eher verneinen.

### 1.19.2.3 Autoaggression als Krankheit

Die Items 2, 3 und 6 legen eine medizinische Sichtweise der Autoaggression nahe. Die Faktorenanalyse liefert zwar eine einfaktorielle Lösung, jedoch klärt dieser Faktor mit einem Eigenwert von 1.55 gerade 51,6% Varianz der drei Items umfassenden Skala URMED auf. Die Items korrelieren

<sup>82</sup> Die leichte Veränderung der Mittelwerte und Standardabweichungen gegenüber der Häufigkeitsauszählung erklärt sich durch die unterschiedlichen zugelassenen Fallzahlen beider Prozeduren.

nur mäßig miteinander ( $r < .30$ ), so dass sich keinerlei Optimierung der Reliabilität der Skala erreichen ließ ( $\alpha = .52$ ; Spearman-Brown = .52). Die Summenscorebildung umfasst hier mit den Facetten psychische Störung, geistige Behinderung und medizinische Ursache das „herkömmliche“ Paradigma einer ätiologisch in Krankheit oder Behinderung begründbaren Autoaggression.

Hohe Werte spiegeln die Sicht der Autoaggression als Krankheit wider, während niedrige Werte eine Abkehr von dieser Perspektive bedeuten.

**Tabelle 17** Autoaggression als Krankheit

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	$\alpha$
<sup>2</sup> Medizinische Ursache oder Krankheit	.73	.55	4.25	1.43	.36	.13	.38
<sup>3</sup> Folge der Geistigen Behinderung	.71	.51	4.35	1.40	.34	.12	.42
<sup>6</sup> Psychische oder emotionale Störung	.70	.49	4.96	1.00	.33	.11	.45
N = 129			4.52	1.27			.52

#### 1.19.2.4 Autoaggression als Kommunikation

Auf diesen Faktor der ursprünglichen Ursachenskala laden nur die Items 4 und 8 hoch. Die Berechnung der Faktorenanalyse (Eigenwert = 1.34 und Varianzaufklärung = 66.9%) basiert hierbei nur auf zwei Items. Die Reliabilität liegt mit .50 unterhalb der Skalenanforderungen, auf die Summenwertbildung (URKOM) wurde daher verzichtet.

**Tabelle 18** Autoaggression als Kommunikationsmittel

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	$\alpha^{84}$
<sup>4</sup> Eigentümliche Form der Befriedigung des Mitteilungsbedürfnisses	.82	.67	4.26	1.24	.34	.11	
<sup>2</sup> Suche nach Aufmerksamkeit, Stimulation oder Zuwendung	.82	.67	5.01	.90	.34	.11	
N = 133			4.63	1.07			.50

#### 1.19.2.5 Autoaggression als Lebensqualität

Inhaltlich wurden hier drei Items zugeordnet (7, 8 und 16). Die statistischen Berechnungen (Eigenwert = 1.60; Varianzaufklärung = 53,4%; Reliabilität  $\alpha = .56$ ) ergeben zwar recht geringe Kennwerte, lassen aber unter Berücksichtigung der niedrigen Itemanzahl die Bildung des Summenscores (URLUST) zu. Hohe Werte bedeuten die Betrachtung der Autoaggression als Lebensqualität des Individuums, während niedrige Werte diesen Aspekt verneinen.

<sup>84</sup> Bei einer Skala aus zwei Items unterbleibt die Berechnung von  $\alpha$  ohne das betreffende Item, da nur noch das andere Item verbliebe.

**Tabelle 19** Autoaggression als Lebensqualität

ITEM	I	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
<sup>7</sup> Austesten der eigenen Körperempfindungen oder Körperregionen	.80	.64	3.44	1.43	.45	.20	.31
<sup>16</sup> Lustvolle Selbststimulation	.74	.55	3.47	1.43	.39	.16	.43
<sup>8</sup> Suche nach Aufmerksamkeit und Stimulation	.65	.42	4.98	.94	.30	.10	.56
N= 133			3.97	1.27			.56

Als Zusammenfassung der Ergebnisse der Skalenanalysen bezüglich der Auslöser, Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen der Autoaggression lassen sich vier divergierende Sichtweisen selbstverletzenden Verhaltens festhalten:

- (UREGO) : Autoaggression als Vermeidung, Provokation
- (URMED) : Autoaggression als organische oder psychische Krankheit
- (URLUST) : Autoaggression als Form der Lebensqualität
- (URAND) : Autoaggression als Funktion des (sozialen) Umfeldes

### 1.19.3 Emotionale Belastung <sup>85</sup>

Die 25 Items zur emotionalen Belastung der Betreuungspersonen im Zusammenhang mit Autoaggressionen stellten einen Schwerpunkt der Untersuchung dar. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde in nachfolgender Zusammenstellung der Fragen auf die Angabe der Bewertungskategorien (1-2-3-4-5-6) von stärkster Ablehnung bis zu vollster Zustimmung verzichtet:

- <sup>1</sup>Es macht mir nichts aus zu sehen, wenn sich jemand autoaggressiv verhält. (EB1MANI)
- <sup>2</sup>Ich kann ruhig bleiben, auch wenn Selbstverletzungen drohen. (EB2RUHI)
- <sup>3</sup>An Autoaggressionen bei geistig behinderten Menschen habe ich mich gewöhnt. (EB3GEWO)
- <sup>4</sup>Es gelingt mir auch im Falle von Selbstverletzungen Ruhe zu bewahren. (EB4RUHE)
- <sup>5</sup>Ich lasse mir durch Autoaggressionen nicht die Freude an der Arbeit nehmen. (EB5FREU)
- <sup>6</sup>Ich bin bisweilen froh, wenn sich Behinderte selbst schlagen, statt andere anzugreifen. (EB6FRO)
- <sup>7</sup>Je mehr ich mit autoaggressivem Verhalten zu tun bekomme, um so neugieriger bin ich, mehr darüber zu erfahren. (EB7NEUG)
- <sup>8</sup>Ich habe keine Angst vor autoaggressiven Verhaltensweisen während der Arbeit. (EB8KEIA)
- <sup>9</sup>Autoaggressionen und Selbstverletzungen flößen mir Angst und Schrecken ein. (EB9SCHR)
- <sup>10</sup>Je häufiger Autoaggressionen vorkommen, um so größer wird meine Angst. (EB10GRA)
- <sup>11</sup>Ich kann Betreuer/innen verstehen, die sich vor autoaggressiven Personen fürchten. (EB11VBF)
- <sup>12</sup>Bei heftigen Autoaggressionen gerate ich in Panik. (EB12PAN)
- <sup>13</sup>Ich habe Angst, wenn ich etwas tun muss, was bei Behinderten eine autoaggressive Krise auslösen könnte. (EB13ANG)
- <sup>14</sup>Ich werde wütend, wenn sich ein Behinderter immer wieder selbst schädigt. (EB14WUT)
- <sup>15</sup>Es ärgert mich, wenn Behinderte autoaggressives Verhalten zeigen, um etwas durchzusetzen. (EB15ARG)
- <sup>16</sup>Am liebsten würde ich auch einmal hinlangen, wenn sich jemand ständig selbst schlägt, kratzt oder beißt. (EB16HIN)
- <sup>17</sup>Ich verstehe Kollegen/innen, die auf autoaggressive Bewohner zornig sind. (EB17ZOR)
- <sup>18</sup>Ich merke, dass ich bei autoaggressiven Personen unruhig und gereizt werde. (EB18GER)
- <sup>19</sup>Je länger ich mit autoaggressiven Menschen zusammen bin, um so aggressiver werde ich bisweilen selbst. (EB19AGG)
- <sup>20</sup>Ich bin unsicher, wie ich mich bei Selbstverletzungen verhalten soll. (EB20UNS)
- <sup>21</sup>Angesichts der Autoaggressionen und Selbstverletzungen behinderter Menschen fühle ich mich hilflos. (EB21HIL)
- <sup>22</sup>Je länger ich mit autoaggressiven behinderten Menschen arbeite, um so größer wird meine Hilflosigkeit. (EB22GHI)
- <sup>23</sup>In der Arbeit mit Autoaggressiven erfahre ich auch Lob und Anerkennung. (EB23LOB)
- <sup>24</sup>Ich bin auf meine Arbeit mit autoaggressiven behinderten Menschen stolz. (EB24STO)
- <sup>25</sup>Ich empfinde die Arbeit mit autoaggressiven Menschen als Erfüllung einer religiösen Aufgabe. (EB25REL)

<sup>85</sup> Nicht zu verwechseln mit der Burnout-Subskala „Emotionale Erschöpfung“ nach Maslach.

Die ursprünglichen 25 Items der Skala wurden so umkodiert, dass hohe Werte eine große emotionale Belastung angeben und geringe Werte für eine geringe emotionale Belastung stehen. Das Scree-Plot zeigt einen dominierenden Faktor an (siehe Anhang II, Abb. 52). Eine erste Faktorenanalyse lieferte ein etwas unscharfes Muster mit 8 Faktoren. Aufgrund zu geringer Trennschärfen wurden die Items 6, 7, 11, 15, 23, 24 und 25 ausgeschlossen, so dass noch 18 Items verblieben. Für die so optimierte Itemliste ergab sich formal eine fünf-faktorielle Lösung, die sich jedoch inhaltlich auf 4 Faktoren verkürzen läßt (siehe Anhang II, Tab. 83). Diese Skala erzielt nun mit  $\alpha=.87$  eine gute Reliabilität. Innerhalb der Faktorenanalyse dominiert ein Faktor, der mit einem Eigenwert von 5,71905 eine Varianzaufklärung von 31,8% erreicht und damit mehr Varianz als alle übrigen aufgenommenen Faktoren zusammen aufklärt.

**Tabelle 20** Faktorenstruktur der unrotierten Skala Emotionale Belastung

Faktor	Eigenwert	aufgeklärte Varianz in Prozent	Kumulation der Varianz in %
FI	5.71905	31.8	31.8
FII	2.07397	11.5	43.3
FIII	1.41799	7.9	51.2
FIV	1.37164	7.6	58.8

Auf eine inhaltliche Ausdifferenzierung der Faktoren kann verzichtet werden, da hier nur die emotionale Belastung als solche im Vordergrund steht.

**Tabelle 21** Emotionale Belastung

ITEM	I	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>it</sub>	R <sup>2</sup>	$\alpha$
<sup>8</sup> Ich habe keine Angst vor autoaggressiven Verhaltensweisen während der Arbeit.	.67	.74	2.59	1.46	.59	.58	.86
<sup>18</sup> Ich merke, dass ich bei autoaggressiven Personen unruhig und gereizt werde.	.67	.73	3.47	2.70	.60	.62	.86
<sup>22</sup> Je länger ich mit autoaggressiven behinderten Menschen arbeite, um so größer wird meine Hilflosigkeit.	.63	.68	2.02	1.21	.56	.53	.86
<sup>20</sup> Ich bin unsicher, wie ich mich bei Selbstverletzungen verhalten soll.	.62	.61	2.62	1.54	.55	.46	.86
<sup>9</sup> Autoaggressionen und Selbstverletzungen flößen mir Angst und Schrecken ein.	.59	.77	2.56	1.48	.52	.60	.86
<sup>4</sup> Es gelingt mir auch im Falle von Selbstverletzungen Ruhe zu bewahren.	.58	.71	2.91	1.42	.51	.60	.86

Fortsetzung Tabelle 21

ITEM	I	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>it</sub>	R <sup>2</sup>	α
<sup>19</sup> Je länger ich mit autoaggressiven Menschen zusammen bin, um so aggressiver werde ich bisweilen selbst.	.58	.66	2.05	1.28	.50	.53	.86
<sup>21</sup> Angesichts der Autoaggressionen und Selbstverletzungen behinderter Menschen fühle ich mich hilflos.	.57	.79	3.07	1.69	.49	.55	.86
<sup>2</sup> Ich kann ruhig bleiben, auch wenn Selbstverletzungen drohen.	.56	.81	3.48	1.55	.49	.60	.86
<sup>13</sup> Ich habe Angst, wenn ich etwas tun muss, was bei Behinderten eine autoaggressive Krise auslösen könnte.	.56	.46	2.83	1.44	.48	.38	.86
<sup>5</sup> Ich lasse mir durch Autoaggressionen nicht die Freude an der Arbeit nehmen.	.55	.68	2.63	1.43	.47	.49	.86
<sup>12</sup> Bei heftigen Autoaggressionen gerate ich in Panik.	.55	.36	2.31	1.38	.47	.30	.86
<sup>3</sup> An Autoaggressionen bei geistig behinderten Menschen habe ich mich gewöhnt.	.53	.57	4.13	1.64	.45	.49	.87
<sup>10</sup> Je häufiger Autoaggressionen vorkommen, um so größer wird meine Angst.	.53	.78	2.30	1.43	.46	.54	.86
<sup>1</sup> Es macht mir nichts aus zu sehen, wenn sich jemand autoaggressiv verhält.	.49	.46	5.12	1.32	.43	.43	.87
<sup>16</sup> Am liebsten würde ich auch einmal hinlängen, wenn sich jemand ständig selbst schlägt, kratzt oder beißt.	.48	.67	1.82	1.22	.42	.50	.87
<sup>14</sup> Ich werde wütend, wenn sich ein Behinderter immer wieder selbst schädigt.	.47	.60	2.64	1.38	.41	.40	.87
<sup>17</sup> Ich verstehe Kollegen/innen, die auf autoaggressive Bewohner zornig sind.	.40	.53	3.47	1.58	.34	.42	.87
N = 133			2.86	.49			.87

Die Daten berechtigen zur Bildung einer Summenskala emotionaler Belastung. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den anderen Itemwerten wurde der Summenwert durch die Anzahl der Items geteilt, so dass die Werte von 1 bis 6 variieren können. Hohe Werte sprechen für eine große emotionale Belastung, während niedrige Skalenwerte geringe Belastung anzeigen. Zur weiteren Differenzierung der Skala wurden die Ergebnisse der varimaxrotierten Faktorladungen der Gesamtskala betrachtet. Hierbei ergab sich eine recht schlüssige Faktormatrix (siehe Anhang II, Tab. 83) Die Faktorladungen der einzelnen Items zeigen eine eindeutige Zuordnung zu den Faktoren an, was die Bildung recht homogener Subskalen ermöglicht.

Anhand der extrahierten Faktoren ließen sich so vier aussagekräftige Emotionsaspekte identifizieren. Diese repräsentieren jeweils unterschiedliche belastende Emotionen im Zusammenhang des Ausgesetztseins durch Autoaggressionen:

- Ärger,*
- Erregung,*
- Hilflosigkeit* und
- Angst.*

**Tabelle 22** Faktorielle Struktur der Skala emotionale Belastung

Faktor	Markieritem	Bezeichnung	Eigenwert	Varianz	Kum Varianz	$\alpha$	Item
FI	EB16HIN	Ärger	2.74	15.26	15.26	.80	14 - 18
FII	EB4RUHE	Erregung	2.38	13.21	28.47	.77	1 - 4
FIII	EB21HIL	Hilflosigkeit	2.27	12.59	41.06	.74	20 - 22
FIV	EB10GRA	Angst	2.23	12.38	53.44	.78	9 - 13

### 1.19.3.1 Skala Ärger

Die Faktorenanalyse bestätigt für die Items 14 bis 18 die Eindimensionalität der Skala (Eigenwert: 2.80; Varianzaufklärung 56%). Mit einem  $\alpha$  von .80 kann auch die Reliabilität als gesichert gelten. Hohe Werte der Skala „Ärger“ stehen für eine große Ausprägung dieser Gefühlsdimension während niedrige Werte geringe Ärgerwerte bedeuten.

**Tabelle 23** Ärger

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	$\alpha$
<sup>15</sup> Es ärgert mich, wenn Behinderte autoaggressives Verhalten zeigen, um etwas durchzusetzen.	.77	.59	3.84	1.63	.61	.41	.75
<sup>16</sup> Am liebsten würde ich auch einmal hinlängen, wenn sich jemand ständig selbst schlägt, kratzt oder beißt.	.75	.56	2.64	1.38	.58	.38	.76
<sup>14</sup> Ich werde wütend, wenn sich ein Behinderter immer wieder selbst schädigt.	.75	.56	1.82	1.22	.59	.38	.77
<sup>17</sup> Ich verstehe Kollegen/innen, die auf autoaggressive Bewohner zornig sind.	.75	.56	3.47	1.58	.59	.39	.76
<sup>18</sup> Ich merke, dass ich bei autoaggressiven Personen unruhig und gereizt werde.	.73	.54	2.70	1.51	.56	.33	.77
N = 133			2.90	1.10			.80

### 1.19.3.2 Skala Erregung

Zur Konstruktion dieser Skala wurden die ersten vier Items der ursprünglichen Fragenliste „emotionale Belastung“ herangezogen. Eindimensionalität und Reliabilität ließen sich statistisch absichern: (Eigenwert: 2.35; Varianzaufklärung 58,8%;  $\alpha$  bei .77).

Zur Wahrung der Messrichtung emotionale Belastung wurden die Items umkodiert. Demnach entsprechen geringe Werte auf dieser Skala einer Gewöhnung und emotionalen Meisterung, während hohe Werte eine erhöhte Vigilanz, Aufregung oder Erregung bedeuten.

**Tabelle 24** Erregung

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
<sup>2</sup> Ich kann ruhig bleiben, auch wenn Selbstverletzungen drohen.	.83	.69	3.48	1.55	.65	.49	.66
<sup>4</sup> Es gelingt mir auch im Falle von Selbstverletzungen Ruhe zu bewahren.	.77	.59	2.91	1.42	.57	.43	.71
<sup>3</sup> An Autoaggressionen bei geistig behinderten Menschen habe ich mich gewöhnt.	.76	.57	4.13	1.64	.56	.34	.72
<sup>1</sup> Es macht mir nichts aus zu sehen, wenn sich jemand autoaggressiv verhält	.70	.49	5.12	1.58	.50	.29	.74
N = 134			3.91	1.14			.77

### 1.19.3.3 Skala Hilfflosigkeit

Die Items 20-22 lassen sich zur Skala Hilfflosigkeit zusammenfassen:  $\alpha$  liegt bei .78; der Eigenwert des extrahierten Faktors beträgt 2.09 und die Varianzaufklärung erreicht 69,8%.

Hohe Werte der Skala „Hilfflosigkeit“ geben eine hohe Ausprägung auf dieser Gefühlsdimension wider; analog dazu stehen niedrige Werte für geringe Ausprägungen im Bereich Hilfflosigkeit aufgrund von Autoaggressionen bei Menschen mit Geistiger Behinderung.

**Tabelle 25** Hilfflosigkeit

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
<sup>21</sup> Angesichts der Autoaggressionen und Selbstverletzungen behinderter Menschen fühle ich mich hilflos.	.88	.78	3.07	1.69	.69	.50	.60
<sup>22</sup> Je länger ich mit autoaggressiven behinderten Menschen arbeite, um so größer wird meine Hilfflosigkeit.	.83	.70	2.02	1.21	.62	.42	.71
<sup>20</sup> Ich bin unsicher, wie ich mich bei Selbstverletzungen verhalten soll.	.79	.62	2.62	1.54	.56	.32	.75
N = 134			2.57	1.24			.78

### 1.19.3.4 Skala Angst

Diese Skala wird durch die Items 9, 10, 12 und 13 repräsentiert. Die Eindimensionalität bestätigt sich mit einem Eigenwert von 2.25, was einer Varianzaufklärung von 56,3% entspricht. Die Reliabilität  $\alpha$  liegt bei .74.

Hohe Werte signalisieren Angst im Umfeld selbstverletzender Verhaltensweisen, während niedrige Werte bedeuten, dass keine oder lediglich geringe Angst vor Autoaggressionen besteht.

**Tabelle 26** Angst

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>it</sub>	R <sup>2</sup>	α
<sup>9</sup> Autoaggressionen und Selbstverletzungen flößen mir Angst und Schrecken ein.	.83	.70	2.56	1.48	.62	.50	.62
<sup>10</sup> Je häufiger Autoaggressionen vorkommen, um so größer wird meine Angst.	.81	.66	2.30	1.43	.60	.48	.64
<sup>13</sup> Ich habe Angst, wenn ich etwas tun muss, was bei Behinderten eine autoaggressive Krise auslösen könne.	.69	.48	2.83	1.44	.47	.24	.71
<sup>12</sup> Bei heftigen Autoaggressionen gerate ich in Panik.	.65	.42	2.31	1.38	.43	.20	.73
N = 134			2.50	1.07			.74

Als Zusammenfassung der Ergebnisse der Skalenanalysen bezüglich der emotionalen Belastung durch Autoaggression können folgende Auswertungsgesichtspunkte festgehalten werden:

(EMBEG) :	globale emotionale Belastung
(AERGER) :	Ärger als primäre emotionale Belastung
(ERREGUNG) :	unspezifische Erregung und ausbleibende Gewöhnung
(HILFLOS) :	Gefühl der Hilflosigkeit
(ANGST) :	Angst und Panikgefühle angesichts der Autoaggression

Damit wird sowohl die allgemeine als auch eine differentielle Betrachtung der emotionalen Belastung durch Autoaggression untersuchbar. Die jeweiligen Emotions-Skalen wurden so transformiert, dass ansteigende Werte eine Zunahme der emotionalen Belastung bedeuten. Schließlich wurden die Summenwerte durch die Anzahl der Items geteilt, um innerhalb der Polwerte 1-6 verbleiben zu können.

#### 1.19.4 Interventionsmaßnahmen bei Autoaggression

Bezüglich der Interventionsmaßnahmen, deren Erfolgseinschätzung und zur Ermittlung eines Effizienzmaßes wurden 24 Items vorgegeben, die wiederum mittels der abgestuften Kategorien von 1-6 zu beantworten waren:

- <sup>1</sup>Ablenken, Aufmerksamkeit auf etwas anderes führen (MA1ABL/A/E)
- <sup>2</sup>Bewusstes Ignorieren, Abwenden, Wegschauen (MA2BIG/A/E)
- <sup>3</sup>Verbal bremsen, anrufen (MA3VBR/A/E)
- <sup>4</sup>Schimpfen oder drohen (MA4VBR/A/E)
- <sup>5</sup>Klappse und körperliche Bestrafungen (MA5KLA/A/E)
- <sup>6</sup>Verstärkerentzug, Wegnahme eines angenehmen Reizes oder Objektes (MA6VEN/A/E)
- <sup>7</sup>Timeout: in ein anders Zimmer führen, soziale Isolierung (MA7OUT/A/E)
- <sup>8</sup>Elektroschocks (MA8ELE/A/E)
- <sup>9</sup>Anbinden, Fixieren, Manschetten, Schutzhelm etc. (MA9AFM/A/E)
- <sup>10</sup>Einem Facharzt vorstellen (MA10FA /A/E)
- <sup>11</sup>Verstärken von Tätigkeiten, die mit Autoaggressionen unvereinbar sind (MA11VE/A/E)
- <sup>12</sup>Belohnen in autoaggressionsfreien Zeiten (MA12BE/A/E)
- <sup>13</sup>Bereitstellen eines alternativen Stimulations/Kommunikationsangebotes (MA13AK/A/E)
- <sup>14</sup>Aufmerksamkeit schenken, trösten, körperlichen Kontakt herstellen (MA14AU/A/E)
- <sup>15</sup>Medikamentöse Behandlung (MA15MB /A/E)

- <sup>16</sup>Paradoxe Intervention (z.B. Auffordern zu weiterer Autoaggression) (MA16 PI/A/E)  
<sup>17</sup>Umlenken der Selbstaggression auf ein anderes Objekt, z.B. Kissen schlagen (MA17UM/A/E)  
<sup>18</sup>Psychologe/in einschalten (MA18PS /A/E)  
<sup>19</sup>Beseitigung äußerer Ursachen oder aufrechterhaltender Bedingungen der Autoaggressionen (MA19BE/A/E)  
<sup>20</sup>Übereinstimmung im pädagogischen Handeln aller Betreuungspersonen herstellen (MA20UE/A/E)  
<sup>21</sup>Team-Supervision (MA21TS/A/E)  
<sup>22</sup>Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen der Arbeit (MA22IR /A/E)  
<sup>23</sup>Akzeptanz der Autoaggression als spezifische Lebensäußerung der betreffenden Person (MA23AAA/A/E)  
<sup>24</sup>sonst: \_\_\_ (MA24SO/A/E)

Aufgrund der beträchtlichen Ausfälle bei Item 8 „Elektroschocks“ (MA8ELE) mit 29,4% fehlender Angaben wurde dieses Item von der weiteren Auswertung innerhalb der Skalen- und Faktorenanalysen ausgeschlossen. Bezüglich der eingesetzten Maßnahmen lieferte die Faktorenanalyse ein achtfaktorielles Modell, das sich inhaltlich jedoch nicht eindeutig interpretieren ließ. Auch die nachfolgenden Reliabilitätsuntersuchungen blieben unterhalb der geforderten Mindestgüte. Auf eine Summenskalenbildung wurde daher verzichtet<sup>86</sup>.

Über eine quantitative Auswertung wurden die am häufigsten eingesetzten und die am erfolgreichsten eingeschätzten Maßnahmen ermittelt (siehe Kapitel 7.6). Die faktorenanalytisch nicht zu begründende, aber inhaltlich plausible Zusammenlegung der bestrafenden Maßnahmen ergab für die Items Bewusstes Ignorieren (MA2BIGA), Schimpfen (MA4SODA), Klapse (MA5KLAA), Verstärkerentzug (MA6VENA) und Time-out (MA7OUTA) zwar eine einfaktorielle Lösung mit einem Eigenwert 1.96 aber gleichzeitig eine geringe Varianzaufklärung von 39,2%

**Tabelle 27** Bestrafung

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
MA6VENA Verstärkerentzug	.78	.61	3.09	1.72	.54	.30	.42
MA4SODA Schimpfen oder Drohen	.71	.50	2.76	1.56	.41	.23	.51
MA2BIGA Bewusstes Ignorieren	.56	.31	3.57	1.72	.30	.14	.57
MA7OUTA Time-out	.55	.30	3.69	1.67	.30	.12	.57
MA5KLAA Klapse	.49	.24	1.24	.75	.26	.10	.59
N = 122			3.74	.89			.60

Wie die Tabelle zeigt, erfüllt Item 5 (MA5KLAA) nicht die geforderte Ladung und Trennschärfe. Aus pragmatischen Überlegungen wurde es dennoch in der Auswertung belassen. Hohe Werte zeigen einen häufigen Rückgriff auf bestrafende Maßnahmen an; niedrige Werte bedeuten, dass von solchen Maßnahmen seltener Gebrauch gemacht wird.

<sup>86</sup> Bezogen auf die von den Betreuungspersonen angewandten Maßnahmen kann dieser Befund folgendermaßen interpretiert werden: Zur Minimierung autoaggressiver Handlungen werden in der Praxis verschiedenste Maßnahmen unterschiedlichster theoretischer Provenienz eingesetzt (siehe Kap. 7.6).

Aus dem Vergleich der Anwendungs- und Erfolgsparameter wurde ein Maß für die Effizienz der Interventionen errechnet. Ein vollständiger Überblick der Itemkennwerte der Maßnahmenskala befindet sich in Anhang II (Tab. 84).

### 1.19.5 Skala Effizienz

Aus den Angaben zur Anwendung und Einschätzung des Erfolgs wurde ein Maß zur Beurteilung der Effizienz der erzieherischen Arbeit nach folgender Formel errechnet:

$$\text{Effizienz} = 6 - \text{abs}(\text{Anwendung} - \text{Erfolg})$$

Als theoretische Vorüberlegung ging in diesen Berechnungsmodus die Annahme ein, dass eine erfolgreich eingeschätzte Intervention (beim Auftreten von selbstverletzendem Verhalten) häufig angewandt werde, während nicht erfolgreich eingeschätzte Maßnahmen gar nicht oder nur selten zum Einsatz gelangen würden<sup>87</sup>.

Pädagogische Effizienz liege dann vor, wenn Anwendung und Erfolgserwartung sich in etwa decken<sup>88</sup>. Generell liegt hohe Effizienz meist invers zur Anwendungshäufigkeit vor, d.h. die höchsten Effizienzwerte werden jeweils von Maßnahmen erzielt, die nur selten angewandt werden (siehe Anhang II, Tab. 84).

Wie schon bei der Anwendung, so lieferte auch die Effizienz der Maßnahmen keine inhaltlich eindeutig interpretierbaren Faktoren. Für die Gesamtskala ergab sich jedoch mit einem  $\alpha$  von .74 eine befriedigende Reliabilität, allerdings unter Inkaufnahme einer Ausfallquote von 47,8%. Durch geeignete Itemselektion und Aggregation ließ sich eine aus sechs Items bestehende Skala mit ausreichenden Meßeigenschaften ( $\alpha = .68$ ) und einem Umfang N von 100 herstellen.

**Tabelle 28** Skala Maßnahmeneffizienz

ITEM	I	h <sup>2</sup>	x	S	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	$\alpha$
22 Effizienz institutioneller Rahmen	.66	.67	4.84	1.42	.48	.27	.59
21 Effizienz Supervision	.64	.75	4.43	1.76	.44	.28	.62
12 Effizienz in autoaggressionsfreien Zeiten verstärken	.63	.61	5.32	1.00	.39	.21	.63

<sup>87</sup> Andererseits mag allerdings auch eine erfolgreiche Intervention selten eingesetzt werden, wenn mit unerwünschten Nebenwirkungen gerechnet wird, der zu bewältigende Aufwand als zu groß erachtet wird, oder aber die Maßnahme so erfolgreich ist, dass sie keiner weiteren Wiederholung bedarf.

<sup>88</sup> Die am wenigsten effizient realisierte Maßnahme ist Team-Supervision (URS21TS), da hier der hohen Erfolgeinschätzung ( $\bar{x}=4.32$ ) eine geringe Anwendungshäufigkeit ( $\bar{x}=2.94$ ) gegenübersteht.

**Tabelle 28** Fortsetzung der Skala Maßnahmeneffizienz

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
13 Effizienz alternative Stimulation	.63	.40	5.31	.97	.42	.19	.62
9 Effizienz Fixieren	.59	.38	5.81	.77	.36	.16	.63
17 Effizienz Umlenken der Autoaggression	.56	.51	5.20	1.09	.34	.15	.64
N = 100			5.05	.77			.68

Der Absolutbetrag der Differenz gewichtet sowohl positive als auch negative Abweichungen gleich. Das heißt: es spielt für das Effizienzmaß keine Rolle, ob eine als erfolgreich eingeschätzte Maßnahme nur selten eingesetzt wird oder ob einer häufig angewandten Maßnahme nur geringer Erfolg beschieden wird<sup>89</sup>.

Durch den mehrfach beschriebenen Berechnungsmodus (Division der Summenwerte durch Anzahl der Items) können auch bei dieser neuen Variablen nur Werte zwischen 1 und 6 entstehen, was die Vergleichbarkeit mit anderen Variablen erleichtert. Hohe Werte spiegeln gute Effizienz wider, während kleine Werte auf geringere Effizienz schließen lassen.

Die Faktoren- und Skalenanalysen bezüglich der Interventionsmaßnahmen ergaben keine einheitlichen Modelle, so dass auf Skalenebene lediglich auf die faktorenanalytisch nicht abgesicherte, heuristisch konstruierte Skala "Bestrafung" (BESTRAF) im Folgenden zurückgegriffen werden kann.

Als Indikator der Maßnahmeneffizienz ermöglicht eine Skala aus 6 Items eine Einschätzung der jeweils selbsterlebten Effizienz bezüglich autoaggressiven Verhaltens.

(BESTRAF) : Tendenz auf bestrafende Maßnahmen

(MAEFF) : Maß der Effizienz der eingeleiteten Maßnahmen

### 1.19.6 Skala Entlastungsfaktoren

Hier wurden folgende Fragen vorgelegt, die sowohl nach Vorhandensein als auch nach Bedeutsamkeit beurteilt werden sollten:

- <sup>1</sup> Eine bessere finanzielle Anerkennung (EF1FIN/B/V)
- <sup>2</sup> Vermehrt Pausen während der Arbeit und freie Tage (EF2VPF)
- <sup>3</sup> Ein vertrauensvolles Verhältnis zu Kollegen/innen und Vorgesetzten (EF3VKO/B/V)
- <sup>4</sup> Gutes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen (EF4GSB/B/V)
- <sup>5</sup> Regelmäßige Supervision direkt am Arbeitsplatz (EF5RSU/B/V)
- <sup>6</sup> Einen haltgebenden Freundeskreis, eine Partnerschaft oder eine Familie (EF6HGF/B/V)
- <sup>7</sup> Eine psychologische Schulung oder Beratung (EF7PSB/B/V)
- <sup>8</sup> Eine ausgleichende Freizeitbeschäftigung, Hobbies, Sport usw. (EF8FHS /B/V)
- <sup>9</sup> Einen Rückhalt in religiösem Glauben (EF9REL/B/V)
- <sup>10</sup> Eine hohe Belastbarkeit und innere Gelassenheit (EF10BG/B/V)
- <sup>11</sup> Beherrschung von Entspannungsverfahren wie Muskelrelaxation, Joga, Autogenes Training etc. (EF11AT/B/V)
- <sup>12</sup> Sonst: \_\_\_\_\_ (EF12SON/B/B)

<sup>89</sup> Die so gewonnene Skala hat jedoch den Nachteil, dass der Mittelwert nahe am oberen Maximum liegt, die Verteilung also nach rechts verschoben ist.

Messintention dieser Skala ist, psycho-soziale, individuelle und arbeitsbezogene Faktoren zu identifizieren, die einen moderierenden Einfluss auf die emotionale Belastung durch Autoaggression haben können. Da vorweg angenommen wurde, dass verschiedene Faktoren je nach Betreuungsperson unterschiedliche Bedeutungen haben, wurde sowohl die Verfügbarkeit als auch die Bedeutsamkeit des jeweiligen Entlastungsfaktors erfragt.

Zur Ermittlung der Valenz oder aktuellen Wertigkeit eines Entlastungsfaktors wurde das Produkt aus den um 1 verminderten Werten der Bedeutsamkeit und Verfügbarkeit gebildet, sowie anschließend die Wurzel gezogen und 1 addiert, um wieder Werte im Bereich von 1 bis 6 zu erhalten.

$$\text{Entlastung} = \sqrt{(\text{Bedeutsamkeit} - 1) \times (\text{Verfügbarkeit} - 1)} + 1$$

Durch diese Formel wird den Randbedingungen Rechnung getragen, dass ein unwichtiger Faktor oder ein Faktor, der gar nicht zur Verfügung steht, keine aktuelle Valenz der Entlastung besitzt. Einer der beiden Klammerausdrücke wird dann 0. Es spielt also keine Rolle, ob ein wichtiger Faktor nicht verfügbar ist oder ein unwichtiger Faktor hochverfügbar ist: beide Male ist das Produkt 0.

Durch geeignete Itemkombination ließ sich eine fünf Items umfassende Summenskala mit einer Reliabilität von  $\alpha = .68$  und einem  $N > 100$  zusammenstellen. Die Faktorenanalyse (vgl. Anhang II, Abb. 54 und Tab. 85) lieferte zwar eine zweifaktorielle Lösung, jedoch luden alle Items über .50 auf den ersten Faktor der unrotierten Faktormatrix (Eigenwert FI: 2.21; Varianzaufklärung 44,2%; Eigenwert FII: 1.03; Varianzaufklärung 20,6%).

Hohe Werte bedeuten, dass eine große Entlastung vorliegt; niedrige Werte zeigen entsprechend geringe Entlastung an.

**Tabelle 29** Entlastung

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
8 ausgleichende Freizeitbeschäftigung	.81	.75	4.78	1.16	.60	.27	.55
6 haltgebenden Freundeskreis	.71	.62	5.02	1.18	.47	.28	.62
10 Belastbarkeit	.64	.48	4.74	1.00	.41	.21	.64
3 Verhältnis zu Kollegen & Vorgesetzten	.62	.64	5.05	1.05	.40	.24	.65
4 Selbstvertrauen	.51	.75	4.98	.80	.31	.17	.68
N = 130			4.92	.69			.68

Die Faktoren- und Skalenanalyse erlaubt die Bildung eines einheitlichen Entlastungsmaßes „psychosoziale Entlastung“ (ENTLAST), das in der weiteren Untersuchung eingesetzt werden kann.

### 1.19.7 Skala Burnout

„Burn-out“ oder seine deutsche Übersetzung „Ausbrennen“ bzw. „ausgebrannt sein“ sind mittlerweile fester Bestandteil des Vokabulars der Sozialen Arbeit geworden. Es bleibt jedoch meist unklar, was denn nun genau darunter zu verstehen sei, oder wer denn als ausgebrannt gelten müsse. „Das schwerwiegendste Hindernis für eine fundierte Erforschung des Burnout-Syndroms ist zweifellos das Fehlen einer handhabbaren oder gar operationalen Definition, die überzeugen könnte.“ (BURISCH, 1989, p. 8). Für die vorliegende Untersuchung wurde es als ausreichend erachtet, sich auf die Definition von Maslach, einer der Pionierinnen des Burnout-Konzeptes, zu beschränken: „Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that occur among individuals who do ‘people work’ of some kind.“ (MASLACH & JACKSON, 1981, p.1). Die drei Teilaspekte Emotionale Erschöpfung (BOEE), Depersonalisation (BOD) und Reduzierte Leistungsfähigkeit bzw. Reduzierung der eigenen Leistungsfähigkeit oder auch persönliche Abwertung genannt (BOPA) werden als gleichwertig betrachtet.

Für die Messung des Burnout bei Betreuern autoaggressiver Personen wurde auf die deutsche Übersetzung des MBI<sup>90</sup> durch BARTH (1990) zurückgegriffen. Zur Angleichung an den Aufbau des Gesamtfragebogens wurden statt des in der Originalversion vorgesehenen Eintrags der jeweiligen Zahlenwerte Ankreuzskalen vorgegeben. Der Begriff „Schüler“ bei BARTH (ursprünglich „students bzw. recipients“ im MBI-Educators Survey bzw. Human Services Survey) wurde entsprechend durch „autoaggressive geistig behinderte Personen“ ersetzt. Aus Lesbarkeitsgründen wurde auf den Hinweis der zusätzlichen Geistigen Behinderung in längeren Satzkonstruktionen verzichtet.

Dem Zahlenwert „1“ wurde statt der Bedeutung „ein paar Mal im Jahr“ bei BARTH die genauere Übersetzung „ein paar Mal im Jahr oder weniger“ zugeordnet. Dies ist insofern von Bedeutung, als zwischen den Werten 0=“nie“ und 1=“ein paar Mal im Jahr“ bei BARTH eine Lücke blieb, die gerade für Betreuer, die nur selten mit Autoaggressionen konfrontiert werden, Schwierigkeiten der eigenen Zuordnung bereiten könnte.

<sup>1</sup> Ich fühle mich von meiner Arbeit emotional ausgelaugt. (BO1EMAU)

<sup>2</sup> Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages geschafft. (BE2GESC)

<sup>3</sup> Ich fühle mich erschöpft, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe. (BO3ERSC)

<sup>4</sup> Ich kann mich gut in die Gefühle der mir anvertrauten autoaggressiven und geistig behinderten Personen hineinversetzen. (BO4GEHI)

<sup>5</sup> Ich fühle, dass ich manche autoaggressive Behinderte so behandle, als ob sie unpersönliche Objekte wären. (BO5OBJE)

<sup>6</sup> Tagaus, tagein mit Menschen zu arbeiten, bedeutet wirklich eine Anspannung für mich. (BO6ANSP)

<sup>7</sup> Ich gehe sehr erfolgreich mit den Problemen der mir anvertrauten autoaggressiven geistig behinderten Menschen um. (BO7ERFO)

<sup>8</sup> Ich fühle mich ausgebrannt von meiner Arbeit. (BO8AUSG)

<sup>9</sup> Ich fühle, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse. (BO9POSE)

---

<sup>90</sup> MASLACH BURNOUT INVENTORY (MASLACH & JACKSON, 1986).

- <sup>10</sup>Ich bin abgestumpfter gegenüber den Menschen geworden, seitdem ich in diesem Beruf arbeite. (BO10ABG)
- <sup>11</sup>Ich fürchte, dass dieser Beruf mich innerlich verhärtet. (BO11VER)
- <sup>12</sup>Ich fühle mich voller Energie. (BO12VEN)
- <sup>13</sup>Ich fühle mich frustriert in meinem Beruf. (BO13FRAU)
- <sup>14</sup>Ich fühle, dass ich in meinem Beruf zu hart arbeite. (BO14ZUH)
- <sup>15</sup>Bei manchen autoaggressiven Behinderten kümmere ich mich nicht wirklich darum, was mit ihnen passiert. (BO15KUM)
- <sup>16</sup>Es bedeutet für mich zu viel Stress, direkt mit Menschen zu arbeiten. (BO16STR)
- <sup>17</sup>Es fällt mir leicht, für die mir anvertrauten autoaggressiven Behinderten eine entspannte Atmosphäre zu schaffen. (BO17LEI)
- <sup>18</sup>Ich fühle mich angeregt, wenn ich sehr eng mit den mir anvertrauten autoaggressiven Menschen zusammen gearbeitet habe. (BO18ANG)
- <sup>19</sup>Ich habe viele wertvolle Dinge in diesem Beruf geleistet. (BO19VWD)
- <sup>20</sup>Ich habe das Gefühl, als ob ich am Ende wäre. (BO20AME)
- <sup>21</sup>In meiner Arbeit gehe ich mit Gefühlsproblemen sehr ruhig um. (BO21GRU)
- <sup>22</sup>Ich fühle, dass mir manche autoaggressive geistig Behinderte die Schuld für ihre Schwierigkeiten geben. (BO22SCH)

In ihrer ersten Version sahen MASLACH & JACKSON (1981) für die Berechnung eines Gesamt-Burnout die Summe der Subskalenwerte dividiert durch die jeweilige Anzahl der Items und addiert mit 10 zur Vermeidung negativer Zahlen vor:

$$\text{Burnout}(BO) = BOEE \div 9 + BOD \div 5 + BOPA \div 8 + 10$$

Wie aus der Faktormatrix (siehe Anhang II, Tab. 86 ) ersichtlich wird, deckt sich die faktorielle Zuordnung der Items 12, 16 und 21 nicht mit den Angaben von MASLACH & JACKSON (1981a). Über ähnlich inkonsistente Befunde berichtet BARTH (1990, p. 165). Andererseits handelt es sich bei der Burnout-Skala um ein weitgehend anerkanntes Messinstrument, so dass die vorliegende Ungenauigkeit der faktoriellen Struktur in der weiteren Auswertung ignoriert wurde. Zur Bestimmung der Reliabilität wurden die Items des Faktors BOPA „persönliche Abwertung“ umgepolt. Danach ergab sich mit einem  $\alpha$  von .83 eine recht hohe Reliabilität der Gesamtskala.

In späteren Auflagen haben die Forscher um Maslach vom Gebrauch des Summenscores abgeraten und stattdessen eine getrennte Betrachtung der drei Subskalen Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Reduzierte Leistungsfähigkeit empfohlen sowie eine Profilauswertung der drei Subskalen vorgeschlagen (MASLACH & JACKSON, 1986).

### 1.19.7.1 Skala Emotionale Erschöpfung

Emotionale Erschöpfung stellt nach MASLACH & JACKSON (1986) bezüglich der Varianzerklärung des Burnout den stärksten Faktor dar. In der vorliegenden Untersuchung erreichte die Skala ein  $\alpha$  von .82.

Hohe Werte der Skala bedeuten einen hohen Grad an Emotionaler Erschöpfung, während niedrige Werte eine entsprechend geringe Emotionale Erschöpfung markieren.

**Tabelle 30** Burnout-Skala Emotionale Erschöpfung

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
8 Ich fühle mich ausgebrannt von meiner Arbeit.	.74	.55	1.49	1.36	.62	.44	.78
1 Ich fühle mich von meiner Arbeit emotional ausgelaugt.	.70	.49	2.13	1.35	.59	.45	.78
20 Ich habe das Gefühl als ob ich am Ende wäre.	.68	.46	.81	1.13	.55	.38	.79
13 Ich fühle mich frustriert in meinem Beruf.	.66	.66	1.58	1.51	.53	.37	.79
2 Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages geschafft.	.65	.65	3.19	1.52	.53	.39	.79
6 Tagaus, tagein mit Menschen zu arbeiten, bedeutet wirklich eine Anstrengung für mich.	.59	.35	1.87	1.58	.47	.27	.80
3 Ich fühle mich erschöpft, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.	.57	.57	1.63	1.31	.45	.24	.80
16 Es bedeutet für mich zu viel Stress, direkt mit Menschen zu arbeiten.	.56	.32	.74	1.10	.46	.28	.80
14 Ich fühle, dass ich in meinem Beruf zu hart arbeite.	.56	.31	2.25	1.63	.44	.25	.80
N = 131			15.69	7.96			.82

### 1.19.7.2 Skala Depersonalisation

Die Burnout-Skala Depersonalisation besteht aus den Items 5, 10, 11, 15 und 22 des MBI. Sie erreicht in der vorliegenden Untersuchung ein  $\alpha$  von .70.

Hohe Werte bedeuten eine starke Tendenz zur Depersonalisation, während geringe Werte entsprechend gegen diese Tendenz sprechen. Inhaltlich bedeutet Depersonalisation im Burnout-konzept mehr als nur die Abwertung der anvertrauten Personen oder deren bewusste Missachtung. Ausgebrannte Betreuungspersonen beschreiben sich selbst als abgestumpft und verhärtet, häufig sind auch Zynismus und Sarkasmus anzutreffen.

**Tabelle 31** Item - und Skalenkennwerte Depersonalisation

ITEM	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
<sup>10</sup> Ich bin abgestumpfter gegenüber den Menschen geworden, seitdem ich in diesem Beruf arbeite.	.78	.60	1.27	1.58	.56	.41	.60
<sup>11</sup> Ich fürchte, dass dieser Beruf mich innerlich verhärtet.	.76	.58	1.16	1.45	.55	.39	.61
<sup>5</sup> Ich fühle, dass ich manche autoaggressive Behinderte so behandle, als ob sie unpersönliche Objekte wären.	.68	.47	.70	1.13	.47	.25	.64
<sup>15</sup> Bei manchen autoaggressiven Behinderten kümmere ich mich nicht wirklich darum, was mit ihnen passiert.	.61	.37	1.04	1.36	.39	.16	.67
<sup>22</sup> Ich fühle, dass mir manche autoaggressive geistig Behinderte die Schuld für ihre Schwierigkeiten geben.	.52	.23	.71	1.19	.31	.15	.70
N = 132			4.83	4.48			.70

### 1.19.7.3 Skala Reduzierte Leistungsfähigkeit

Die von MASLACH & JACKSON (1986) „personal accomplishment“ genannte dritte Burnout-Subskala setzt sich aus den Items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 und 21 des MBI zusammen. Obwohl Item 4 und Item 21 sowohl niedrige Ladungen als auch geringe Item-Skala-Korrelationen aufweisen, ergibt sich in der vorliegenden Untersuchung eine Reliabilität  $\alpha$  von .70.

Aufgrund der Inversion der Meßrichtung der Items bedeuten hier hohe Werte niedrigen Burnout und niedrige Werte hohen Burnout.

**Tabelle 32** Item - und Skalenkennwerte Reduzierte Leistungsfähigkeit

Item	l	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>it</sub>	R <sup>2</sup>	$\alpha$
<sup>17</sup> Es fällt mir leicht, für die mir anvertrauten autoaggressiven Behinderten eine entspannte Atmosphäre zu schaffen.	.79	.63	3.80	1.46	.62	.46	.60
<sup>18</sup> Ich fühle mich angeregt, wenn ich sehr eng mit den mir anvertrauten autoaggressiven Menschen zusammen gearbeitet habe.	.69	.48	3.11	1.85	.49	.35	.63
<sup>7</sup> Ich gehe sehr erfolgreich mit den Problemen der mir anvertrauten autoaggressiven geistig behinderten Menschen um.	.68	.46	3.56	1.47	.47	.32	.64
<sup>12</sup> Ich fühle mich voller Energie.	.63	.40	3.95	1.35	.45	.29	.64
<sup>19</sup> Ich habe viele wertvolle Dinge in diesem Beruf geleistet.	.50	.25	3.76	1.57	.34	.17	.66
<sup>9</sup> Ich fühle, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse.	.47	.23	4.14	1.55	.30	.20	.68
<sup>21</sup> In meiner Arbeit gehe ich mit Gefühlsproblemen sehr ruhig um.	.42	.18	3.98	1.63	.25	.19	.69
<sup>4</sup> Ich kann mich gut in die Gefühle der mir anvertrauten autoaggressiven und geistig behinderten Personen hineinversetzen.	.31	.10	1.63	1.31	.19	.08	.71
N = 117			29.86	7.05			.70

Auf der Grundlage der Daten des MBI stehen bezüglich Burnout somit drei Teilaspekte des Ausbrennens und ein Globalmaß des Burnout zur Verfügung:

- (BO) : Burnout als globales Maß des „Beruflich-Ausgebranntseins“
- (BOEE) : Emotionale Erschöpfung
- (BOD) : Depersonalisation
- (BOPA) : Reduzierung der eigenen Leistungsfähigkeit oder persönliche Abwertung

### 1.19.8 Skala Psychosomatische Beschwerden

Zur Erfassung der Beschwerden, die bereits bei den Betreuungspersonen eingetreten sind, wurde eine Adaptation der „Beschwerdenliste“ (von ZERSSSEN, 1975) vorgelegt:

- 1 Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals (BE1KEWH)
- 2 Kurzatmigkeit (BE2KURZ)
- 3 Schwächegefühl (BE3SWAE)
- 4 Schluckbeschwerden (BE4SLUK)
- 5 Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust (BE5SSZB)
- 6 Druck oder Völlegefühl im Leib (BE6DVIL)
- 7 Mattigkeit (BE7MATT)
- 8 Übelkeit (BE8UEBE)
- 9 Sodbrennen oder saures Aufstoßen (BE9SODB)
- 10 Reizbarkeit (BE10REI)
- 11 Grübeleien (BE11GRU)
- 12 Starkes Schwitzen (BE12SWI)
- 13 Kreuz- oder Rückenschmerzen (BE13KRE)
- 14 Innere Unruhe (BE14INU)
- 15 Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen (BE15SMB)
- 16 Unruhe in den Beinen (BE16UNB)
- 17 Überempfindlichkeit gegen Wärme (BE17WAM)
- 18 Überempfindlichkeit gegen Kälte (BE18KAL)
- 19 Übermäßiges Schlafbedürfnis (BE19SLB)
- 20 Schlaflosigkeit (BE20SLL)
- 21 Schwindelgefühl (BE21SWI)
- 22 Zittern (BE22ZIT)
- 23 Nacken- oder Schulterschmerzen (BE23NAS)
- 24 Gewichtsabnahme (BE24GEW)

Die im Original vorgesehenen Bezeichnungen (*stark, mäßig, kaum, gar nicht*) wurden hier zur Angleichung an den Gesamtfragebogen in die Zahlenwerte 1 bis 4 übersetzt. Zur schnelleren Einordnung der Variablen wurden die Zahlenwerte so umkodiert, dass hohe Werte ein hohes Ausmaß an psychosomatischen Beschwerden und niedrige Werte ein entsprechend geringes Ausmaß an solchen Beschwerden anzeigen. Schließlich musste zum Vergleich mit der Eichstichprobe die Kodierung in „stark“ = 3, „mäßig“ = 2, „kaum“ = 1 und „gar nicht“ = 0 erfolgen.

Die Faktorenanalyse stützt die Eindimensionalität der Skala. Es ergab sich ein mit großem Abstand dominierender Hauptfaktor (Eigenwert 7.40 gegenüber den folgenden Faktoren mit Eigenwerten kleiner als 1.8). Die Reliabilitätsanalyse erbrachte ein  $\alpha$  von .90 (siehe Anhang II, Abb. 56 und Tab. 87).

Hohe Werte zeigen ein entsprechend großes Ausmaß an Beschwerden an, während niedrige Werte für ein geringes Ausmaß der Beschwerden stehen. Im Unterschied zu den anderen Skalen des Fragebogens können die Werte hier jedoch nur zwischen 0 und 4 schwanken.

**Tabelle 33** Beschwerdenliste

ITEM	I	h <sup>2</sup>	x	s	r <sub>i</sub>	R <sup>2</sup>	α
<sup>6</sup> Druck oder Völlegefühl im Leib	.70	.49	.68	.89	.64	.60	.89
<sup>23</sup> Nacken- oder Schulterschmerzen	.68	.46	1.55	1.15	.64	.62	.89
<sup>21</sup> Schwindelgefühl	.66	.44	.40	.73	.59	.63	.89
<sup>5</sup> Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	.64	.41	.52	.79	.64	.60	.89
<sup>22</sup> Zittern	.63	.40	.39	.68	.56	.56	.89
<sup>7</sup> Mattigkeit	.63	.39	1.20	.85	.57	.56	.89
<sup>10</sup> Reizbarkeit	.63	.39	1.41	.76	.56	.57	.89
<sup>14</sup> Innere Unruhe	.62	.39	1.24	.90	.56	.65	.89
<sup>3</sup> Schwächegefühl	.62	.38	.53	.68	.55	.52	.89
<sup>16</sup> Unruhe in den Beinen	.57	.32	.41	.75	.51	.47	.89
<sup>15</sup> Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	.56	.32	.69	.90	.51	.59	.89
<sup>19</sup> Übermäßiges Schlafbedürfnis	.55	.31	1.34	1.07	.51	.38	.89
<sup>8</sup> Übelkeit	.55	.31	.32	.63	.49	.44	.89
<sup>13</sup> Kreuz- oder Rückenschmerzen	.55	.30	1.58	1.16	.51	.59	.89
<sup>20</sup> Schlaflosigkeit	.55	.30	.65	.87	.48	.54	.89
<sup>9</sup> Sodbrennen oder saures Aufstoßen	.54	.29	.43	.85	.48	.49	.89
<sup>12</sup> Starkes Schwitzen	.53	.28	.57	.88	.48	.45	.89
<sup>18</sup> Überempfindlichkeit gegen Kälte	.50	.25	.55	.94	.44	.36	.89
<sup>11</sup> Grübeleien	.48	.23	1.62	1.00	.43	.31	.89
<sup>17</sup> Überempfindlichkeit gegen Wärme	.44	.19	.32	.71	.38	.39	.90
<sup>1</sup> Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	.43	.19	.26	.59	.38	.45	.90
<sup>4</sup> Schluckbeschwerden	.38	.14	.20	.55	.34	.35	.90
<sup>2</sup> Kurzatmigkeit	.37	.13	.33	.67	.32	.34	.90
<sup>24</sup> Gewichtsabnahme	.30	.09	.34	.68	.26	.32	.90
N=127			.73	.82			.90

Die große faktorielle Homogenität und gute skalanalytische Absicherung der Beschwerdenliste gestattet die Verwendung eines Globalmaßes der psychosomatischen Belastung:

(BESCHW) : psychosomatische Beschwerden

### 1.19.9 Zusammenfassung der zur Verfügung stehenden Skalen

Zum Abschluss der Faktoren und Skalenanalysen seien noch einmal alle zur Verfügung stehenden (abhängigen, unabhängigen und Moderator-) Variablen<sup>91</sup> auf Skalenniveau zusammengefasst:

<sup>91</sup> Die klassische Unterscheidung in abhängige und unabhängige Variablen wird hier nur als eine vorläufige Einteilung betrachtet. In der systemischen Perspektive relativiert sich die Gerichtetheit der

### unabhängige Variablen:

I	(BEOBAA):	Häufigkeit der Beobachtung von Autoaggressionen
II	(SCHLIAA):	schlimmste je beobachtete Autoaggression
III	(AAPERSO):	Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen
IV	(AAEXPOA)	additives Modell der Exposition gegenüber Autoaggressionen (BEOBAA + SCHLIAA + AAPERSO)

### abhängige Variablen

V	(HOT):	Lageorientierung oder Aktionismus bei Betreuungspersonen
VI	(UREGO):	Autoaggression als Vermeidung, Provokation
VII	(URMED):	Autoaggression als organische / psychische Krankheit
VIII	(URLUST):	Autoaggression als Form der Lebensqualität
IX	(URAND):	Autoaggression als Funktion des sozialen Umfeldes
X	(EMBEG)	globale emotionale Belastung
XI	(AERGER)	Ärger als primäre emotionale Belastung
XII	(ERREGUNG)	unspezifische Erregung und ausbleibende Gewöhnung
XIII	(HILFLOS)	Gefühl der Hilflosigkeit
XIV	(ANGST)	Angst und Panikgefühle angesichts Autoaggressionen
XV	(BESTRAF)	Tendenz zu bestrafenden Maßnahmen
XVI	(MAEFF)	Maß der Effizienz der eingeleiteten Maßnahmen
XVII	(BO)	Burnout als globales Maß des Ausgebranntseins
XVIII	(BOEE)	Emotionale Erschöpfung
XIX	(BOD)	Depersonalisation
XX	(BOPA)	Reduzierung der eigenen Leistungsfähigkeit oder persönliche Abwertung
XXI	(BESCHW)	psychosomatische Beschwerden

### Moderatorvariable

XXII	(ENTLAST)	Ausmaß der vorhandenen Entlastung
------	-----------	-----------------------------------

Hier nicht aufgenommen sind Einzelitems wie z.B. Geschlecht, Supervision, Berufsausbildung, Alter, usw.

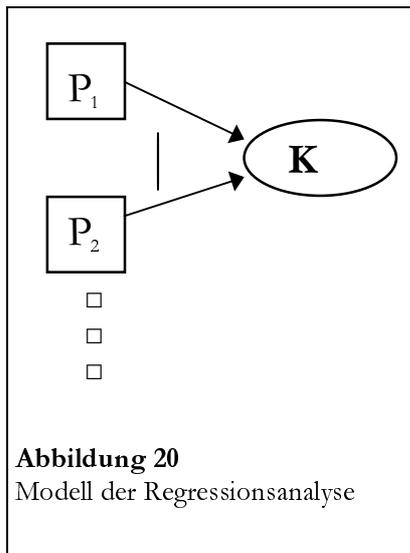
---

Einflussnahme zu Gunsten kreisförmiger Prozesse. Zudem sollte die Untersuchung ja gerade klären, ob z.B. HOT oder Supervision einen moderierenden Einfluss entfalten.

## 1.20 Bezugspunkte der Autoaggression

### 1.20.1 Statistisches Auswertungsdesign

Als Eingangsverfahren zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Autoaggression und den erhobenen Variablen wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson eingesetzt (SPSS-Routine: correlation). Die Signifikanzabsicherung erfolgte jeweils auf dem .05=\* bzw .010=\*\* Niveau. Bei einzelnen Fragestellungen wurde auf die Varianzanalyse (SPSS-Routine anova) zurückgegriffen. Um festzustellen, welchen Erklärungswert beziehungsweise welche Vorhersagevalenz Autoaggression für die verschiedenen erhobenen Variablen habe, wurden regressionsanalytische Verfahren (SPSS-Routine: regression) durchgeführt. Mit Hilfe der Regressionsstatistik können Beziehungen zwischen mehreren Prädiktoren und einem Kriterium untersucht werden (multiple regression). Die Methode setzt voraus, dass die Beziehungen zwischen den Variablen linear<sup>92</sup> sind, und dass die Kriteriumsvariablen mindestens auf Intervallskalenniveau vorliegen, während für die Prädiktorvariablen Nominalskalenniveau genügt. Interaktionseffekte zwischen einzelnen Prädiktoren wurden gesondert berechnet.



Mathematisch lässt sich das Grundmodell der Regressionsanalyse durch folgende allgemeine Gleichung beschreiben:

$y = bx + a$ . In dieser allgemeinen linearen Funktionsgleichung kennzeichnet  $x$  die unabhängige Variable oder den Prädiktor,  $y$  gibt die abhängige Variable oder das Kriterium an. Der Proportionalitätsfaktor oder die Steigung  $b$  bedeutet für positive Werte, dass mit steigenden  $x$ -Werten auch die  $y$ -Werte steigen, bei negativem Vorzeichen werden die  $y$ -Werte kleiner, wenn  $x$  größer wird. Die additive Konstante  $a$  besitzt in den meisten sozialwissenschaftlichen Untersuchungen wenig Relevanz und wird daher häufig vernachlässigt. Im Falle multipler Regressionsanalysen er-

weitert sich obige Gleichung um die Anzahl der einbezogenen Prädiktoren. Für zwei Prädiktorvariablen sieht die Gleichung dann unter Auslassung der additiven Konstante folgendermaßen aus:

$y = b_1x_1 + b_2x_2$ . Aufgabe der Regressionsanalyse ist es nun die Steigungskoeffizienten (bei standardisierten Daten auch Standardpartialregressionskoeffizient oder Beta-Gewicht: „ $\beta$ “) zu berechnen. Es können auch mehr als nur zwei Prädiktoren einbezogen werden, was bei der multiplen Regression der Regelfall ist.

<sup>92</sup> Vereinfachend wurde ein linear-additives Modell angenommen.

Als statistische Maßzahlen werden im Folgenden mitgeteilt:

**multiple R:** multipler Korrelationskoeffizient als Korrelation zwischen dem vorhergesagten und dem tatsächlichen Kriteriumswert. Dieser entspricht bei Regressionsgleichungen mit nur einem Prädiktor dem Korrelationskoeffizienten  $r$ .

**R<sup>2</sup>:** Bestimmtheitsmaß oder „Fit“ (erklärte Streuung/Gesamtstreuung). „Für die Praxis der empirischen Wirtschafts- und Sozialforschung kann man wohl sagen, dass sich R<sup>2</sup> als das Maß für die Erklärungsgüte bzw. die Güte der Anpassung einer Regressionsgleichung durchgesetzt hat.“ (BROSIUS, 1988, p. 318).

**R<sup>2</sup>adj:** das nach Stichprobengröße und Prädiktoranzahl minderungskorrigierte R<sup>2</sup>. Auf dieses Maß wurde nur zurückgegriffen, wenn mehr als drei Prädiktoren auf ein Kriterium zutrafen, um Vorhersageverschlechterungen identifizieren zu können.

**F** als Prüfstatistik mit **df** als zu berücksichtigende Freiheitsgrade und dem Signifikanzniveau **sigF**.

Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf R<sup>2</sup>. Es kann zwischen 0 und 1 schwanken und gibt an, wie gut die theoretisch auf der Grundlage der Prädiktoren erwarteten Werte des Kriteriums mit den tatsächlichen Werten übereinstimmen und entspricht mathematisch der Korrelation beider Werte.

Innerhalb der Regressionsgleichung werden angegeben:

- der Regressionskoeffizient **B**, auch Steigungsmaß genannt, gibt anhand des Vorzeichens sowohl die Richtung als auch durch den Vergleich untereinander die relative Bedeutsamkeit des Prädiktors für die Vorhersage eines Kriteriums an
- der Standardmessfehler von B (**SEB**)
- der Standardpartialregressionskoeffizient auch Beta-Gewicht „**β**“, zum Aufbau pfadanalytischer Modelle;  $\beta$  ermöglicht daneben, Einflussstärken untereinander direkt zu vergleichen
- als statistische Absicherung **T** mit dem dazugehörigen Signifikanzniveau **sigT**.

Die Konstante und damit auch deren Signifikanz spielt bei der Interpretation von Regressionsgleichungen bis auf wenige spezielle Fragestellungen keine Rolle (cf. BROSIUS, 1988, p. 316).

Bei graphischen Darstellungen wurde zur Verdeutlichung der Tendenzen und aus Gründen der Platzersparnis meist nur der jeweils besetzte y-Achsenabschnitt dargestellt.

## 1.20.2 Autoaggression und soziodemographische Merkmale

Als erste bedeutsame Korrelation fällt auf, dass es eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Betroffenheit gibt: Betreuerinnen haben demnach mehr autoaggressive Personen zu betreuen als ihre männlichen Kollegen. Der entsprechende Korrelationskoeffizient liegt bei  $r=-.224^{**93}$  und ist damit hoch signifikant (siehe Tab. 34).

Zwischen der ausgeübten Tätigkeit und einzelnen Autoaggressionsparametern bestehen negative Korrelationen: Bezogen auf die Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiver Verhaltensweisen (BEOBAA) und der Anzahl der zu betreuenden Personen (AAPERSO) sinkt demnach die Betroffenheit mit der Höhe der beruflichen Qualifikation.

Bedenklich muss stimmen, dass auch die Gelegenheit zur Supervision negativ mit der Anzahl der zu betreuenden Personen korreliert: je mehr autoaggressive Personen betreut werden, um so weniger steht Supervision zur Verfügung ( $r=-.17^*$ ). Dieser Zusammenhang geht größtenteils auf die geringere Zugänglichkeit der Supervision für Mitarbeiterinnen (Korrelation Geschlecht und Supervisionsgelegenheit  $r=.16$ ) zurück. Entsprechend verringert sich der Zusammenhang bei Konstanthaltung der Geschlechtsvariablen bis unter die Signifikanzgrenze (Partialkorrelation  $r_p =-.13$ ).

Andererseits steigt mit der Betroffenheit durch Autoaggressionen die Anzahl der Mitarbeiter/innen, die spezielle Fortbildungen besucht haben. Schließlich kann festgehalten werden, dass berufserfahrene und ältere Mitarbeiter/innen in der Arbeit mit autoaggressiven Personen eingesetzt sind.

**Tabelle 34** Korrelation biographische Merkmale und Autoaggression

	BEOBAA Beobachtete Häufigkeit autoaggressiven Verhaltens	SCHLIAA schlimmste je beobachtete Autoaggression	AAPERSO Anzahl der zu betreuenden Personen
SEX Geschlecht:Γ=2;E=1			-.22**
SUPERVI Supervision			-.17*
TAET momentane Tätigkeit	-.18*		-.16*
BERUF Berufsausbildung		.15*	
JOBJAHR Berufsjahre			.22**
ALTER			.17*
FORTBILDUNG	.16*	.15*	

Als erster Entwurf einer Vorhersagegleichung wurden soziodemographische Variablen als Prädiktoren für die Konfrontation mit Autoaggression untersucht. Hypothesen bestanden bezüglich der einzelnen soziodemographischen Merkmale nicht, so dass hier alle Variablen einzeln pro Kriterium

<sup>93</sup> Das negative Vorzeichen ergibt sich aus der Kodierung (mit weiblich ♀=1 und männlich ♂=2).

untersucht wurden. Es ergibt sich für die Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen ein bedeutsamer Vorhersagewert aus Geschlecht, Ausbildung und Dauer der Berufserfahrung.

**Tabelle 35** Regression Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen auf Beruf, Geschlecht, Alter und Berufserfahrung

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	B	SEB	Beta	T	Df	SigT
Anzahl der betreuten	Jobjahr	.23	.225	.051	.044	.243	.077	.276	3.160	128	.002
Autoaggressiven	Beruf	-.13	.307	.094	.080	-1.191	.449	-.231	-2.655	128	.009
Personen	Sex	-.21	.366	.134	.114	-2.975	1.233	-.200	-2.413	128	.017
(AAPERSO)	Constant <sup>94</sup>					11.179	2.269		4.926		.000
F=6.953 sigF=.000											

Da Geschlecht (SEX) mit 1=weiblich und 2=männlich sowie die Berufsausbildung (BERUF) in der Qualifikation ansteigend kodiert wurden, bedeuten die negativen Steigungskoeffizienten, dass eher Frauen und/oder eher geringer qualifizierte Betreuungspersonen im Beruf mit Autoaggressionen zu tun bekommen. Mit der Berufserfahrung (JOBJAHR) und entsprechendem Alter (aber nicht mehr signifikant) steigt die Wahrscheinlichkeit, mit Autoaggressionen konfrontiert zu werden.

### 1.20.3 Autoaggression und Tätigkeitsorientierung

Die in Kapitel 6.1 formulierte Hypothese (H1) postuliert, dass sich bei Betreuungspersonen unter der Bedingung der Autoaggression bei Menschen mit Geistiger Behinderung Lageorientierung einstelle.

Kuhl (1994) spricht bei einem Scorewert von 0 bis 9 von „Lageorientierung“ oder „Aktionismus“; ab einem Wert von 10 sieht er das Kriterium der „Handlungsorientierung“ als erreicht an.

In der hier vorliegenden Stichprobe ergibt sich ein Skalen-Mittelwert ( $\bar{x}$ ) von 9,46 bei einer Standardabweichung ( $s$ ) von 1,96 (siehe Tab. 13). Damit liegt der Mittelwert aller Befragten nicht im Bereich „Lageorientierung“, wenngleich sich der Wert nur gering über dem kritischen Grenzwert (bei 9) befindet.

**Tabelle 36** Häufigkeitstafel HOT

Value	Frequency	Percent	Cum-percent
5	4	2.9	2.9
6	8	5.9	8.8
7	13	9.6	18.4
8	17	12.5	30.9
9	19	14.0	44.9
10	24	17.6	62.5
11	26	19.1	81.6
12	25	18.4	100.0
Total	136	100.0	

Im Bereich der Lageorientierung (Scorewert 0-9) liegen 44,9% oder 61 Personen der Stichprobe.

<sup>94</sup> In den folgenden Regressionsanalysen wurde auf die Mitteilung der Konstante verzichtet.

Als Extrema ergeben die Daten 4 Personen (2,9%) mit einem Scorewert von 5 Punkten und 25 Personen (18,4%) mit dem maximal erreichbaren Wert von 12 Punkten. Von einer generellen Lageorientierung kann demnach für die Mehrheit der Befragten nicht gesprochen werden. Hypothese H1 ist also zumindest für über die Hälfte (55.1%) der Befragten zurückzuweisen.

Unerwarteter Weise besteht darüberhinaus, wie Tabelle 37 zeigt, ein positiver korrelativer Zusammenhang sowohl zwischen Handlungsorientierung (HOT) und der Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens (BEOBAA) als auch zwischen Handlungsorientierung und der Anzahl der zu betreuenden Menschen mit autoaggressiven Verhaltensweisen (AAPERSO).

**Tabelle 37** Korrelationen Autoaggression und HOT

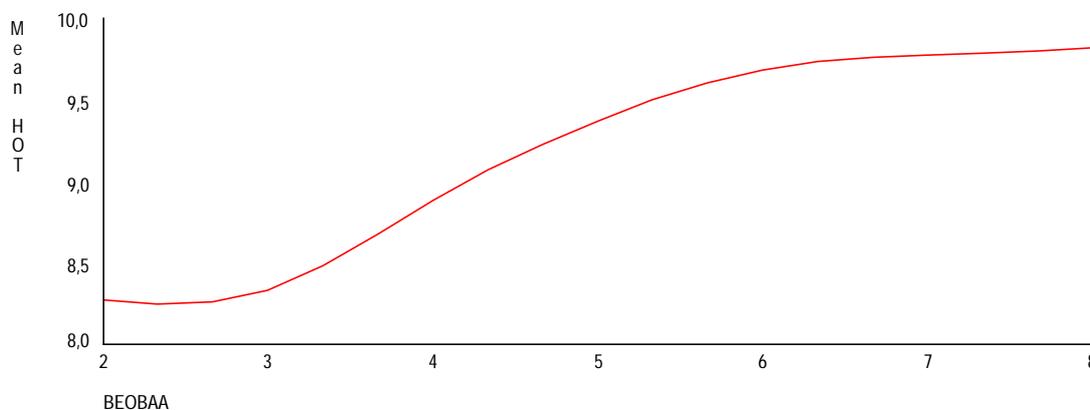
AA-Parameter	HOT
BEOBAA	.25**
AAPERSO	.14*
SCHLIAA	-.05

Regressionsanalytisch bestätigt sich der positive Zusammenhang zwischen HOT und der beobachteten Häufigkeit der Autoaggression (BEOBAA), während SCHLIAA und AAPERSO darüberhinaus keine signifikante Vorhersageverbesserung beisteuern:

**Tabelle 38** Regression Handlungsorientierung (HOT) auf Autoaggression

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	Df	p
HOT	BEOBAA Beobachtete Häufigkeit der Autoaggression	.25	.246	.061	.263	.090	.246	2.938	134	.004
Handlungsorientierung	F=8.634 sigF=.004									

Wie dem positiven Beta-Wert zu entnehmen ist, steigt also die Handlungsorientierung (als Gegenpol der Lageorientierung der HOT-Skala) mit der beobachteten Häufigkeit von selbstverletzenden Verhaltensweisen (BEOBAA) an. Damit ist die Hypothese der sich bei Betreuungspersonen einstellenden Lageorientierung unter dem Eindruck selbstverletzender Handlungen von Menschen mit Geistiger Behinderung (H1) auch regressionsstatistisch widerlegt!



**Abbildung 21** Handlungsorientierung als Funktion der Häufigkeitsbeobachtung selbstverletzenden Verhaltens

Im Gegenteil, Autoaggressionen werden von Betreuungspersonen mit einer hohen Handlungsorientierung vermehrt berichtet. Es ergibt sich also mit zunehmender Beobachtungshäufigkeit selbstverletzender Handlungen ein stetiges Anwachsen der Handlungsorientierung und damit eine stetige Abnahme der Lageorientierung.

Das Zustandekommen der unerwarteten Ergebnisse mag folgende Gründe haben: Es könnte sich um einen Selektions- oder Plazierungseffekt handeln (z.B. Erzieher/innen, die nicht zu Aktionismus und Lageorientierung neigen, werden verstärkt in der Betreuung bei Menschen mit autoaggressiven Verhaltensweisen eingesetzt). Aus der erfolgreichen Auseinandersetzung mit Autoaggression mag aber auch der Erwerb einer hohen Handlungsorientierung erwachsen. Schließlich kann spekuliert werden, ob lediglich handlungsorientierte Betreuungspersonen in der Arbeit durchhalten, lageorientierte hingegen frühzeitig ausscheiden.

Die ermittelten Zusammenhänge zwischen der beobachteten Häufigkeit autoaggressiver Verhaltensweisen (BEOBAA) und einer hohen Tätigkeitsorientierung sind vor dem Hintergrund der nur mäßigen Skaleneigenschaft der HOT-Skala zu relativieren.

Bei Konstanzhaltung der Burnout-Variablen „Reduzierte Leistungsfähigkeit“ (BOPA), die mit Handlungsorientierung nicht signifikant korreliert, sinken die Korrelationen unter die Signifikanzgrenze. Dies deutet daraufhin, dass eine hohe Handlungsorientierung in der Auseinandersetzung mit Autoaggressionen sich nur dann entwickeln kann, wenn das „Gefühl ausgebrannt zu sein“ nicht zu groß wird. Entsprechend wird der Zusammenhang zwischen Handlungsorientierung und beobachteter Autoaggression bei hohen Burnout-Werten geringer.

In ihrer Gesamtheit zeigen die Betreuungspersonen keine ausgeprägte Lageorientierung gegenüber dem Normwert. Lediglich für ca. 45% der Befragten liegen die Werte im Bereich der Lageorientierung. Das Ausmaß der Lageorientierung steigt zudem nicht mit dem Ausmaß der Betroffenheit durch Autoaggressionen an.

Im Gegenteil, die Lageorientierung fällt und die Handlungsorientierung nimmt mit der Erfahrung selbstverletzender Handlungen der zu betreuenden Personen stetig zu.

## **1.21 Autoaggression und Zuschreibung von Ursachen und Funktionen**

Als Hypothese wurde hier angenommen, dass Provokation als Ursache der Autoaggression klar dominiere (H2). Bei FRÖHLICH & HERINGER (1996) bezeichnen 65% der Sonderschulpädagogen entsprechendes Verhalten als provozierend und aufmerksamkeitsstüchtig. ROHMANN &

HARTMANN (1992) sehen ebenfalls Provokation als mögliche Form der Autoaggression an. CARR (1977) sieht unter anderem in 15% der Fälle Aufmerksamkeitssuche und in 40% der Fälle Vermeidung als Funktion selbstverletzenden Verhaltens.

Die deskriptive Auswertung liefert folgende Rangreihe der Zustimmungen über Ursachen, aufrechterhaltende Bedingungen oder Funktionen der Autoaggression:

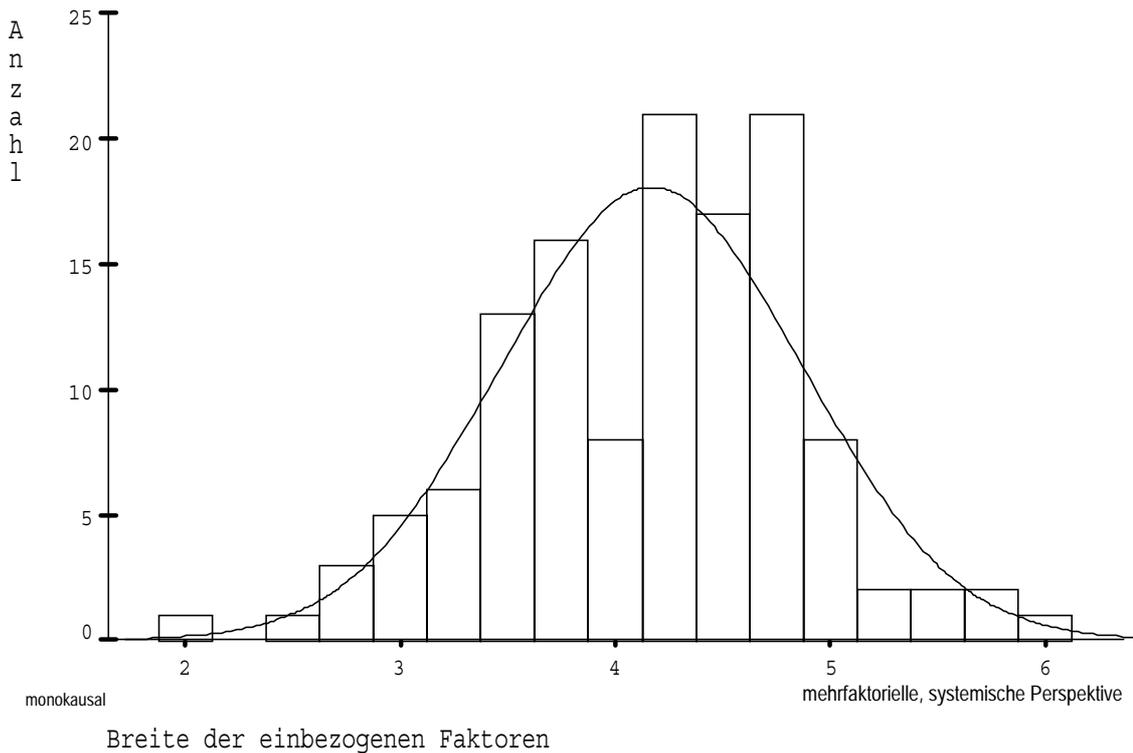
**Tabelle 39** Mittelwerte und Standardabweichungen Ursachen der Autoaggression

Rangplatz	ITEM	Aussage	x	s	Verteilung
1	UR5LEH	Lärm, Enge, Hektik, Stress	5.17	.90	
2	URS8ASZ	Zuwendungs- und Aufmerksamkeitssuche	4.99	.93	
3	URS9RBU	Reaktion bei Überforderung	4.97	.99	X + 1s
4	URS17DU	Durchsetzung eigener Bedürfnisse	4.70	1.28	
5	URS6PES	Psychische oder emotionale Störung	4.30	1.34	
6	URS10VV	Vermeidungs-, Verweigerungsverhalten	4.30	1.34	
7	URS3GB	Folge der geistigen Behinderung	4.30	1.39	
8	URS4MIT	Eigentümliche Form der Mitteilung	4.25	1.24	
9	URS2MED	Medizinische Ursache/Krankheit	4.26	1.42	X
10	URS11BP	Bewusste Provokation	4.04	1.53	
11	URS13FB	Fehlverhalten von Betreuungspersonen	3.90	1.41	
12	URS14UB	Differenzen im Betreuer-Team	3.86	1.41	
13	URS1MON	Mondphasen, Jahreszeiten, Wetter	3.63	1.29	
14	URS15KL	Leitung, institutioneller Rahmen	3.57	1.54	
15	URS16LS	Lustvolle Selbststimulation	3.47	1.43	X - 1s
16	URS12EL	Elternverhalten	3.44	1.55	
17	URS7KER	Austesten der eigenen Körperempfindung	3.44	1.42	
TOTAL		N=123	4.19	.60	

Als erstes fällt auf, dass bis auf die letzten drei Items alle über ihrem theoretischen Mittelwert (3.50) liegen; demnach werden alle angesprochenen Bereiche von den befragten Personen als relevant für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Autoaggression angesehen. Bei einer Orientierung am empirischen Mittelwert ( $x = 4.19$ ;  $s = .60$ ) über alle Itemmittelwerte der Skala liegen im Bereich oberhalb der ersten Standardabweichung ( $x+1s$ ) stressevozierende Gegebenheiten, aber auch die Suche nach Aufmerksamkeit und Zuwendung sowie schließlich Überforderung, während im Bereich unterhalb der ersten Standardabweichung ( $x-1s$ ) Rahmenbedingungen, Selbststimulation, Elternverhalten und Austesten eigener Körperempfindungen rangieren. Mit 39,0% erzielt Item 5 (Lärm, Enge, Hektik, Stress) den höchsten Prozentsatz aller absoluten Zustimmungen („stimmt

ganz genau“). Am stärksten abgelehnt („stimmt gar nicht“) wird Item 12 (Elternverhalten) mit 16,2%<sup>95</sup>.

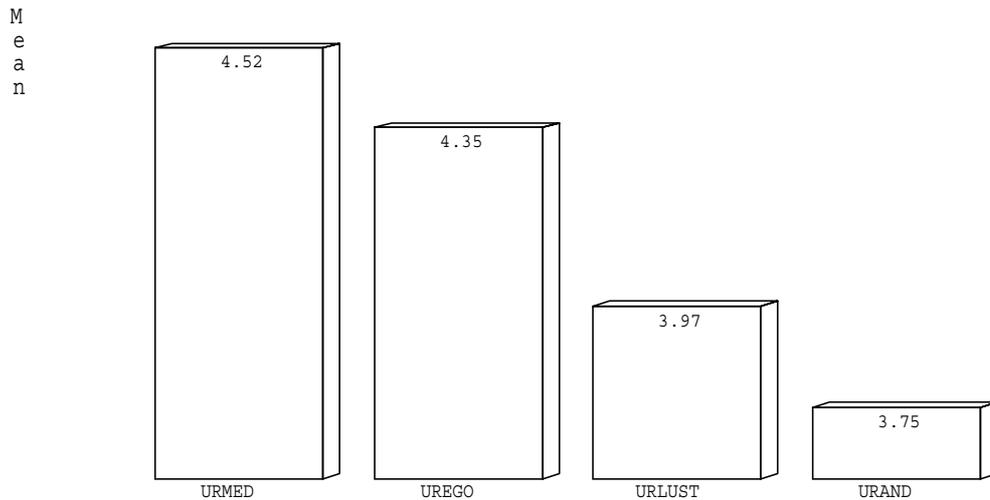
Das generelle Vorherrschen einer einheitlichen monokausalen Erklärung kann anhand der Rangreihe erst einmal nicht bestätigt werden. Hypothese H2, wonach Betreuungspersonen generell Autoaggression in Bezug auf eine Störung, Krankheit oder Provokation des Index-Klienten erklären, muss insofern zurückgewiesen werden. Wie folgende Abbildung zeigt, sieht die Mehrheit der Befragten ein recht breites Ursachenbündel koinzident bei Autoaggressionen als gegeben an.



**Abbildung 22** Glockenkurve der einbezogenen Ursachen und Funktionen der Autoaggression

Allerdings zeigt die Auswertung auf Faktorebene eine gewisse Dominanz bei medizinischer Ursachenzuschreibung (URMED) und Vermeidung, Verweigerung/Provokation (UREGO) gegenüber den anderen beiden Faktoren. Bei diesem Vergleich müssen aber die problematischen Messeigenschaften der Ursachen-Skala Lebensqualität (URLUST) berücksichtigt werden. Nachfolgende Graphik verdeutlicht die Mittelwertunterschiede der vier Faktoren:

<sup>95</sup> Es folgen in der Rangreihe der stärksten Ablehnungen: Item 15 (institutioneller Rahmen) 12,8%, Item 16 (lustvolle Selbststimulation) 11,3% und Item 7 (Austesten der Körperempfindungen) mit 9,7%.



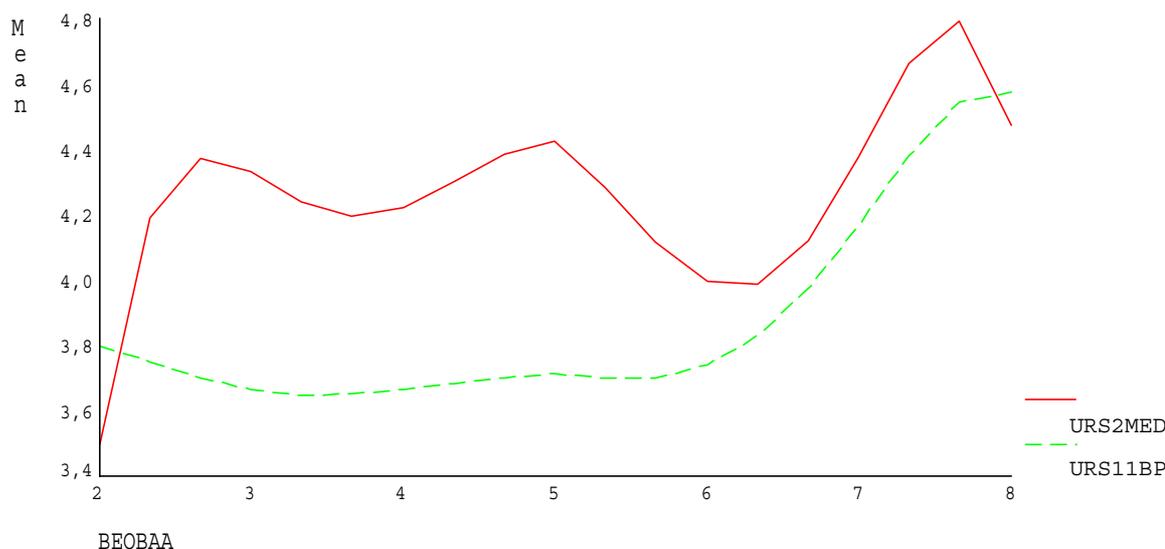
**Abbildung 23** Mittelwertvergleich der Ursachenskalen

Die Mittelwertunterschiede erreichen jedoch, selbst bei einer nach der Geschlechtszugehörigkeit getrennten Betrachtung, keine statistische bedeutsame Signifikanz und genügen daher nicht, die Hypothese H2 aufrechtzuerhalten. Generell steigt mit dem Ausmaß der Autoaggression die Anzahl der in Betracht gezogenen Faktoren (Korrelation beobachtete Häufigkeit und Anzahl der Ursachen:  $r=.17^*$ ), wobei allerdings einige Items besonders stark an Gewicht zunehmen.

**Tabelle 40** Korrelationen zwischen Autoaggression und Ursachenannahmen

(URS) Funktion oder Ursache der Autoaggression	BEOBAA Häufigkeit der Beobachtung von Autoaggressionen	SCHLIAA Schlimmste je beobachtete Auto- aggression	AAPERSO Anzahl der zu betreuenden auto- aggressiven Personen
URS2MED Medizinische Ursache			.16*
URS4MIT Eigentümliche Form der Mitteilung			.24**
URS5LEH Lärm, Enge, Hektik, Stress	.17*		.18*
URS7KER Austesten der eigenen Körperempfindung		.19*	
URS8ASZ Zuwendungs- und Aufmerksamkeitssuche	.20*		.19*
URS10VV Vermeidungs-, Verweigerungsverhalten	.17*		
URS11BP Bewusste Provokation	.21**		
URS12EL Verhaltensweisen von Eltern		-.18*	-.22**
URS13FB Fehlverhalten von Betreuungspersonen			.14*
URS14UB Unstimmigkeiten in der Betreuergruppe	.16*		.15*
URS15KL Leitung, institutioneller Rahmen			.14*
URS17DU Durchsetzung eigener Bedürfnisse	.24**		
FI: Vermeidung (UREGO)	.26**		
FII: soziales Umfeld (URAND)			.17*
FV: Lebensqualität (URLUST)		.14*	

Mit der Anzahl der zu betreuenden Personen rückt die Mitteilungsfunktion der Autoaggression (URS4MIT, URS12EL, URAND) besonders in den Vordergrund, während die Schuld zunehmend weniger bei den Eltern gesucht wird. Im Verlauf der Beobachtung der Autoaggression heben sich Vermeidung, Durchsetzung und Provokation (URS17DU, URS11BP, UREGO) als häufig genannte Ursachen heraus. Am Beispiel der Items 2 (URS2MED) „medizinische Ursache“ und 11 (URS11BP) „bewusste Provokation“ läßt sich exemplarisch die Komplexität der Dynamik der Ursachenattributionen aufzeigen.



**Abbildung 24** Provokationsattribution und medizinische Ursachenannahme in Abhängigkeit der Häufigkeit der Autoaggression

Wie die Abbildung zeigt, nimmt die Provokationsannahme (URS11BP) mit der Häufigkeit der Autoaggression zu. Interessanterweise ergibt sich ein markanter Sprung bei der Angabe 6= „ein paar Mal die Woche“. Damit bestätigt sich die Annahme von KLAUß (1987a) und EMERSON (1990a; 1992), wonach Autoaggression in den Augen vieler Betreuer als Provokation widerscheint<sup>96</sup>, zumindest ab einer gewissen Frequenz recht deutlich.

Die medizinische Ursachenannahme hingegen erreicht bereits ab 3= „monatlich“ ein hohes Niveau mit einem deutlichen Einknicken ab 5= „wöchentlich“ und einem lokalen Tief bei 6= „ein paar Mal die Woche“, um dann wieder steil nach oben zu steigen.

Vergleicht man für beide Kurven Anfangs- und Endpunkt, so liegt eine Zunahme der jeweiligen Ursachenattribution vor, wenngleich der Weg dorthin nicht entlang einer Geraden folgt.

<sup>96</sup> KLAUSS (1987a, p. 115): In den Augen vieler Betreuer ist Autoaggression eine Provokation "Erfüllung eines Wunsches erzwingen."

Generell wird mit der Zunahme der Schwere der Autoaggression die Ursache eher in die autoaggressive Persönlichkeit hineinverlagert (mit Ausnahme von Item 5 URS5LEH- Lärm, Enge und Hektik) und auch als Aspekt der Lebensqualität betrachtet (siehe Tab. 41). Regressionsanalytisch ergeben sich bedeutsame Haupteffekte zu den Parametern der Autoaggression für folgende Items:

**Tabelle 41** Regression Ursachenannahmen auf Autoaggressionsparameter

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	p
URS5LEH Lärm, Enge, Stress	AAPERSO Anzahl der zu betreuenden Personen F=4.330 sigF=.039	.18	.177	.031	.024	.012	.177	2.081	134	.039
URS7KER Austesten der eigenen Körperempfindungen oder Körperregionen	SCHLIAA Schlimmste je beobachtete Autoaggression F=4.688 sigF=.032	.19	.185	.034	.220	.102	.185	2.165	132	.032
URS8ASZ Suche nach Aufmerksamkeit, Stimulation und Zuwendung	BEOBAA Beobachtete Häufigkeit der Autoaggression F=5.331 sigF=.023	.20	.197	.039	.100	.043	.197	2.309	132	.023
URS11BP Bewusste Provokation	BEOBAA Beobachtete Häufigkeit der Autoaggression F=5.835 sigF=.017	.21	.206	.043	.169	.070	.206	2.415	96	.017
URS17DU Durchsetzung eigener Bedürfnisse, Wünsche oder Interessen	BEOBAA Beobachtete Häufigkeit der Autoaggression F=7.591 sigF=.007	.24	.237	.056	.162	.060	.237	2.755	128	.007
URS4MIT Form der Mitteilung	AAPERSO Anzahl der zu betreuenden Personen F=8.331 sigF=.005	.24	.244	.059	.045	.016	.244	2.886	132	.005
URS12EL Verhaltensweisen der Eltern	AAEXPOA AA Exposition F=8.204 sigF=.005	-.25	-.245	.060	-.002	.0001	-.245	-2.864	128	.005

Bezüglich der Verursachungsannahme „Verhalten der Eltern“ (URS12EL) ergibt sich ein negativer Vorhersagewert aus der Addition der drei Autoaggressionsparameter: je mehr Autoaggression von den Betreuungspersonen antizipiert wird, um so weniger werden Verhaltensweisen der Eltern als Ursache angenommen. Für die übrigen sechs Ursachenannahmen gilt, dass mit der Zunahme der Autoaggression die jeweilige Ursachenattribution um so stärker in den Vordergrund tritt. Eine gewisse Zuspitzung der Verursachungsannahmen auf drei Bereiche zeichnet sich ab:

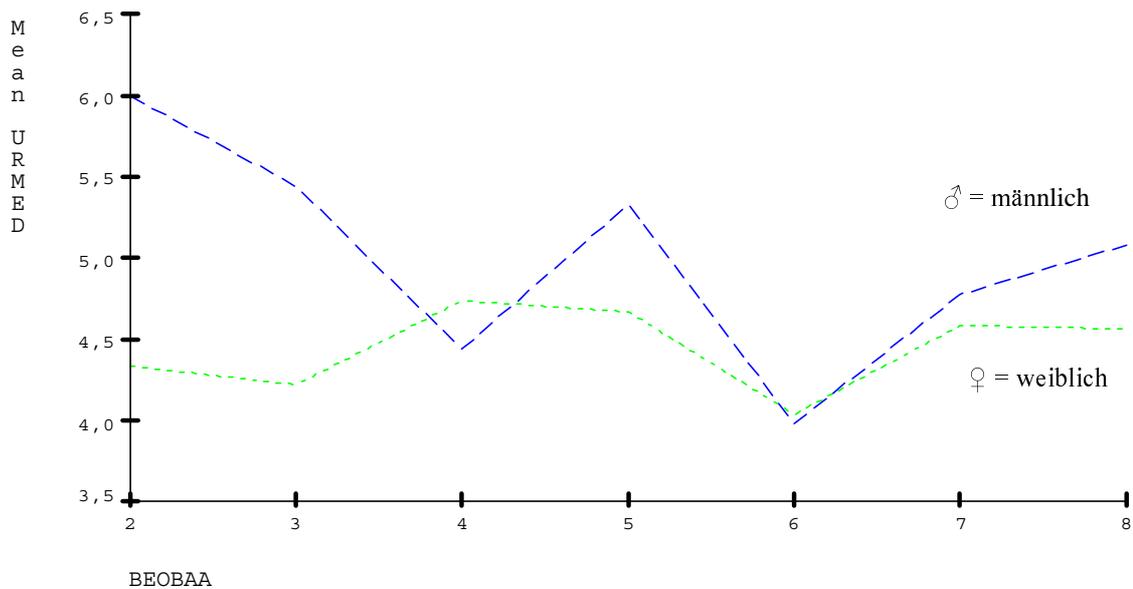
- a. die äußere Situation als stressevozierender Faktor
- b. die innere Kompetenz- und Bedürfniskonstellation (Aufmerksamkeitswunsch, Stimulation)
- c. Durchsetzung und Provokation

Auffallend ist, dass die Regressionsanalyse keine Präferenz für krankheitsbedingte Verursachung der Autoaggression (URS2MED, URS3GB, URS6PES) erkennen liess, wie dies in der Praxis bisweilen aufzutreten scheint. Recht kompliziert stellt sich der Zusammenhang bei einer differentiellen Betrachtung der kognitiven Vorstellungen der Betreuungspersonen bezüglich des selbstverletzenden Verhaltens bei Menschen mit Geistiger Behinderung dar.

**Tabelle 42** Regression biographische Merkmale auf kognitive Muster

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	p
URMED	ALTER F=5.370 sigF=.022	-.20	.205	.042	-.022	.009	-.205	-2.317	123	.022
URLUST	JOBJAHR F=7.516 sigF=.007	.24	.237	.056	.030	.011	.237	2.742	123	.007
UREGO	HOT F=7.035 sigF=.009	.23	.233	.054	.135	.051	.233	2.652	123	.009
URAND	JOBJAHR F=6.506 sigF=.012	.22	.222	.049	.036	.014	.222	2.551	123	.012

Wie aus der Tabelle ersichtlich prägen das Alter und die Berufserfahrung sowie die Handlungsorientierung eine gewisse Tendenz der Zuschreibung der Autoaggression weg von medizinischer Ursache (URMED) hin zu Lebensqualität (URLUST), Vermeidung, Verweigerung, Provokation (UREGO) sowie hin zum Einbezug des sozialen Umfeldes (URAND). Dies gilt unabhängig davon, wie häufig und in welchem Ausmaß Selbstverletzungen beobachtet werden. Das Geschlecht der Betreuungsperson spielt ebenfalls keine bedeutsame Rolle für die Attribution der Autoaggression. Dennoch lassen sich tendentiell geschlechtsspezifisch unterschiedliche Attributionsverläufe erkennen, wie folgendes Schaubild zeigt:



**Abbildung 25** Differentielle Zuschreibung der Autoaggression als Krankheit

Männer (♂) gehen demnach bei seltener Konfrontation mit Autoaggressionen eher von einer medizinischen Verursachung aus, während Frauen (♀) generell weniger medizinisch attribuieren. Bei zunehmender Erfahrung mit Autoaggressionen nähern sich die unterschiedlichen Zuschreibungen an. Die Unterschiede liegen jedoch außerhalb der statistischen Signifikanz. Auch für den Faktor „Lebensqualität“ ergab sich kein statistisch signifikanter Befund.

Im Gegensatz dazu erlaubten die Autoaggressionsmaße (BEOBAA und AAPERSO) für die beiden Ursachen-Faktoren „Vermeidung“ (UREGO) und „Soziales Umfeld“ (URAND) recht gute Vorhersagen:

**Tabelle 43** Regression Ursache Vermeidung und soziales Umfeld auf Autoaggressionsparameter

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	p
Vermeidung UREGO	BEOBAA Beobachtete Häufigkeit der Autoaggression	.26	.257	.066	.207	.056	.341	3.720	127	.000
	AAPERSO Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen	-.07	.321	.103	-.037	.016	-.211	-2.300	127	.023
	F=7.310 sigF=.001									
Soziales Umfeld URAND	AAPERSO Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen	.17	.173	.030	.033	.016	.174	2.025	131	.045
	F=4.102 sigF=.045									

Wie sich aus dem ersten Block der Tabelle ergibt, wird das Vermeidungsmotiv um so eher angenommen, je häufiger Autoaggressionen beobachtet werden. Bei der Anzahl der zu betreuenden

Personen zeichnet sich eine „negative Suppression“ (BORTZ, 1999, p. 426) ab: Die Variable korreliert nur sehr gering mit dem Kriterium, unterdrückt aber irrelevante Varianz in der anderen Prädiktorvariablen und erhöht so den Vorhersagewert. Der zweite Block zeigt an, dass mit der Anzahl der zu betreuenden Personen die Ursache eher im sozialen Umfeld gesucht wird.

Interessanterweise gibt es gerade zu diesen beiden Ursachenfaktoren eine bedeutsame Regression zur emotionalen Belastung „Ärger“. Eine theoretische Erklärung liefert hierfür die Attributionsforschung. Nach SCHWARZER & WEINER (1990) reagieren Beobachter vermehrt mit Ärger, wenn eine Krankheit von Patienten selbst verursacht wird und kontrollierbar ist.

**Tabelle 44** Regression Ärger auf Vermeidung und soziales Umfeld

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	Df	p
Ärger	Vermeidung UREGO	.33	.327	.107	.396	.084	.407	4.684	127	.000
	Soziales Umfeld URAND	-.09	-.394	.155	-.214	.080	-.233	-2.679	127	.008
F =15.343 sigF=.000										

Damit ergibt sich die Frage, inwieweit durch Autoaggressionen direkt oder indirekt emotionale Belastungen entstehen.

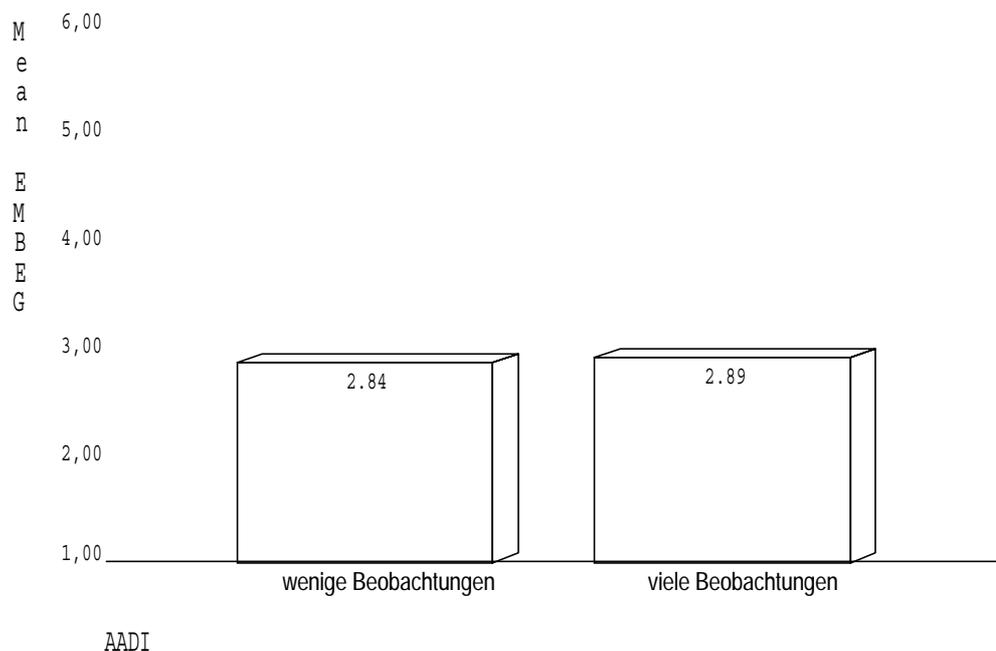
Eine medizinische Sichtweise der Betreuungspersonen dominiert zwar die Erklärungsmuster zur Autoaggression, andererseits werden jedoch gleichzeitig alternative Erklärungen bejaht. So werden Provokation und Durchsetzung eigener Ziele sowie stressevozierende Situationen als mögliche Muster hervorgehoben. Am wenigsten erfolgt eine Attribution auf die soziale Umwelt. Diese Erklärungsmuster fallen differentiell und in Abhängigkeit der Exposition gegenüber selbstverletzenden Verhaltensweisen unterschiedlich aus. Schließlich gehen die Ursachenattributionen Vermeidung und Durchsetzung mit Ärger auf Seiten der Betreuungspersonen einher.

## 1.22 Autoaggression und emotionale Belastung

Die emotionalen Belastungswerte schwanken in der vorliegenden Stichprobe zwischen 1 und 4,72 (bei einem maximal möglichen Wert von 6,0). Nimmt man das obere Quartil ( $x > 3,47$ ) als Kriterium, so können 33 Personen (25%) der Stichprobe als hoch emotional belastet gelten. Selbstbeobachtung und Verhaltensexperimente legen nach HASTINGS & REMINGTON (1998) eine negative emotionale Reaktion auf herausforderndes Verhalten besonders bei selbstverletzendem

Verhalten nahe. MÜHL et al. (1996) vermuten als Konsequenz des Auftretens schwerer Verhaltensprobleme bei Menschen mit Geistiger Behinderung eine psychische Belastung der Bezugspersonen, das Gefühl überfordert zu sein und Hilflosigkeit im Umgang mit den betroffenen Personen. Auch LANWER-KOPPELIN (1997) weist auf stärkste emotionale Reaktionen bei Betreuungspersonen in Folge autoaggressiver Handlungen hin und hebt vor allem Unsicherheit, Unverständnis, Hilflosigkeit und Ohnmacht hervor. Hilflosigkeit und Angst stehen als emotionale Belastungen auch bei ACKERMANN (1994) im Vordergrund. KLAUB (1987a) sieht auf der Grundlage seiner Mitarbeiterbefragungen als primäre emotionale Reaktion Hilflosigkeit, die in Wut und Ärger umschlagen könne.

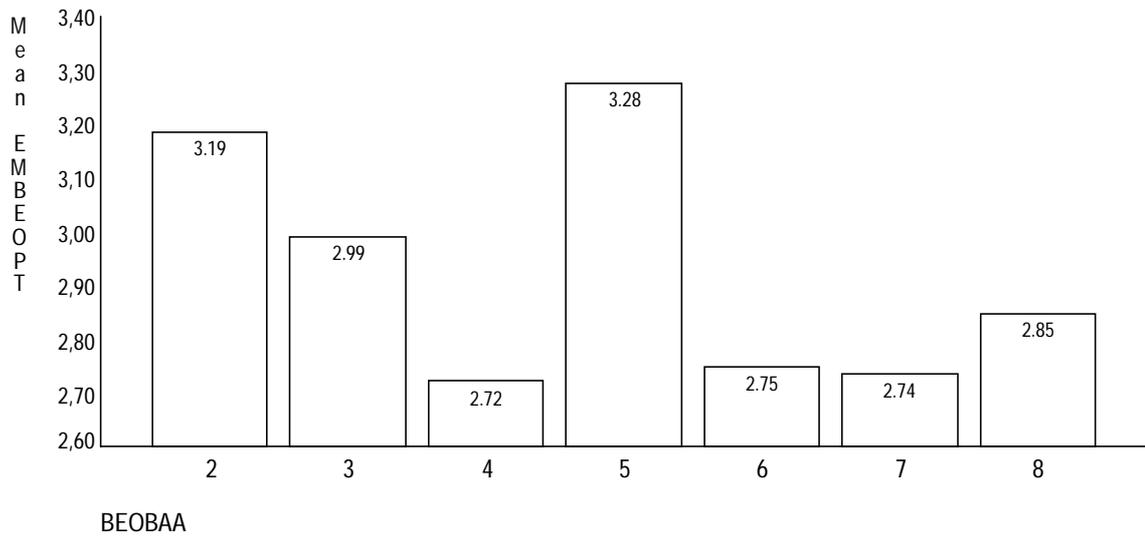
Zur ersten Untersuchung dieser Thesen wurden die Daten der Skala BEOBAA am Median in „viele“ versus „wenige“ Autoaggressionbeobachtungen dichotomisiert und die jeweilige emotionale Belastung berechnet:



**Abbildung 26** Emotionale Belastung bei dichotomisierter Skala BEOBAA

Wie bereits der graphische Vergleich der Mittelwerte zeigt, fällt die emotionale Belastung in beiden Gruppen fast gleich hoch aus. Der verbleibende Unterschied liegt weit außerhalb der üblichen Signifikanzgrenzen.

Die Dynamik der Belastung zeigt folgendes Säulendiagramm (Abbildung 27). Demnach liegt die höchste emotionale Belastung bei (5) wöchentlich vorkommenden Autoaggressionen, während die geringsten Belastungen in unmittelbarer Nachbarschaft (4 und 6) dazu liegen.



**Abbildung 27** Emotionale Belastung als Funktion der Beobachtungshäufigkeit selbstverletzenden Verhaltens

Für die anderen Autoaggressionsparameter ergeben sich nur in wenigen Fällen bedeutsame Korrelationen und wenn, dann meist mit negativem Vorzeichen (siehe Tab. 45). Dies bedeutet, dass mit der Zunahme des Ausgesetztseins gegenüber Autoaggressionen die emotionale Belastung tendenziell eher sinkt. Ähnlich berichten SARIMSKI & HOFFMANN (1994) über keine generell höheren Belastungsangaben bei Müttern behinderter Kinder.

Die Hypothesen H3 und H4 einer zunehmenden emotionalen Belastung bei steigender Autoaggression lassen sich auf Grund der vorliegenden Daten nicht bestätigen. Weder H3 Angst (ANGST) noch H4 Hilflosigkeit (HILFLOS), wie dies z.B. KLAUß (1987a), JANTZEN & von SALZEN (1990) sowie ACKERMANN (1994) annehmen, resultieren

**Tabelle 45** Korrelation Emotionsfaktoren mit Autoaggression

	BEOBAA	SCHLIAA	AAPERSO
<i>EMBEG</i>	.02	.01	-.11
<i>AERGER</i>	.07	.02	-.17*
<i>HILFLOS</i>	-.06	.06	-.05
<i>ANGST</i>	-.16*	-.08	.05
<i>ERREGUNG</i>	-.07	-.02	-.10

nach vorliegender Untersuchung aus der Beobachtung von Autoaggressionen. Es gelingt den neugebildeten Emotionsfaktoren nicht, statistische Signifikanz im Sinne einer Belastung durch Autoaggression zu erreichen.

Entgegen der Hypothesen gibt es für einzelne belastende Emotionen wie Ärger (AERGER) sogar eine negative Beziehung zur Anzahl der zu betreuenden Personen (AAPERSO) und zur Emotion Angst (ANGST) eine ebenfalls negative Beziehung zur beobachteten Häufigkeit von Autoaggressionen (BEOBAA), siehe Tab. 45. Angst und Ärger verringern sich also im Mittel mit der Zunahme der Antizipation von Autoaggression. Insbesondere bei Angst ist dieser Effekt stark geschlechtsspezifisch ausgeprägt:

Die Korrelationen betragen für Männer:  $r=-.35^{**}$ , für Frauen:  $r=-.14^*$ . Die geringere Korrelation bei weiblichen Bezugspersonen geht darauf zurück, dass hier der Abbau der Angst mit dem Andauern der Autoaggressionen weniger stark ausfällt. Während FALLON (1983) einen Rückgang der emotionalen Belastung nicht finden konnte, berichten HASTINGS & REMINGTON (1998) ebenfalls über eine Immunitätsentwicklung bei anhaltenden Autoaggressionen. Das Bild der emotionalen Abhärtung wird durch die regressionsanalytischen Berechnungen weitgehend bestätigt. Weder für das Gesamtmaß der „Emotionalen Belastung“ (EMBEG) noch für die Emotionen Angst, Ärger, Erregung, Hilflosigkeit lies sich ein direkter Einfluss der wahrgenommenen Autoaggression nachweisen. Lediglich die Interaktion Geschlechtszugehörigkeit und beobachtete Häufigkeit der Autoaggression (BEOBAASEX) erbrachte signifikante Befunde, wie nachfolgende Tabelle zeigt:

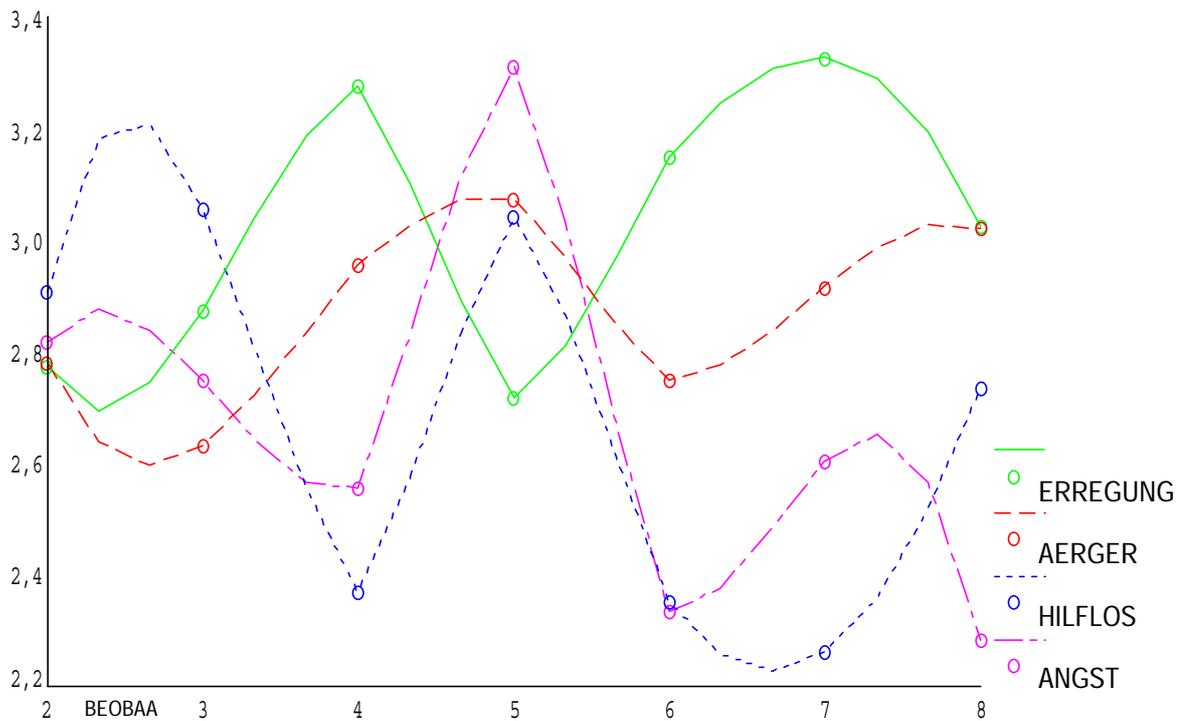
**Tabelle 46** Effekte antizipierter Autoaggression auf emotionale Reaktionen

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	Df	p
Angst	BEOBAASEX Interaktion F=8.199 sigF=.005	-.24	.244	.059	-.073	.026	-.244	-2.863	130	.005
EB2RUHI (umgepolt)	AAEXPOA Addition der AA-Maße F=4.539 sigF=.035	.18	.182	.033	.002	.001	.182	2.13	133	.035
EB7NEUG (umgepolt)	SCHLIAA schlimmste je beobachtete Autoaggression F=7.838 sigF=.002	.23	.231	.04	-.045	.017	-.231	-2.68	132	.008
EB8KEIA (umgepolt)	BEOBAA Beobachtung von Autoaggression F=9.883 sigF=.002	-.26	.263	.069	-.208	.066	-.263	-3.14	133	.002
EB9SCHR	BEOBAA Beobachtung von Autoaggression F=5.523 sigF=.020	-.20	.200	.040	-.160	.068	-.200	-.235	133	.020
EB11VBF (umgepolt)	BEOBAA Beobachtung von Autoaggression F=6.517 sigF=.002	-.22	.218	.047	-.213	.069	-.218	-.311	132	.002
Eb17ZOR	AAPERSO Anzahl der betreuten Personen F=7.100 sigF=.009	-.23	.226	.051	-.056	.021	-.226	-.267	133	.009
EB24STO (umgepolt)	AAPERSO Anzahl der betreuten Personen F=10.427 sigF=.002	-.27	.271	.073	-.190	.088	-.271	-.217	131	.002

Abgesehen davon, dass nur wenige Items der Emotionsskala aufgrund der Betroffenheit durch Autoaggressionen vorhergesagt werden können, ergibt sich für die Mehrzahl der verbliebenen Items eine negative Steigung der Regressionsgeraden. Da alle Items im Sinne einer emotionalen Belastung gerichtet wurden, bedeutet dies eine Abnahme der emotionalen Belastung bei steigender

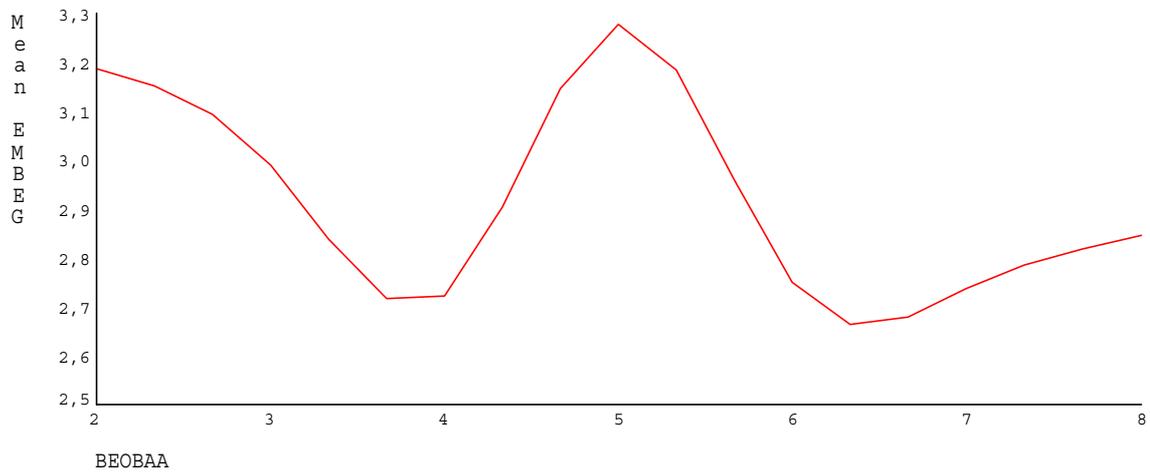
Antizipation von Autoaggressionen! Der Effekt der Gewöhnung an Autoaggressionen scheint sich demnach durchzusetzen.

Allerdings ist bei dieser Interpretation Vorsicht geboten, da keine linear-additive Beziehungen der Variablen vorliegen. Exemplarisch verdeutlicht dies der Abgleich der Emotionen mit der beobachteten Häufigkeit autoaggressiven Verhaltens.



**Abbildung 28** Emotionen und Beobachtung autoaggressiver Handlungen

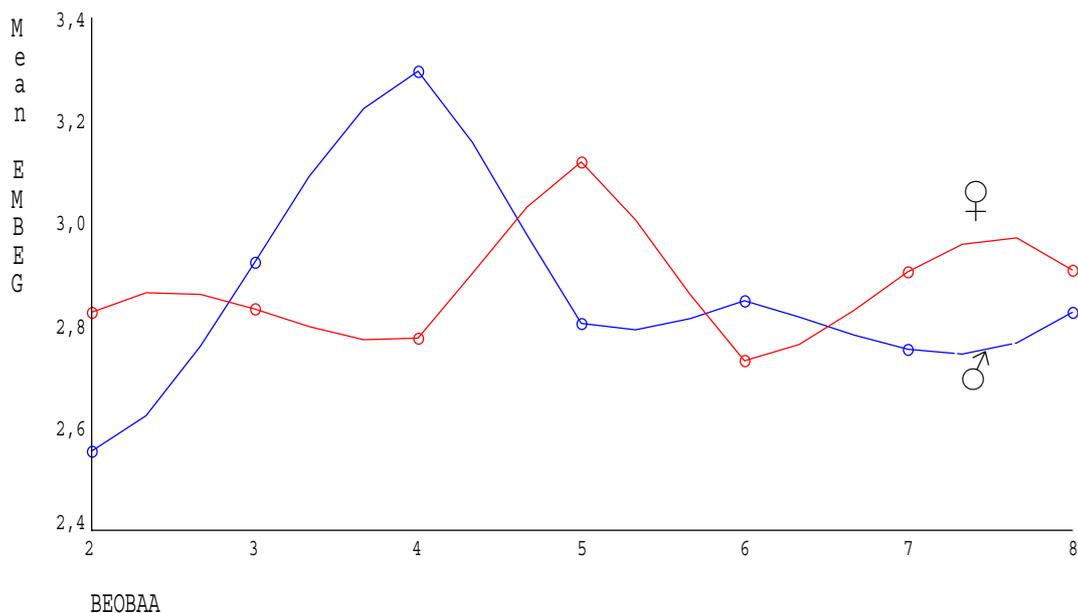
Wie aus den vier Kurven der Graphik hervor geht, ergibt sich ein sinusförmiges Auf und Ab emotionaler Belastungen auf Grund der Autoaggressionen. Interessanterweise zeichnet sich bei den unterschiedlichen emotionalen Belastungen ein recht paralleles Muster der Schwingungen ab, mit einem lokalen Maximum der Belastung (abgesehen von Erregung) um wöchentliche Autoaggression (5). Eventuell liegt hier eine kritische Größe, die ein Umschalten der Verarbeitung (Änderung der Intervention, Verlust der Gewöhnung, Suche nach Entlastung) herausfordert. Diese greift jedoch nur bis zu einer erneuten Zunahme der Autoaggression, was sich an den dann wieder steigenden emotionalen Belastungen zeigt. Lediglich das Absinken der Angst bildet hier eine Ausnahme.



**Abbildung 29** Emotionale Belastung und Beobachtung autoaggressiver Handlungen

Transferiert man die querschnittlich gewonnenen Daten in ein individuelles Entwicklungsmodell, so markiert der kurvenförmige Verlauf der emotionalen Belastung unterschiedliche Phasen der Reaktion auf Autoaggressionen. Beim ersten Auftreten der Autoaggressionen entsteht eine Schockphase (2), die von der Phase der Gewöhnung abgelöst wird (3-4). Danach folgt eine Phase der Belastungssteigerung oder Erschöpfung (5). Auch an die nun höhere Frequenz der Autoaggression erfolgt eine Adaptation (6), die jedoch bei einer neuerlichen Steigerung der Autoaggression wiederum in Erschöpfung (7-8) mündet. (siehe Abb. 29).

Zum Abschluss der Untersuchung emotionaler Auswirkungen wird noch ein zusammenfassender Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der emotionalen Belastung durch Autoaggression geworfen:



**Abbildung 30** Differentieller emotionaler Belastungsverlauf bei Männern und Frauen

Interpretiert man die punktuell bei unterschiedlichen Personen erhobenen Daten als Spiegelbild eines dynamischen Prozesses, so zeigen sich Frauen bei geringer Autoaggression stärker belastet als Männer. Mit der Zunahme der Autoaggressionshäufigkeit äußern Männer jedoch höhere Belastungswerte. Die weitere Entwicklung könnte als gedämpfte Schwingung beschrieben werden, wobei sich die Geschlechterverhältnisse noch mehrfach mit verminderten Amplituden umkehren (siehe Abb. 30).

Bei der Interpretation der jeweiligen emotionalen Belastungsangaben müssen die parallel hohen Werte in den Skalen „soziale Entlastung“ (82% des Maximalwertes) und „Maßnahmeneffizienz“ (84% des Maximalwertes) in Rechnung gestellt werden. In der vorliegenden Stichprobe dämpfen beide Faktoren eventuell die direkte emotionale Belastung der Betreuungspersonen. Bei einer Konstanthaltung der Effizienz- bzw. Entlastungsmaße lässt sich statistisch wenigstens der Tendenz nach eine Verringerung der negativen Steigungskoeffizienten erkennen. Dauer der Berufserfahrung, Geschlechtszugehörigkeit und Handlungsorientierung moderieren in keinem signifikanten Ausmaß die Vorhersage der emotionalen Belastung.

Es gibt keine allgemeine lineare Steigerung der emotionalen Belastung bei wiederholter Autoaggression. Lediglich vor den „Adaptationsphasen“ nimmt die emotionale Belastung jeweils zu. Auch für Angst und Hilflosigkeit auf Seiten der Betreuungspersonen bei fortgesetzter Exposition gegenüber autoaggressiven Handlungen ergibt sich keine kontinuierliche Zunahme. Ebenso nimmt Ärger nicht linear mit dem Ausmaß der beobachteten Autoaggression zu.

Es handelt sich bei dem Zusammenhang zwischen Autoaggression und emotionaler Reaktion der Betreuungsperson um ein dynamisches und differentiell unterschiedlich ausgeprägtes Geschehen mit mehreren „Höhen und Tiefen“.

### **1.23 Autoaggression und Maßnahmen**

Ein Umschlagen der emotionalen Belastung der Betreuungspersonen in Aggressionen, Meidung oder Bestrafungstendenzen gegenüber Menschen mit Geistiger Behinderung nehmen MÜHL et al. (1996) an. Nach ACKERMANN (1994) reicht das Spektrum des Betreuerhaltens von emotionaler Belastung, Angst und Hilflosigkeit bis hin zu pädagogischer Gegengewalt unterschiedlicher Form. KLAUß (1987a,b, 1999) sieht auf der Grundlage seiner Mitarbeiterbefragung ebenfalls die Gefahr der Gegengewalt, nennt aber auch Festhalten, Verhindern der Autoaggression und Trösten als prototypische Handlungsbereitschaften bei Autoaggressionen und setzt hinzu, dass dies meist

jedoch ohne Erfolg sei. VOß pointiert typisches Betreuerverhalten bei schwierigen Kindern als: „Wir fliehen in pädagogischen Aktionismus, in Medizinisierung, Therapeutisierung und Esoterik anstatt uns mit unserem Spiegelbild zu konfrontieren“ (VOß, 1998, p. 21).

### 1.23.1 Maßnahmenanwendung

Die vorliegenden Daten vermögen die Gefahr bestrafender Maßnahmenpräferenzen, überschneller Medikation und mangelnder (Selbst-)Reflektion nur bedingt zu stützen. Eine erste rein quantitative Auswertung ergibt folgende Rangreihe der angewandten Maßnahmen bei Autoaggressionen, errechnet aus den Mittelwerten ( $\bar{x}$ ) der Anwendungshäufigkeiten (siehe Anhang II, Tab.84):

Im oberen Drittel der sieben häufigsten angewandten Maßnahmen liegen: (x)

1.	<sup>20</sup> Übereinstimmung im pädagogischen Handeln herstellen	4.93
2.	<sup>1</sup> Ablenken, Aufmerksamkeit auf etwas anderes führen	4.83
3.	<sup>3</sup> Verbal bremsen, anrufen	4.69
4.	<sup>14</sup> Aufmerksamkeit schenken, trösten, körperlichen Kontakt herstellen	4.55
5.	<sup>19</sup> Beseitigung äußerer Ursachen oder aufrechterhaltender Bedingungen	4.35
6.	<sup>10</sup> Einem Facharzt vorstellen	4.14
7.	<sup>12</sup> Belohnen in autoaggressionsfreien Zeiten	4.13

Zum Mittelfeld gehören neun Maßnahmen:

8.	<sup>13</sup> Bereitstellen eines alternativen Stimulations/Kommunikations-angebotes	3.92
9.	<sup>23</sup> Akzeptanz der Autoaggression als spezifische Lebensäußerung	3.75
10.	<sup>7</sup> Time out: in ein anders Zimmer führen, soziale Isolierung	3.71
11.	<sup>15</sup> Medikamentöse Behandlung	3.62
12.	<sup>18</sup> Psychologe/in einschalten	3.61
13.	<sup>2</sup> Bewusstes Ignorieren, Abwenden, Wegschauen	3.48
14.	<sup>22</sup> Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen der Arbeit	3.18
15.	<sup>11</sup> Verstärken von Tätigkeiten, die mit Autoaggressionen unvereinbar sind	3.18
16.	<sup>6</sup> Verstärkerentzug, Wegnahme eines angenehmen Reizes etc.	3.12

Im unteren Drittel stellen sich die Rangplätze wie folgt dar:

17.	<sup>21</sup> Team-Supervision	2.94
18.	<sup>9</sup> Anbinden, Fixieren, Manschetten, Schutzhelm, etc.	2.89
19.	<sup>17</sup> Umlenken der Selbstaggression auf ein anderes Objekt	2.88
20.	<sup>4</sup> Schimpfen oder drohen	2.77
21.	<sup>16</sup> Paradoxe Intervention	2.76
22.	<sup>5</sup> Klapse und körperliche Bestrafungen	1.22
23.	<sup>8</sup> Elektroschocks	1.01

Eine Präferenz für strafende oder medikamentöse Interventionsformen lässt sich an Hand der Rangreihe nicht belegen. Die klassischen bestrafenden Interventionen stehen mehrheitlich am Ende der Skala, während lediglich Item 3 (MA3VBRA) „verbal Bremsen“ als eindeutig unterbindende Sanktionsform den Sprung unter die ersten sieben Items schaffte. Hervorzuheben ist, dass sowohl in der Rubrik *Anwendung* als auch in der Rubrik *Erfolg* „eine Übereinstimmung im pädagogischen Handeln herstellen“ (MA20UE) an vorderster Stelle liegt (siehe Anhang II, Tab. 84). Dem Team wird hier also eine Schlüsselrolle zugewiesen. Auf welche pädagogischen Richtlinien man sich einigen soll bleibt dabei allerdings offen. Die Hypothesen H5 (Dominanz medikamentöser Behandlungsformen) und H6 (Tendenz zu bestrafenden Maßnahmen) sind zurückzuweisen.

Interessant ist als Exkurs der Vergleich der Daten mit Befragungen zu de facto vorkommenden Maßnahmen bei Autoaggressionen. So berichten FRÖHLICH & HERINGER, dass selbstverletzende Schüler in Sonderschulen zu 21% Psychopharmaka bekommen, 37,4% fachtherapeutisch und 47,6% fachärztlich behandelt werden. Mit dem Summenmaß der Exposition gegenüber selbstverletzendem Verhalten (AAEXPOA) korrelieren folgende Items, geordnet nach der Höhe der Korrelation r: (Signifikanzniveau p: \* = 0.5; \*\* = 0.1)

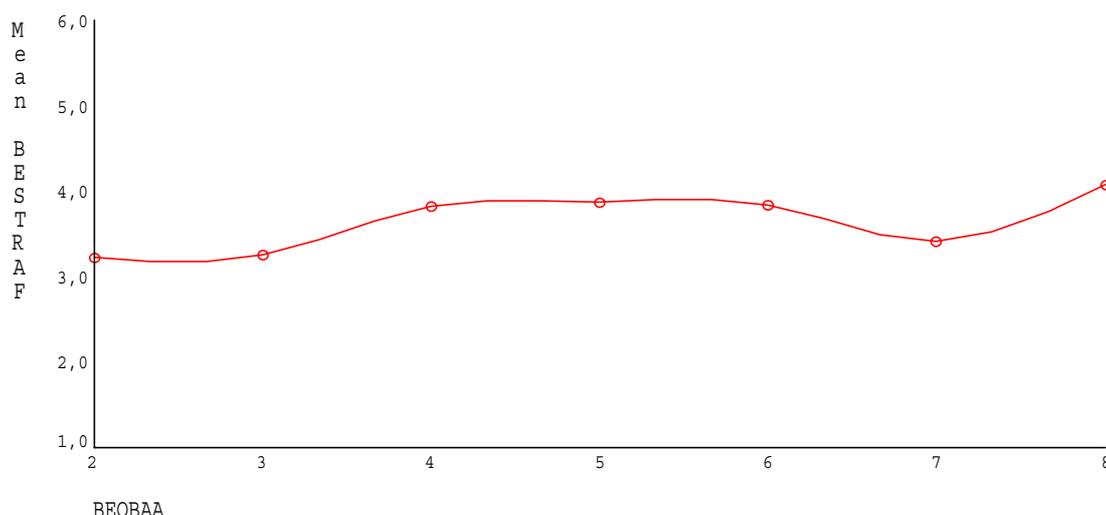
1. Ablenken	(MA1ABLA: r = .3063**)
2. Fixieren	(MA9AFMA: r = .2762**)
3. Facharzt hinzuziehen	(MA10FAA: r = .2481**)
4. Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen	(MA22IRA: r = .1824*)
5. Medikamentöse Behandlung	(MA15MBA: r = .1734*)
6. Aufmerksamkeitszuwendung	(MA14AUA: r = .1682*)
7. Verbal Bremsen	(MA3VBRA: r = .1509*)

Aufgeschlüsselt auf die einzelnen Autoaggressionsparameter wird das Bild etwas verwirrend. Mit dem Ausmaß wahrgenommener Autoaggression steigt die Häufigkeit verschiedener

**Tabelle 47** Korrelation Interventionen und Autoaggression

	BEOBAA	SCHLIAA	AAPERSO
Interventionsmaßnahmen in unterschiedlichem Ausmaß an. Während „Ablenken“ (MA1ABLA), „Schimpfen oder Drohen“ (MA4SODA) und „Fixierungen“ (MA9AFMA) zunehmen, werden „differentielle Verstärkung“ (MA11VEA), „alternatives Stimulations/Kommunikationsangebot“ (MA13AKA) und das „Umlenken der Autoaggression“ (MA17UMA) seltener angewandt. Das „Hinzuziehen eines Facharztes“ (MA10FAA), „medikamentöse Behandlung“ (MA15-	MA1ABLA .25**		.27**
	MA4SODA .23**		
	MA7OUTA	.15*	
	MA9AFMA .25**		.26**
	MA10FAA		.26**
	MA11VEA -.22**		-.27**
	MA13AKA -.23**		
	MA14AUA		.20**
	MA15MBA		.17*
	MA17UMA -.24**		
	MA21TSA	.21**	
	MA22IRA		.21**

MBA), „Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen“ (MA22IRA) und „vermehrte Aufmerksamkeit“ (MA14AUA) zeichnen sich als positive Funktion der Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen aus. Bei schwereren Autoaggressionsformen wird zunehmend „Time-out“ (MA7OUTA) und „Teamsupervision“ (MA21TSA) realisiert. Als Beleg für die Tendenz zu bestrafenden Maßnahmen kann neben der Korrelation von Item 4 „Schimpfen oder Drohen“ (MA4SODA) lediglich noch Item 9 „Fixieren“ (MA9AFMA) herangezogen werden. Die neugebildete Skala „BESTRAF“ erreichte keine signifikante Korrelation zu einem der Autoaggressionsparameter. Wie folgende Abbildung (Abb. 31) zeigt, wird Bestrafung ziemlich gleichmäßig über alle Häufigkeiten der Autoaggression hinweg verteilt.



**Abbildung 31** Bestrafung und Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens

Die Identifikation einer Tendenz zu Bestrafungen gelingt bei der Berücksichtigung der Ursachennahmen der Autoaggression: Wird in der Autoaggression ein provokativer Akt, eine Verweigerung oder Vermeidung gesehen, so nimmt die Bereitschaft der Betreuungspersonen zu bestrafen zu, wie folgende Tabelle zeigt:

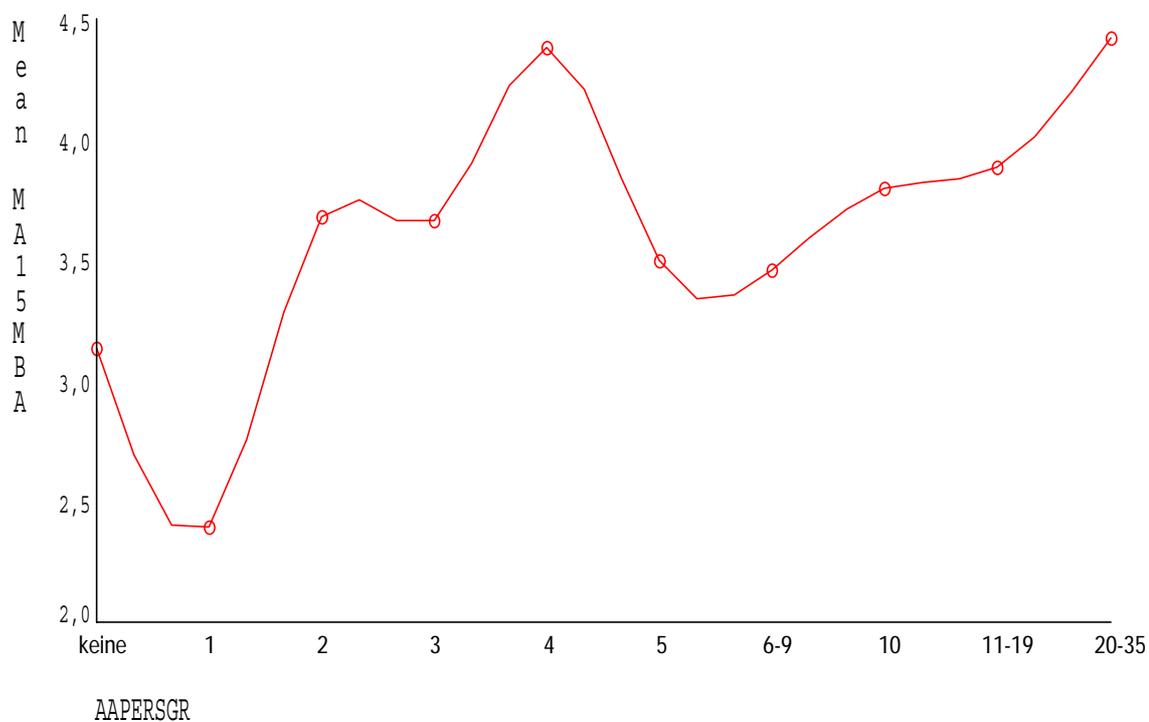
**Tabelle 48** Regression Ursache UREGO auf Maßnahmenfaktor BESTRAF

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	p
BESTRAF Bestrafung	UREGO Vermeidung, Verweigerung Provokation	.40	.407	.166	.333	.075	.407	4.412	98	.000
		F=19.463	sigF=.000							

Bezüglich der Fragestellung zum Gebrauch medikamentöser Behandlungen ergibt sich lediglich eine Korrelation mit der Anzahl der zu betreuenden Personen (AAPERSO) mit  $r = .17^*$ . Zur Vermeidung leerer Zellen und zur besseren graphischen Aufbereitung wurde die Anzahl der be-

treuten Personen in vergleichbare Gruppen zusammengefasst, so dass jeder Datenpunkt mindestens 7 Betreuungspersonen repräsentiert. Die jeweilige Gruppengröße wurde auf der x-Achse eingetragen. Der entsprechende Korrelationskoeffizient erhöht sich für dieses gestufte Modell leicht auf  $r=.19^*$ .

Wie folgende Graphik (Abb. 32) anzeigt, steigt die Tendenz auf medikamentöse Behandlungen zurückzugreifen mit der Anzahl der zu betreuenden Personen. Dies wohl auch, da mit der Anzahl der zu betreuenden Personen die Möglichkeit einer intensiven pädagogischen Begleitung und Intervention sinkt, was die negative und hoch signifikante Korrelation ( $r=-.27^{**}$ ) von Item 11 der Skala (MA11VEA) „differentielle Verstärkung“ mit der Anzahl der betreuten Personen (AAPERSO) bestätigt.



**Abbildung 32** Medikamentöse Behandlung als Funktion der Anzahl zu betreuender Personen

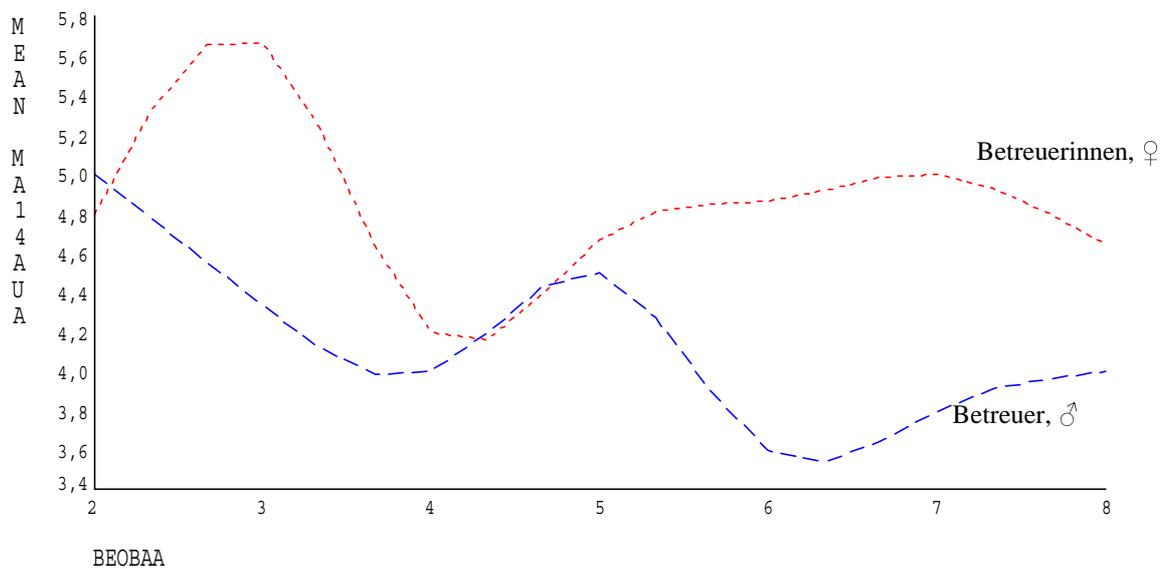
Bezogen auf soziodemographische Merkmale ergeben sich keine signifikanten Korrelationen zu bestrafenden Maßnahmen. Das Alter (ALTER), die Berufsausbildung (BERUF), die Teilnahme an einer Fortbildung (FORTBIJN) und die Berufserfahrung in Jahren (JOBJAHR) scheinen jedoch nicht ohne Auswirkung auf andere realisierte Maßnahmen zu sein. Mit der Höhe der Ausbildung werden Maßnahmen aus dem Bereich des Verstärkermanagements häufiger. Die Rahmenbedingungen werden mit dem Besuch einer Fortbildung angegangen, während die Akzeptanz der Autoaggression mit den Berufsjahren schwindet (siehe Anhang II, Tab. 88).

Geschlechtsspezifisch lässt sich unabhängig von der Schwere und Häufigkeit des selbstverletzenden Verhaltens festhalten, dass Frauen eher bereit sind Aufmerksamkeit zu geben, häufiger ein alternatives Kommunikations- und Interaktionsangebot bereitzustellen, eher externe Hilfe von einem Facharzt oder Psychologen nachsuchen und häufiger auf Ablenken zurückgreifen.

**Tabelle 49** Geschlechtsspezifische Maßnahmenpräferenzen

Maßnahme	SEX
MA1ABLA Ablenken	-.16*
MA10FAA Facharzt hinzuziehen	-.17*
MA13AKA alternatives Angebot bereitzustellen	-.18*
MA14AUA Aufmerksamkeit schenken	-.29**
MA18PSA Psychologen einschalten	-.17*

Die größte Differenz klafft bei der Aufmerksamkeitshinwendung (MA14AUA). Unter Berücksichtigung der Häufigkeit der Autoaggression ergibt sich folgende Graphik:



**Abbildung 33** differentielle Aufmerksamkeitszuwendung bei Autoaggression

Die Tatsache, dass Frauen (♀) eher Aufmerksamkeit und Zuwendung bei selbstverletzenden Verhaltensweisen geben als dies Männer (♂) zu tun angeben, mag in Erziehungsgruppen ein Spannungsfeld ergeben: Die autoaggressive Person bekommt mal von weiblichen Teammitgliedern Zuwendung, mal von männlichen Kollegen beim gleichen Verhalten keine Zuwendung. Eventuell entwickelt sich so ein intermittierender Verstärkerplan mit dem Ergebnis eines recht lösungsresistenten selbstverletzenden Verhaltens wie in Kapitel 5.4.2.3.1 beschrieben wurde. Wie ein Blick auf Abbildung 33 zeigt, gibt es zwei Bereiche in denen die differentiellen Reaktionsmuster am weitesten auseinanderklaffen: bei monatlicher Autoaggression (3) und bei mehrmals wöchentlichem (6) bis täglichem (7) selbstverletzenden Verhalten. Da die Verteilung der Beobachtungshäufigkeiten stark nach rechts verschoben ist (die letzten drei Kategorien [6, 7, 8] sind mit 23,5%, 22,8% und 28,7% am stärksten besetzt) fällt eine Regression zum Mittelwert für diesen Verlauf als Erklärung aus.

Die Tendenz zu bestrafenden Interventionen steht weder an erster Stelle der angegebenen Interventionsmaßnahmen, noch nehmen Bestrafungen mit dem Ausmaß der Autoaggression generell zu. Erst bei der Vorstellung der Autoaggression als Provokation, Verweigerung oder Vermeidung zeigt sich die Dominanz bestrafender Verfahren, jetzt jedoch unabhängig von der Häufigkeit selbstverletzender Verhaltensweisen. Verbales Schimpfen und Fixieren stehen zwar mit dem Ausmaß der Autoaggression in Verbindung, doch muss hier offenbleiben, inwieweit der bestrafende Charakter im Vordergrund steht. Medikamentöse Behandlung der Autoaggression steht an mittlerer Stelle innerhalb der angegebenen Maßnahmen. Vermehrt auf Medikamente wird bei einer ansteigenden Zahl zu betreuender Personen zurückgegriffen.

Vereinfacht kann als Muster der Interventionen festgehalten werden: Die Herstellung einer gemeinsamen pädagogischen Handlungsweise im Team steht an erster Stelle, es folgen Ablenken, Fixieren, Facharzt rufen einschließlich medikamentöser Behandlung.

Auch hier gibt es große individuelle Unterschiede, die zum Teil an Hand biographischer Merkmale wie Geschlecht, Ausbildungsstand und Berufserfahrung erklärt werden können.

### 1.23.2 Maßnahmenenerfolg

Bezüglich der Erfolgseinschätzung der Maßnahmen ergibt sich folgende Rangreihe der Interventionsmaßnahmen geordnet nach den jeweiligen Mittelwerten (x) (siehe Anhang II, Tab. 84):

Oberes Drittel:

	(x)
1. <sup>20</sup> Übereinstimmung im pädagogischen Handeln herstellen	4.82
2. <sup>21</sup> Team-Supervision	4.32
3. <sup>19</sup> Beseitigung äußerer Ursachen oder aufrechterhaltender Bedingungen	4.31
4. <sup>14</sup> Aufmerksamkeit schenken, trösten, körperlichen Kontakt herstellen	4.27
5. <sup>13</sup> Bereitstellen eines alternativen Stimulations/Kommunikationsangebotes	4.18
6. <sup>22</sup> Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen der Arbeit	4.09
7. <sup>1</sup> Ablenken, Aufmerksamkeit auf etwas anderes führen	4.08

Mittelfeld:

	(x)
8. <sup>12</sup> Belohnen in autoaggressionsfreien Zeiten	4.06
9. <sup>7</sup> Time out: in ein anders Zimmer führen, soziale Isolierung	3.95
10. <sup>23</sup> Akzeptanz der Autoaggression als spezifische Lebensäußerung	3.59
11. <sup>18</sup> Psychologe/in einschalten	3.59
12. <sup>10</sup> Einem Facharzt vorstellen	3.51
13. <sup>15</sup> Medikamentöse Behandlung	3.48
14. <sup>11</sup> Verstärken von Tätigkeiten, die mit Autoaggressionen unvereinbar sind	3.45
15. <sup>2</sup> Bewusstes Ignorieren, Abwenden, Wegschauen	3.33
16. <sup>17</sup> Umlenken der Selbstaggression auf ein anderes Objekt	3.15

Unteres Drittel:

		(x)
17.	<sup>9</sup> Anbinden, Fixieren, Manschetten, Schutzhelm etc.	3.14
18.	<sup>6</sup> Verstärkerentzug, Wegnahme eines angenehmen Reizes etc.	3.09
19.	<sup>16</sup> Paradoxe Intervention	2.97
20.	<sup>3</sup> Verbal Bremsen	2.77
21.	<sup>4</sup> Schimpfen oder drohen	2.45
22.	<sup>5</sup> Klapse und körperliche Bestrafungen	1.36
23.	<sup>8</sup> Elektroschocks	1.20

Wie der Überblick zeigt, liegen auch hier bestrafende Maßnahmen entgegen der Hypothesen nicht in Führung. Gegenüber der Anwendung hat sich sogar die Position des Items 3 „verbal Bremsen“ (MA3VBRE) verschlechtert.

Was den erwarteten Erfolg be-

**Tabelle 50** Maßnahmen Erfolg und Autoaggression

trifft, so ergeben sich ähnliche

ITEM	BEOBAA	SCHLIAA	AAPERSO
MA1ABLE Ablenken	.21**		
MA2BIGE Ignorieren	.22**		
MA6VENE Verstärkerentzug	.19*		
MA7OUTE Timeout		.24**	-.15*
MA9AFME Fixieren	.21*		.23**
MA10FAE Facharzt			.21**
MA11VEE unvereinbar. Tätigkeiten	-.20*		-.24**
MA13AKE alternative Stimulation	-.17*		
MA14AUE Aufmerksamkeit geben			.26**
MA15MBE Medikamente			.24**
MA17UME Umlenken	-.17*		
MA18PSE Psychologe	-.16*		
MA23AAE Akzeptanz			.16*
MA24SOE Sonst		.80**	

Zusammenhänge wie bei An-

wendung, zusätzlich werden

noch als weitere Items mit der

Zunahme der Konfrontation

mit Autoaggression Ignorieren

(MA1BIGE) und Verstärker-

entzug (MA6VENE) als erfolg-

reich eingeschätzt. (Tab. 50)

Bezogen auf die Anzahl der

Personen mit Autoaggressionen

werden zunehmend medika-

mentöse Behandlungen (MA-

10FAE) und die Hinnahme der

Autoaggression als spezifische Lebensäußerung (MA23AAE) positiver eingeschätzt.

Beachtung verdient auch die aus dem Rahmen fallende Korrelation mit .80<sup>97</sup> für Erfolgserwar-

tungen sonstiger Maßnahmen<sup>98</sup> bei schlimmster Autoaggression. Hier spiegelt sich vermutlich die

Sehnsucht nach der erlösenden Maßnahme für sich selbst schwerstverletzende Personen wider.

Als geschlechtsspezifische Erfolgserwartungen erweisen sich fünf Items (siehe Tabelle 51): Männer

glauben demnach weniger an den Erfolg von Aufmerksamkeit schenken (MA14AUE), paradoxer

Intervention (MA16PIE), dem Umlenken der Autoaggression auf ein anderes Objekt (MA-

<sup>97</sup> Mit n=10 steht diese hohe Korrelation jedoch auf einer allzugerings Basis.

<sup>98</sup> Obwohl im Fragebogen inhaltliche Eintragungen vorgesehen waren, wurde kaum davon Gebrauch gemacht.

17UME). Auch das Einschalten eines Psychologen (MA18PSE) und die Herstellung eines übereinstimmenden pädagogischen Handelns (MA20UEE) wird von Männern weniger erfolgreich erachtet als von Frauen. Das negative Vorzeichen der Korrelationen liegt in der Kodierung der Geschlechtsvariablen mit 1=weiblich und 2= männlich begründet.

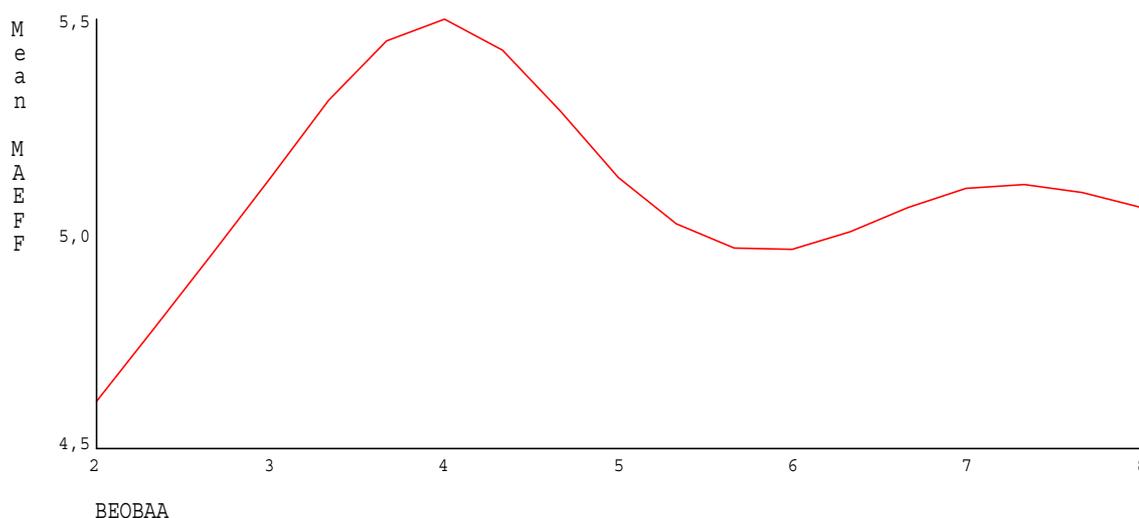
**Tabelle 51** geschlechtsspezifische Erfolgserwartung

Item	r
MA14AUE Aufmerksamkeit schenken	-.16*
MA16PIE Paradoxe Intervention	-.16*
MA17UME Umlenken der Autoaggression	-.18*
MA18PSE Psychologen einschalten	-.22**
MA20UEE Übereinstimmung im pädagogischen Handeln	-.18*

Als erfolgreich angesehene Maßnahmen werden zum einen auf der Teamebene angesiedelt (Übereinstimmung im pädagogischen Handeln und Supervision), zum anderen nimmt mit dem Ausmaß der Autoaggression die positive Erfolgseinschätzung bezüglich einiger lernorientierter Verfahren (Ablenken, Ignorieren, Timeout) und Fixieren sowie medikamentöser und fachärztlicher Behandlung zu.

### 1.23.3 Maßnahmeneffizienz

Es gibt keine lineare zentrale Tendenz der Zu- oder Abnahme der Effizienz in Abhängigkeit der Häufigkeit der beobachteten Autoaggression. Stattdessen zeigt sich auch bei dieser neugebildeten Variablen ein kurvenförmiger Verlauf:



**Abbildung 34** Maßnahmeneffizienz (MAEFF) und Häufigkeit der Autoaggression (BEOBAA)

RUSCH, HALL & GRIFFIN (1986) gehen generell von einem Übergewicht ineffektiver Interventionen bei selbstverletzendem Verhalten aus. Im Gegensatz dazu geben die Betreuungspersonen in der vorliegenden Studie mehrheitlich recht gute Erfolgseinschätzungen bezüglich der vorgegebenen Maßnahmen an. Alle Parameter der Maßnahmeneffizienz liegen weit über dem theoretischen Mittelwert (empirischer Range von 4.43-5.81; bei einer Skalierung von 1-6). Für die Skala Maßnahmeneffizienz liegt der Mittelwert fast am oberen Ende der Skala ( $x=5.05$ ;  $s=.77$ ). In den Augen vieler Betreuungspersonen werden die Interventionen mehrheitlich effizient und erfolgreich eingesetzt<sup>99</sup>. Zwischen dem Ausmaß der antizipierten Autoaggression und der Maßnahmeneffizienz sollte theoretisch unter sonst gleichen Umständen erst einmal eine negative Korrelation bestehen. Je effizienter die Maßnahmen eingesetzt werden, um so seltener sollten Autoaggressionen (noch) auftreten. In der vorliegenden Untersuchung ließ sich ein solcher globaler Zusammenhang selbst als Partialkorrelation bei Konstanthaltung vermuteter Störvariablen wie z.B. Anzahl der zu betreuenden Personen nicht finden. Lediglich auf Itemebene ergaben sich einige bedeutsame korrelative Zusammenhänge in der erwarteten Richtung (siehe Tab. 52), die jedoch einer weiteren Analyse bedürfen:

So korreliert Item 4 der Effizienz-Skala (MA4SOD) „Schimpfen oder Drohen“ negativ mit BEOBAA ( $r= -.27^{**}$ ). Dies kann bedeuten, dass Betreuungspersonen bei geringen autoaggressiven Handlungen Schimpfen oder Drohen hoch effektiv einsetzen (d.h. z.B. als wenig erfolgreich einschätzen und diese Maßnahme somit nur selten anwenden, was wiederum zu hohen Effizienzwerten führt) oder aber das Gegenteil kann vorliegen: bei zunehmenden Autoaggressionen wird Schimpfen oder

Drohen ineffektiv angewandt (z.B. trotz geringer Erfolgserwartung wird häufig davon Gebrauch gemacht, was geringe Effizienzwerte ergibt). Tatsächlich liegen die Mittelwerte bei „Schimpfen oder Droh-

**Tabelle 52** Korrelation Effizienz einzelner Maßnahmen und Autoaggression

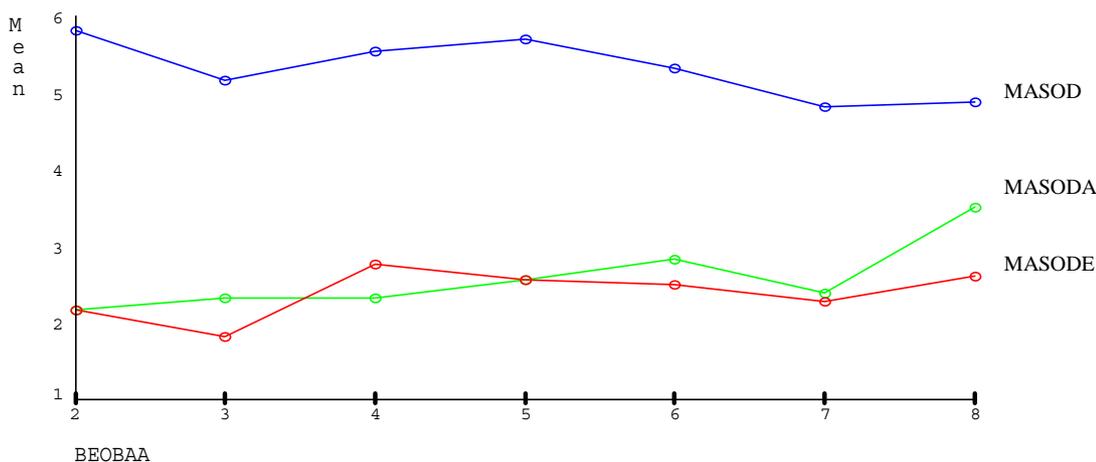
Effizienzitem	BEOBAA	AAPERSO
MA2BIG Bewusstes Ignorieren		.20*
MA4SOD Schimpfen/Drohen	-.27**	-.20*
MA14AU Aufmerksamkeit geben		.24**
MA16PI Paradoxe Intervention		-.15*
MA18PS Psychologe einschalten	.19*	
MA20UE Übereinstimmung im pädagogischen Handeln		.18*
MA22IR Institutionelle Rahmenbedingungen		.18*

en“ (MA4SOD) sowohl für die Anwendung ( $x=2.77$ ) als auch für den erwarteten Erfolg ( $x=2.45$ ) jeweils im untersten Drittel der Skalen, d.h. es liegt eine hohe Effizienz bei geringer Anwendung vor (vgl. Anhang II, Tab.84). Die Häufigkeit des „Schimpfens oder Drohens“ (MA4SODA)

<sup>99</sup> Eine Falsifikation der Erfolgserwartung an Hand des Ausmaßes der beobachteten Autoaggression erlauben die vorliegenden Daten nicht, da keine objektive von der Einschätzung der Betreuungspersonen unabhängige Erhebung der Autoaggression erfolgte.

nimmt jedoch mit der Häufigkeit der Autoaggression (BEOBAA) zu ( $r=.23^{**}$ ). Die Erfolgseinschätzung kann dabei nicht Schritt halten ( $r=.07$ ), so dass die Effizienz geringer wird ( $r=-.27^{**}$ ). Mit anderen Worten: es wird vermutlich zu häufig von Schimpfen oder Drohen Gebrauch gemacht. Die Partialkorrelation  $r_p$  fällt unter Konstanthaltung der Betreuungspersonenanzahl mit  $r_p=-.21^{**}$  etwas kleiner aus, bleibt aber hoch signifikant. Die Personenzahl kann damit weitgehend als Erklärung für den Zusammenhang ausgeschlossen werden.

Inhaltlich kann somit angenommen werden, dass Ineffizienz sich hier aus der (zu) häufigen Anwendung (siehe folgende Abbildung) ergibt.



**Abbildung 35** Effizienz (MASOD), Anwendung (MASODA) und Erfolgserwartung (MASODE) des Schimpfens oder Drohens in Abhängigkeit zur Häufigkeit der Autoaggression BEOBAA

Allgemeiner formuliert bedeutet dies, dass mit zunehmender Autoaggressivität Maßnahmen eingesetzt werden, obwohl deren Erfolg bezweifelt wird. Oder aber (was eher nicht zu erwarten ist) es werden erfolgreich eingeschätzte Maßnahmen seltener appliziert. Beides widerspricht den Regeln einer rationalen Interventionspraxis.

Für soziodemographische Merkmale und Maßnahmen-Effizienz ergeben sich auf Itemebene folgende Korrelationen

**Tabelle 53** Maßnahmeneffizienz und soziodemographische Merkmale

Item	ALTER	BERUF	JOBJAHR	SEX
		Berufliche Qualifikation	Jahre im Beruf	E=1;I=2
MA1ABL Ablenken	-.15*			
MA3VBR Verbal Bremsen		-.19*		
MA9AFM Fixieren		.16*		
MA13AK Bereitstellen eines alternativen Angebotes		.17*		
MA14AU Aufmerksamkeit schenken	.19*			
MA16PI Paradoxe Intervention	-.16*		-.20*	
MA19BE Beseitigung äußerer Ursachen			-.16*	.17*
MA20UE Übereinstimmung im pädagogisch. Handeln		-.17*		

Wie ein Blick in die Tabelle 53 zeigt, gibt es kein durchgängiges Bild. Alter und Berufserfahrung korrelieren in einigen Fällen negativ mit der Effizienz. Auf einigen biographischen Variablen liegen sowohl positive als auch negative Korrelationen vor. Entsprechend ergeben sich auch keine bedeutsamen Korrelationen zum Summenwert der Effizienzskala.

Für die Betreuungspersonen errechnen sich recht hohe Effizienzwerte, die sich nur auf Itemniveau mit ausgewählten biographischen Merkmalen wie Berufserfahrung, Ausbildung etc. erklären lassen. Mit der Zunahme der Autoaggression verringern sich für einige Maßnahmen die Effizienzwerte. Dieser Effekt beruht in der Regel auf dem Anstieg der Applikationen, ohne dass die Erfolgserwartung ebenso steigt.

#### 1.23.4 Exkurs Ursachenattributionen, Maßnahmen und Erfolgseinschätzung

Welche Interventionsmaßnahmen in Betracht gezogen werden, sollte bei professioneller Entscheidung im Zusammenhang mit den angenommenen Funktionen und Ursachen der Autoaggression stehen. Hier wurde gewissermaßen rückwärts analysiert: Welche angewandten Maßnahmen lassen auf welche Ursachenattribution zurückschließen? Nach EMERSON (1990a, 1992) wurde vermutet, dass Ignorieren und Bestrafen insbesondere dann angewandt werden, wenn Autoaggression als Provokation aufgefasst wird. Das Nicht-Provozieren-Lassen oder Ignorieren erscheint hier sinnvoll, da es der Autoaggression die interaktive Grundlage entzieht. Tatsächlich kann in der vorliegenden Untersuchung ein enger Zusammenhang zwischen der Ursachenannahme „Provokation“ (URS11BP) und der Maßnahme „Ignorieren“ (MA2BIGA) nachgewiesen werden.

**Tabelle 54** Regression Ursache Provokation (URS11BP) auf Maßnahme Ignorieren (MA2BIGA)

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	p
URS11BP	MA2BIGA	.30	.301	.091	.334	.094	.301	3.559	127	.001
Provokation	Ignorieren									
		F=12.664	sigF=.001							

Auf der Ebene des Maßnahmenerfolgs wird der Zusammenhang geringer und die statistischen Kennzahlen rutschen unter die Signifikanzgrenzen ( $p=.0571$ ). Mit anderen Worten: Ignorieren wird zwar konsequent von Betreuungspersonen, die eine Provokation als Ursache der Autoaggression annehmen, angewandt, erweist sich aber nach den Bewertungen der Betreuungspersonen nicht im gleichen Umfange als erfolgreich. Dies gibt Anlaß zu zwei Interpretationen: Entweder

liegt der Autoaggression primär eine andere Ursache als die Provokation zu Grunde oder das Ignorieren stellt tatsächlich auch hier keine erfolgreiche pädagogische Strategie dar, sofern es denn realiter durchgehalten wurde. Denn wie schwierig es sein kann, konsequentes Ignorieren durchzuhalten, liefert ein Blick auf weitere Maßnahmen, die hoch mit der Ursachenannahme Provokation korrelieren.

**Tabelle 55** Korrelation Ursachenannahme Provokation (URS11BP) und Maßnahmenanwendung

N=121	MA2BIGA Bewusstes Ignorieren	MA4SODA Schimpfen / Drohen	MA18PSA Psychologen Einschalten	MA3VBRA Verbal Bremsen	MA6VENA Verstärkerentzug
URS11BP Bewusste Provokation	.34**	.33**	.28**	.26**	.21**

Tabelle 55 demonstriert, dass „Schimpfen oder Drohen“ (MA4SODA) fast genauso hoch mit der Provokationsannahme korreliert wie Ignorieren (MA2BIGA), gefolgt von „verbal Bremsen“ (MA3VBRA) und „Verstärkerentzug, Wegnahme eines angenehmen Reizes oder Objektes“ (MA6VENA). Darüberhinaus wird hier überzufällig häufig um psychologische Hilfe nachgefragt (MA18PSA). Im Regressionsmodell lässt sich die hervorgehobene Position des Ignorierens (MA2BIGA) bestätigen (siehe Tab. 56).

**Tabelle 56** Regression Provokationsannahme auf Maßnahmenanwendungen

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	B	SEB	Beta	T	df.	SigT
URS11BP	MA2BIGA Bewusstes Ignorieren	.34	.337	.113	.098	.283	.075	.313	3.794	116	.000
Bewusste	MA3VBRA Verbal Bremsen	.26	.449	.202	.180	.238	.107	.192	2.217	116	.029
Provokation	MA18PSA Psychologen Einschalten	.28	.487	.237	.219	.148	.067	.182	2.201	116	.030
	MA4SODA Schimpfen Drohen	.33	.517	.267	.242	.183	.085	.186	2.168	116	.032
F=10.567 sigF=.000											

Aus der Vorhersagegleichung wurde Item 6 „Verstärkerentzug“ (MA6VENA) trotz der bedeutsamen Korrelation mit der Provokationsannahme herausgenommen, da der resultierende T-Wert in obigem Regressionsmodell nicht das erforderliche Signifikanzniveau erreichte. Fasst man die korrelativen und regressionsanalytischen Befunde zusammen, so scheint eine personenbezogene Koinzidenz von Ignorieren und Maßnahmen, die mit Aufmerksamkeitszuwendung zusammenhängen, wahrscheinlich zu sein. Als dynamisches Geschehen betrachtet wird nach dem Ignorieren als nächstes versucht, mittels verbalem Bremsen die Autoaggression zu vermindern. Führt auch dieses nicht zum Ziel, wird ein Psychologe eingeschaltet. Bringt dieser ebenfalls nicht die gewünschte Erleichterung, wird nun durch Schimpfen oder Drohen versucht, der Autoaggression

Herr zu werden. Dies bestätigen auch Beobachtungen aus der Praxis, wonach eine sukzessive Maßnahmensteigerung von Ignorieren hin zu direkt bestrafenden und psychologisch-medizinischen Interventionen besteht. Ein Prozess, der bedenklich ist, wenn zu immer „härteren“ Mitteln gegriffen werden muss, zumal wenn in den bestrafend gemeinten Interventionen eine Verstärkung liegt. So kann sich ein äußerst problematischer Lernprozess eröffnen, der zu immer stärkerer Autoaggression führt.

Ein doch etwas anderes Bild ergibt sich, wenn man nach den Erfolgseinschätzungen der einzelnen Interventionsmaßnahmen bei einer bewusst provokativ erachteten Autoaggression fragt. Hier bleibt lediglich Item 4 „Schimpfen oder Drohen“ aus der vorangegangenen Vorhersagegleichung erhalten. Daneben kommt „Übereinstimmung im pädagogischen Handeln“ hinzu (MA20UEE). „Ablenken“ (MA1ABLE) und „körperliche Bestrafungen“ (MA5KLAE) gehen mit negativen Vorzeichen in die Gleichung ein, werden also als signifikant weniger erfolgreich bei provokativer Autoaggression erachtet (siehe Tab. 57).

**Tabelle 57** Regression Maßnahmenerfolg und Ursachenannahme Provokation

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>adj</sub>	B	SEB	Beta	T	df.	SigT
URS11BP Bewusste Provokation	MA20UEE Übereinstimmung im pädagogischen Handeln	.36	.355	.126	.106	.405	.126	.351	3.219	62	.002
	MA4SODE Schimpfen, Drohen	.23	.449	.201	.170	.475	.141	.424	3.370	62	.001
	MA1ABLE Ablenken	-.20	.502	.252	.217	-.289	.129	-.238	-2.234	62	.029
	MA5KLAE Körperliche Bestrafung	-.12	.549	.302	.257	-.455	.218	-.269	-2.092	62	.041
F=6.692 sigF=.000											

Wie aus Tabelle 57 ersichtlich, liefert statt „bewusstes Ignorieren“ nun die Erfolgseinschätzung für „Schimpfen oder Drohen“ (MA4SODE) den besten Vorhersagewert zur Ursachenattribution „Provokation“ (URS11BP). Mit anderen Worten: Schimpfen oder Drohen wird als erfolgreiches Mittel zur Verminderung von Autoaggressionen, die auf bewusste Provokation zurückzuführen seien, angesehen. Die hohe Erfolgseinschätzung des Schimpfens bei einer auf Provokation beruhenden Autoaggression lässt sich kaum pädagogisch begründen. Steckt hinter der Provokation das Aufmerksamkeitsmotiv, so erreicht die Geistig Behinderte Person doch genau das, was sie mit ihrem Verhalten will, geht man davon aus, dass Schimpfen immer auch mit Aufmerksamkeit verbunden ist. Diese doppelte pädagogische Diskrepanz mag auf der realistischen Einschätzung der Schwierigkeiten eines konsequenten Ignorierens beruhen. So gesehen macht es Sinn, die Übereinstimmung im pädagogischen Handeln (MA20UEE) als wesentliche und erfolgreiche Maßnahme

anzugeben. Kaum Erfolg bei bewusst provokativer Autoaggression wird beim „Ablenken“ (MA1ABLE) und bei „körperlichen Strafen“ (MA5KLAE) gesehen.

Was hier auf Itemebene aufgezeigt wurde, bestätigt sich leicht modifiziert bezüglich der neugebildeten Skala „Autoaggression als Vermeidung“ (UREGO).

**Tabelle 58** Regression Maßnahmenanwendung und Ursachenannahme Vermeidung

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	B	SEB	Beta	T	df.	Sig T
Vermeidung	MA2BIGA Bewusstes Ignorieren	.38	.343	.117	.098	.228	.055	.339	4.129	120	.000
UREGO	MA3VBRA Verbal Bremsen	.33	.458	.210	.190	.221	.081	.236	2.739	120	.007
	MA4SODA Schimpfen / Drohen	.42	.489	.240	.221	.138	.063	.189	2.178	120	.031
F=12.601 sigF=.000											

Zwar bleibt es dabei, dass Betreuungspersonen Autoaggressionen insbesondere dann negativ sanktionieren, wenn sie als Ursache eine Verweigerung oder Machtausübung der geistigbehinderten Person annehmen, wobei „bewusstes Ignorieren“ (MA2BIGA) noch immer im Vordergrund steht; psychologische Beratung wird jedoch nicht nachgesucht. (siehe Tab. 58).

Bezüglich der Erfolgseinschätzung auf der Maßnahmenebene bei provokativer Autoaggression erlangte nur das Item (MA20UEE) „pädagogische Übereinstimmung“ einen signifikanten T-Wert.

**Tabelle 59** Maßnahmenerfolg und Ursachenannahme Vermeidung

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	B	SEB	Beta	T	df.	Sig T
UREGO Vermeidung	MA20UEE Übereinstimmung im pädagogischen Handeln	.29	.293	.086	.072	.244	.099	.293	2.469	65	.016
F=6.096 sigF=.016											

Liegt in den Augen der Betreuungspersonen der Autoaggression zunehmend ein Vermeidungsverhalten oder eine Provokation zu Grunde, dann wird signifikant lediglich die „Herstellung einer Übereinstimmung im pädagogischen Handeln“ (MA20UEE) als erfolgreiche Maßnahme angesehen, wie Tabelle 59 zeigt.

Bei den Analysen sei noch einmal in Erinnerung gerufen, dass Stellungnahmen der Betreuungspersonen die Datenbasis bilden und somit nichts darüber ausgesagt werden kann, inwieweit beispielsweise die Verweigerungsannahme auch tatsächlich den Kern der Autoaggression in der Praxis trifft. Das Gleiche gilt für die Erfolgsangaben. Sie beziehen sich nur auf den subjektiven Erfahrungshintergrund und die Erwartungen der Befragungsteilnehmer/innen.

Liegt eine „medizinische Ursachenannahme oder Krankheit“ (URS2MED) vor, ergibt sich weder korrelativ noch regressionsanalytisch eine bedeutsame Beziehung zu irgendeiner Maßnahme, auch nicht zu den entsprechenden medizinisch orientierten Items „Facharzt einschalten“ (MA10FAA) oder „medikamentöse Behandlung“ (MA15MBA). Die Maßnahmenskala liefert bis auf Item 14 Aufmerksamkeit schenken auch für die neugebildete Skala „Autoaggression als Krankheit“ (URMED) keine bedeutsamen Bezüge.

**Tabelle 60** Regression Autoaggression als Krankheit auf Maßnahme Aufmerksamkeit schenken

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SE B	Beta	T	df	Sig T
Autoaggression als Krankheit	MA14AUA Aufmerksamkeit schenken, trösten	.22	.224	.050	.134	.063	.225	2.137	86	.035
URMED	F=4.568 sigF=.035									

Als Erklärung des Ausbleibens eines Haupteffektes der medizinischen Ursachenannahme auf die präferierten Maßnahmen kommt möglicherweise eine nur geringe Verfügbarkeit ärztlicher Hilfestellungen oder ein nur mäßiges Vertrauen der Betreuungspersonen in medizinische Behandlungsmethoden bei Autoaggressionen in Frage (siehe Kap. 7.6.2 Rangreihe der als erfolgreich eingeschätzten Maßnahmen: dort stehen [MA10FAA] „einem Facharzt vorstellen“ und [MA15MBA] „medikamentöse Behandlung“ nicht unter den ersten zehn erfolgreichsten Maßnahmen).

Im Widerspruch dazu ergibt sich aus den vorliegenden Daten für die Erfolgseinschätzung bei medizinischer Verursachungsannahme der Autoaggression neben der Ablehnung eines Verstärkerentzugs (negative Vorzeichen) ein signifikanter Haupteffekt bezüglich des Einschaltens eines Facharztes.

**Tabelle 61** Maßnahmenerfolgseinschätzung und medizinische Ursachenannahme

Kriterium	Variable	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df.	Sig T
Krankheit als Ursache der Autoaggression URMED	MA6VENE Verstärkerentzug	-.36	.356	.0127	-.205	.062	-.376	-3.300	63	.002
	MA10FAE einem Facharzt vorstellen	.21	.431	.0186	.137	.064	.244	2.137	63	.037
	F=7.188 sigF=.002									

Bei der Interpretation dieses Zusammenhangs ist jedoch Vorsicht geboten, da in die statistischen Berechnung nur 65 Personen (47,79% der Stichprobe) einbezogen werden konnten.

Wird in der Autoaggression die Befriedigung eines Lustprinzips oder das Austesten der eigenen Körperempfindungen gesehen (URLUST), so stehen „Umlenken“ (MA17UMA), „Belohnen in au-

toaggressionsfreien Zeiten“ (MA12BEA) und „Ignorieren“ (MA2BIGA) als Interventionsmaßnahmen bei den Betreuungspersonen im Vordergrund.

**Tabelle 62** Regression Maßnahmenanwendung und Erfolg auf Autoaggression als „Lebensqualität“

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	B	SEB	Beta	T	df.	Sig T
Autoaggression als Lebensqualität (URLUST)	MA17UMA Umlenken der Autoaggression	.36	.355	.126	.101	.159	.055	.280	2.902	84	.005
	MA12UMA Belohnen in autoaggressionsfreier Zeit	.34	.460	.165	.147	.190	.058	.317	3.305	84	.001
	MA2BIGA Bewusstes Ignorieren	.22	.502	.255	.225	.119	.056	.204	2.123	84	.037
F=9.420 sigF=.000											
Autoaggression als Lebensqualität (URLUST)	MA3VBRE Erfolg verbalen Bremsens	.32	.318	.101	.086	.251	.100	.287	2.501	64	.015
	MA12BEE Erfolg Belohnen in autoaggressionsfreier Zeit	.30	.413	.171	.152	.162	.070	.265	2.652	64	.024
F= 6.571 sigF=.003											

Bezüglich der als erfolgreich eingeschätzten Maßnahmen bleiben, wie der zweite Teil der Tabelle zeigt, nur zwei Items relevant, wobei „verbal Bremsen“ (MA3VBRE) neu hinzugekommen ist.

Für die Annahme, die Autoaggression sei durch das gegebene soziale Umfeld verursacht, ergibt sich der scheinbar paradoxe Befund, dass hier neben der Übereinstimmung im pädagogischen Handeln (MA20UEA) das Konsultieren eines Facharztes (MA10FA) häufig vorgeschlagen wird, wie nachfolgende Tabelle zeigt:

**Tabelle 63** Regression Maßnahmen auf Ursache des sozialen Umfeldes

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	B	SEB	Beta	T	df.	Sig T
das soziale Umfeld ist verantwortlich für die Autoaggression (URAND)	MA20UEA Übereinstimmung im pädagogischen Handeln	.31	.309	.095	.079	.172	.090	.198	1.982	87	.057
	MA10FAA Einem Facharzt vorstellen	.29	.383	.147	.154	.185	.071	.260	2.601	87	.011
	MA23AAA Akzeptanz der Autoaggression	.24	.433	.187	.159	.173	.083	.211	2.092	87	.039
F=6.692 sigF=.000											

Das Paradoxon der medizinischen Abklärung bei sozialer Verursachungstheorie mag seine Aufklärung dadurch finden, dass der Ausschluss medizinischer Erklärungsmuster von vielen Erziehungspersonen in der Praxis als Anstoß zur Diskussion sozialer Ursachen der Autoaggression in Teambesprechungen und bei Gesprächen mit Eltern gerne aufgenommen wird. Bei der Er-

folgseinschätzung fällt die ärztliche Konsultation wie auch die Übereinstimmung im pädagogischen Handeln wieder heraus.

**Tabelle 64** Regression Maßnahmen Erfolg auf Ursache des sozialen Umfeldes

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df.	Sig T
das soziale Umfeld ist verantwortlich für die Autoaggression (URAND)	MA23AAE Akzeptanz der Autoaggression	.27	.332	.110	.277	.098	.322	2.833	64	.006
	MA12BEE Belohnen in autoaggressionsfreien Zeiten	.33	.419	.176	.194	.086	.256	2.251	64	.028
	F=6.813 sigF=.002									

Das heißt, bei der Verursachungshypothese der Autoaggression im sozialen Umfeld ergibt sich auf der Seite der Erfolgseinschätzung lediglich für die Akzeptanz der Autoaggression und für das Belohnen in autoaggressionsfreien Zeiten ein bedeutsamer Bezug.

Abschließend werden in einer simultanen Regression der Anwendung der Maßnahmen spezifische Ursachenannahmen der Betreuungspersonen zu ermitteln versucht.

**Tabelle 65** Übersicht Regressionen Maßnahmen auf Ursache/Funktion der Autoaggression

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	Sig T
MA1ABLA Ablenken, Aufmerksamkeit auf etwas anderes führen	URS12EL Verhaltensweisen der Eltern	-.27	.267	.071	-.191	.061	-.274	-3.155	117	.002
	URS8ASZ Aufmerksamkeit, Stimulation etc.	.21	.343	.118	.265	.107	.216	2.484	117	.014
	F= 7.803 sigF=.001									
MA2BIGA Bewusstes Ignorieren	URS11BP Bewusste Provokation F= 15.184 sigF=.000	.34	.339	.115	.384	.098	.339	3.897	117	.000
MA3VBRA Verbal Bremsen	URS10VV Vermeiden, Verweigern F= 14.611 sigF=.000	.33	.331	.110	.294	.077	.331	3.822	119	.000
MA4SODA Schimpfen, Drohen	URS11BP Bewusste Provokation F= 13.51 sigF=.000	.32	.319	.102	.334	.091	.319	3.676	119	.000
MA5KLAA Klappse, körperlich bestrafen	URS1MON Mondphasen, Jahreszeit, Wetter F=4.913 sigF=.029	-.20	.200	.040	-.117	.053	-.200	2.217	118	.029
MA6VENA Verstärkerentzug, Wegnahme eines angenehmen Reizes	URS11BP Bewusste Provokation	.23	.223	.050	.289	.102	.254	2.289	117	.006
	URS2MED Medizinische Ursache oder Krankheit F=5.280 sigF=.006	-.14	.288	.083	-.214	.106	-.181	-2.024	117	.045
MA7OUTA Timeout	URS16LS Lustvolle Selbststimulation F=3.959 sigF=.049	.18	.179	.032	.210	.106	.179	1.990	120	.049
MA9AFMA Anbinden, Fixieren, Schutzhelm etc.	URS14 Unstimmigkeit in der Betreuungsgruppe F=5.287 sigF=.023	.21	.207	.043	.279	.122	.207	2.299	118	.232
MA10FA Facharzt vorstellen	URS13FB Fehlverhalten von Betreuungspersonen F= 4.217 sigF=.0422	.19	.185	.034	.224	.109	.185	2.053	119	.042

**Fortsetzung Tabelle 65**

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	Sig T
MA12BEA Belohnen in autoaggressions-freien Zeiten	URS16LS Lustvolle Selbststimulation	.26	.263	.069	.365	.100	.323	3.649	119	.000
	URS4MIT Form des Mitteilungsbedürfnisses	-.16	.353	.125	-.322	.118	-.242	-2.734	119	.007
	F=8.441 sigF=.000									
MA15MBA Medika. Behandlung	URS12EL Eltern	.20	.201	.040	.211	.094	.201	2.233	118	.027
F=4.988 sigF=.027										
MA16PIA Paradoxe Intervention	URS11BP Bewusste Provokation	.23	.229	.052	.254	.100	.229	2.555	118	.012
F=6.527 sigF=.012										
MA17UMA Umlenken auf ein anderes Objekt	URS16LS Lustvolle Selbststimulation	.18	.180	.032	.259	.106	.219	2.432	119	.017
	URS17DU Durchsetzung eigener Bedürfnisse	-.16	.266	.070	-.269	.122	-.199	-2.214	119	.029
	F=4.536 sigF=.013									
MA18PSA Psychologe einschalten	URS11BP Bewusste Provokation	.29	.293	.086	.376	.114	.293	3.286	115	.001
F= 10.799 sigF=.001										
MA19BEA Beseitigung äußerer Ursachen	URS9RBU Reaktion bei Überforderung	.19	.188	.035	.279	.136	.188	2.047	114	.043
F= 4.190 sigF=.043										
MA20UEA Übereinstimmung im pädagogischen Handeln	URS14UB Unstimmigkeit in der Betreuungsgruppe	.20	.198	.039	.176	.083	.189	2.109	116	.037
	URS1MON Mondphasen, Jahreszeiten, Wetter	.20	.273	.075	.194	.092	.187	2.095	116	.038
	F=4.662 sigF=.011									
MA21TSA Team-supervision	URS15KL Koordinations- und Leitungsprobleme	.20	.204	.042	.261	.115	.204	2.263	118	.026
F=5.121 sigF=.026										
MA22IRA Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingung	URS1MON Mondphasen, Jahreszeiten, Wetter	.24	.244	.060	.304	.111	.237	2.741	115	.007
	URS5LEH Lärm, Enge, ...	.23	.315	.099	.528	.168	.283	3.134	115	.002
	URS17DU Durchsetzung eigener Bedürfnisse	-.15	.404	.163	-.351	.118	-.268	-2.971	115	.004
	F=7.493 sigF=.000									
MA23AAA Akzeptanz der Autoaggression	URS13FB Fehlverhalten von Betreuungspersonen	.23	.225	.051	.246	.101	.225	2.422	110	.017
F= 5.867 sigF=.017										

Die systematische regressionsanalytische Untersuchung aller angewandten Maßnahmen auf der Grundlage der angenommenen Ursachen liefert ein recht verwirrendes und widersprüchliches Bild. Bezüglich der Maßnahme „Ablenken, Aufmerksamkeit auf etwas anderes führen“ (MA1ABLA) ergeben lediglich die beiden Ursachenannahmen „Verhaltensweisen der Eltern“ (URS12EL) und „Suche nach Aufmerksamkeit, Stimulation oder Zuwendung“ (URS8ASZ) einen bedeutsamen Zusammenhang. Während bei letzterer Ursachenannahme unmittelbar ein Bezug zur Maßnahme ersichtlich wird, kann das Spenden von Aufmerksamkeit nicht unmittelbar aus der Relevanz der Eltern abgeleitet werden. Denkbar ist hier die vermittelnde Kognition, wonach Eltern den betroffenen geistigbehinderten autoaggressiven Personen nicht genug Aufmerksamkeit schenken mögen.

Für die Maßnahmen „Elektroschocks“ (MA8ELEA), „Verstärken von Tätigkeiten unvereinbar mit der Autoaggression“ (MA11VEA), „Bereitstellen eines alternativen Stimulations-/ Kommunikationsangebotes“ (MA13AKA) und „Aufmerksamkeit spenden“ (MA14AUA) ergaben sich keinerlei bedeutsame Beziehungen zu vermuteten Ursachen der Autoaggression. Ein Blick auf die jeweiligen  $R^2$ -Werte in der Tabelle zeigt, dass bei den verbliebenen Maßnahmen nur eine geringe Varianzaufklärung bezüglich der Ursachenannahmen der Autoaggression erzielt werden kann (maximal 16,3%). Zudem stellen sich für einige Maßnahmen Regressionen zur Verursachung oder Funktion der Autoaggression dar, die nur schwer nachzuvollziehen sind; z.B. steht (MA9AFMA) „Anbinden, Fixieren, Schutzhelm“ in einer statistischen Verbindung zu (URS14UB) „Unstimmigkeit in der Betreuungsgruppe“. Mit anderen Worten, es wird die geistigbehinderte, sich selbst verletzende Person dann fixiert, wenn Unstimmigkeiten in der Betreuungsgruppe als Auslöser oder Ursache der Autoaggressionen gesehen werden. Ähnlich problematisch ist der statistische Zusammenhang zwischen dem Zurückführen der Autoaggression auf das „Fehlverhalten von Betreuungspersonen“ (URS13FB) und dem „Konsultieren eines Facharztes“ (MA10FAA).

Dies lässt für die Praxis befürchten, dass Interventionen zur Verringerung der Autoaggression bisweilen ohne Reflexion auf die vermuteten Ursachen oder angenommenen Funktion des selbstverletzenden Verhaltens vorgenommen werden. LENNOX und Mitarbeiter fanden in ihrer Literaturübersicht 1988 entsprechend häufiger „intuitive“ als auf funktionaler Analyse beruhende Interventionsauswahl (cf. LENNOX et al. 1988).

Für einige Maßnahmen lassen sich stringente Verursachungstheorien finden, die das gewählte pädagogische Vorgehen rational erscheinen lassen, z.B. Ignorieren bei einer provokativen Selbstverletzung. Die Applikation einiger anderer Maßnahmen erfolgt nicht im Einklang mit einer dazu passenden Ätiologie der Autoaggression. Medizinische Ursachenannahme bedeutet auf der Maßnahmensseite nicht, dass medizinische Behandlungen als primäre Intervention erfolgten, während die Hinzuziehung eines Facharztes in enger Verbindung mit der Annahme, die Ursache der Autoaggression liege im Fehlverhalten einer Betreuungsperson, steht. Andererseits wird bei der Verortung der Störungsursache im sozialen Umfeld Fixieren als Interventionsmaßnahme zunehmend angewandt, was sich ebenfalls nicht ohne weiteres begründen lässt.

## 1.24 Autoaggression und Burnout

Als zentrale Hypothese (H7) bezüglich Burnout wurde angenommen, dass mit dem Ausmaß des selbstverletzenden Verhaltens auch das Ausbrennen im Beruf zunehme (cf. FRÖHLICH & HERINGER, 1996). In Burnoutuntersuchungen bleibt die nähere Betrachtung potenzieller beruflicher Begleit- oder Auslösebedingungen meist unbefriedigend analysiert. In der Regel begnügen sich entsprechende Veröffentlichungen mit allgemeinen Angaben zu bestimmten Berufsgruppen wie Ärzte, Erzieher, Lehrer, Sozialarbeiter, Therapeuten usw. (vgl. BURISCH, 1989). Welche Bedingungen am Arbeitsplatz jedoch für Burnoutphänomene in welchem Ausmaß verantwortlich zu machen sind, bleibt im Dunkeln. Die hier hauptsächlich interessierende Frage lautet: Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß des Ausbrennens und der perzeptierten Autoaggression. SEIFERT (1995) spricht allgemein von Ängsten, Selbstzweifeln, eigener Aggression, Hilflosigkeit, Resignation und Burnout bei Betreuungspersonen von Menschen mit schweren geistigen Behinderungen. Bezüglich des Gesamtburnoutwertes (siehe Kap. 7.2.7) nach der ursprünglichen Berechnungsvorschrift von MASLACH & JACKSON (1981a) zeigt

**Tabelle 66** Gesamtburnout

x	Median	Mode	s	Min	Max	N
9.06	8.96	6.10	2.05	4.79	17.66	115

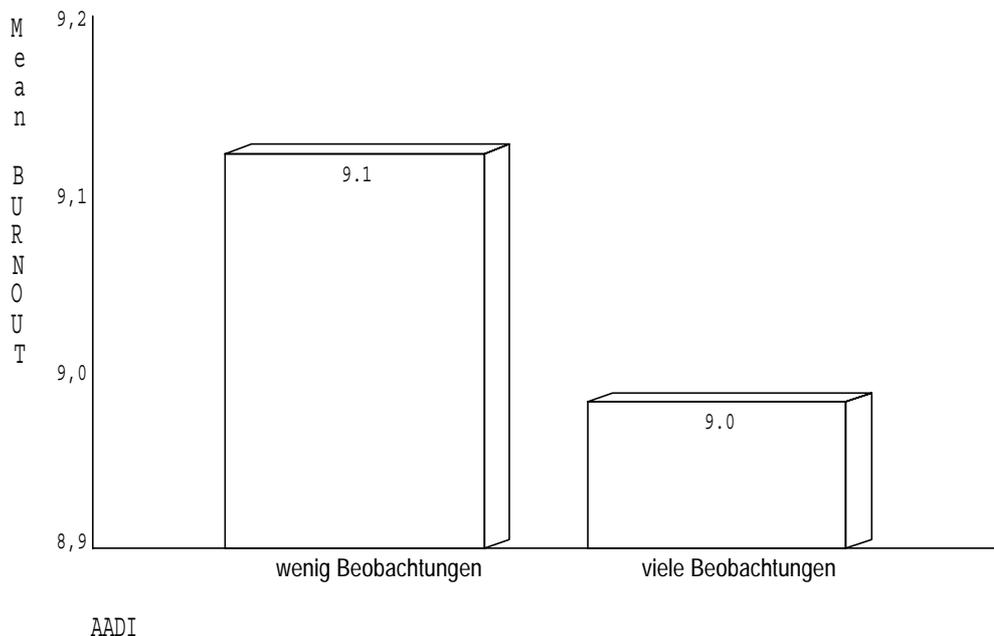
sich kein erhöhter Burnout. Die Kennwerte sind im Vergleich zu Burnout bei Lehrern (cf. BARTH, 1990)  $x=9,11$  bei einer Standardabweichung  $s=2,404$  sogar geringer. BARTH (1990) weist allerdings darauf hin, dass in ihrer Untersuchung eine bimodale Verteilung vorlag und spricht ab einem BO-Summenwert von 11,5 von einer „klinischen Stichprobe“, die außergewöhnlich hoch durch Burnout betroffen sei, was für 15,5% ihrer Stichprobe ( $n=122$ ) zutrefte. Hiervon sind die vorliegenden Werte weit entfernt. Auch Gegenüber  $x=9,15$  als Mittelwert in der Referenzpopulation „Mental Health“ von MASLACH & JACKSON (1981) fallen die entsprechenden Parameter in der vorliegenden Untersuchung geringer aus. Global gesehen leiden also die Betreuer nicht außergewöhnlich hoch an Burnout.

Kein erhöhter Burnout ergibt sich auch bei einer getrennten Betrachtung der Subskalen: Für Emotionale Erschöpfung (EE) liegt der Mittelwert der Fragebogenteilnehmer mit 15,69 leicht unter den Normdaten des „Mental Health“ ( $x=16,89$ ;  $s=.890$ ) bei MASLACH & JACKSON, 1986). Die demographischen Normen der Skala Depersonalisation (D) im Bereich „Mental Health“ ( $x=5,72$ ;  $s=4,62$ ) werden mit 4,83 in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls nicht erreicht. Lediglich Reduzierte Leistungsfähigkeit (PA) zeigt mit 29,86 im Vergleich zu  $x=30,87$ ;  $s=6,37$  der Originaldaten eine gering höhere Reduzierung der eigenen Leistungsfähigkeit (inverse Skalierung) und damit Ausgangspunkte für Burnout an (vgl. Kap. 7.2.7).

**Tabelle 67** Burnoutvergleichsdaten (Summenmittelwerte -x-)

Datenbasis	x-EE	x-PA	x-D
MASLACH,1986 „Mental Health“	16,9	30,9	5,7
MASLACH, 1986 „Overall Sample“	21,0	34,6	8,7
BARTH, 1990 deutsche Lehrer	18,4	32,4	5,6
ANSTÖTZ, 1992 Pädagogen: Bereich Geistige Behinderung	18,5	31,1	4,1
STRAßMEIER, 1995 Schule für Verhaltensgestörte	24,3	33,8	5,2
STRAßMEIER,1995 Geistigbehinderten Schule	19,7	35,6	3,9
vorliegende Stichprobe „Autoaggression“ 2000	15,7	29,9	4,8

Im Vergleich der Ergebnisse zeigt die vorliegende Untersuchung keinen auffallend erhöhten Burnout. Mehr noch zeigt sich die Gruppe der Betreuungspersonen mit vielen Beobachtungen selbstverletzender Handlungen (dichotomisiert aus der Skala BEOBAA, siehe Kap. 7.1.7) geringer burnoutbelastet, wie folgende Abbildung zeigt.



**Abbildung 36** Burnout in Abhängigkeit der am Median dichotomisierten Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens

Die Hypothese (H7) der Burnoutgefahr durch die Beobachtung selbstverletzenden Verhaltens ist somit zurückzuweisen.

In der Literatur wird die Gefahr des Ausbrennens im Bereich der Arbeit mit Behinderten kontrovers diskutiert: Während STRAßMEIER (1995) eher eine geringe Gefahr feststellt und ANSTÖTZ (1987; 1992) in diesem Zusammenhang gar von einem „Burnout Phantom“ spricht, vermuten MARQUARD et al. (1993) dazu im Widerspruch einen Erosionsprozess der Persönlichkeit in der Behindertenarbeit, der auf Dauer zur Erschöpfung führe.

Zur weiteren Klärung wurde eine Betrachtung des Burnoutprofils vorgenommen und mit den Daten von MASLACH & JACKSON (1986) verglichen.

**Tabelle 68** Profilauswertung Burnout

Subskala	Interpretation	Burnout AA-Betreuer %	Anzahl AA-Betreuer	<i>Burnout mental health</i>
Emotionale Erschöpfung	hoch	26,7%	35	$\geq 21$
	mittel	29,0%	38	14 - 20
	gering	44,3%	58	$\leq 13$
Depersonalisation	hoch	22,0%	29	$\geq 8$
	mittel	22,7%	30	5 - 7
	gering	55,3%	73	$\leq 4$
Reduzierte Leistungsfähigkeit <sup>100</sup>	hoch	41,9%	49	$\leq 28$
	mittel	28,2%	33	29 - 33
	gering	29,9%	35	$\geq 34$

Die Anwendung der kritischen Burnout-Grenzwerte von MASLACH & JACKSON (1986) ergibt für die vorliegende Stichprobe, dass eine durchgängig geringe Belastung auf den drei Dimensionen bei 14,8% der Befragten vorliegt.; 28,7% zeigen mindestens mittlere Burnoutwerte auf jeder der drei Dimensionen, und 45,2% zeigen wenigstens in zwei der drei Dimensionen mittleren Burnout. Diese Zahlen decken sich mit den Daten von FRÖHLICH & HERINGER (1996), wonach 44,8% der Lehrer an Sonderschulen sich häufig und intensiv durch Autoaggressionen belastet fühlen. Im Bereich mindestens mittleren Burnouts befinden sich auf den Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“ 55,7%, auf „Depersonalisation“ 44,7% und auf „Reduzierte Leistungsfähigkeit“ 70,1% der Betreuungspersonen. So gesehen kann durchaus davon ausgegangen werden, dass zumindest bei einem Teil der Betreuungspersonen nicht unerheblicher Burnout vorliegt. Führt man die drei Burnoutsubskalen zusammen, so lässt sich eine Extremgruppe herauskristallisieren, die in jeder Subskala hoch Burnout belastet ist, was ca. 7% der Probanden betrifft. STRAßMEIER (1995) kommt bei vergleichbarer Datenaggregation innerhalb einer Stichprobe von 1036 Befragten auf 25 (2,41%) hoch Burnout belastete Personen im Heilpädagogiksektor. Für die in der vorliegenden Datenerhebung hoch Burnout belastete Gruppe ergibt sich allerdings kein direkter Bezug zum Ausmaß der antizipierten Autoaggression. Bezüglich der Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiver Verhaltensweisen (BEOBAA) liegt der Mittelwert mit  $x=5,63$  gar unter dem Mittelwert der Gesamtstichprobe ( $x=6,15$ ). Andererseits hat die extrem Burnout belastete Gruppe im Durch-

<sup>100</sup> Die Skala „Reduzierte Leistungsfähigkeit“ ist gegenüber den beiden anderen Skalen umgekehrt gepolt.

schnitt ca. 11 Personen ( $x=11,13$ ) zu betreuen, während der Vergleichswert (AAPERSO) der Gesamtstichprobe unter 6 liegt ( $x=5,90$ ). Bezüglich der schlimmsten je erlebten Autoaggression (SCHLIAA) liegen die Werte bei  $x=3,00$  für die Extremgruppe und  $x=2,24$  für die Gesamtgruppe. Die Unterschiede bleiben jedoch unterhalb der Signifikanzgrenzen.

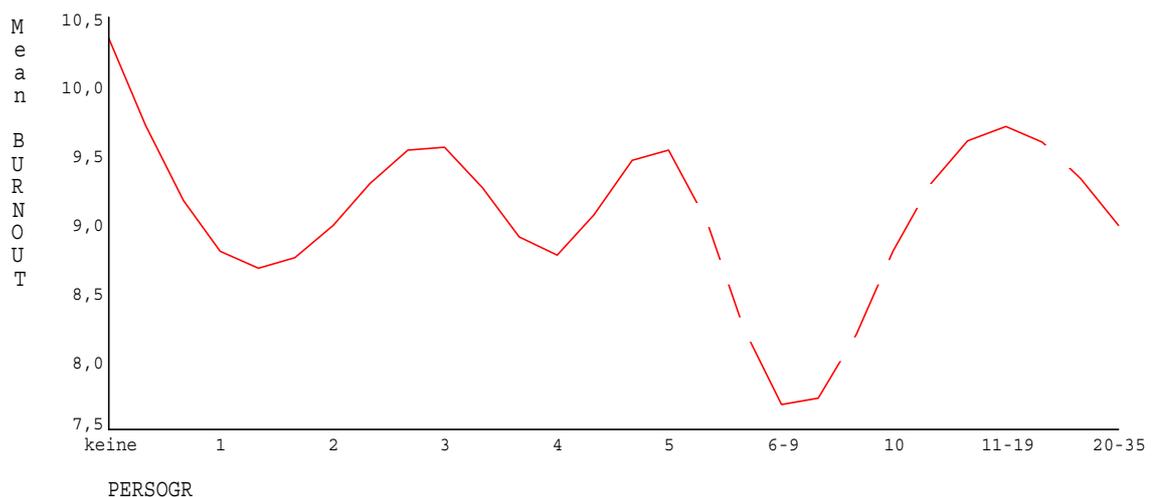
Im Bezug auf die erhobenen Autoaggressionsdaten stellen sich die erwarteten Zusammenhänge demnach nicht eindeutig dar: Bezüglich des Gesamtburnout trägt keiner der drei Autoaggressionsparameter allein weder eine additive Verknüpfung noch die Interaktion der Parameter signifikant zum Ausmaß des Ausbrennens bei. Entsprechend

negativ fielen die Regressionen, Varianzanalysen und t-Tests aus. Gleiches gilt für die Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ (BOEE) und „Depersonalisation“ (BOD). Lediglich für die Skala „Reduzierte Leistungsfähigkeit“ (BOPA) besteht ein signifikanter Zusammenhang, jedoch im Sinne einer Verminderung des Burnouts!

**Tabelle 69** Korrelation Autoaggression und Reduzierte Leistungsfähigkeit (BOPA)

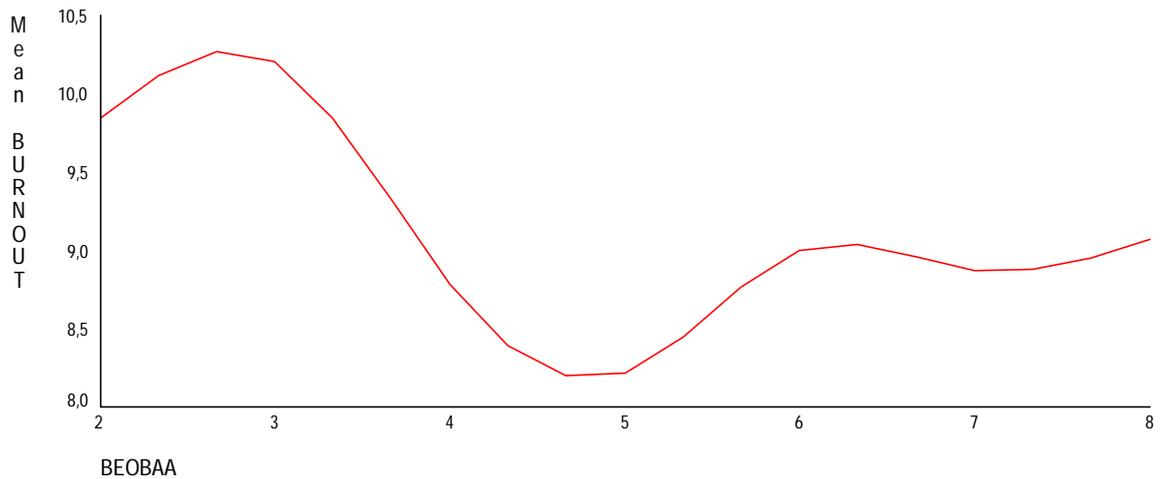
Autoaggressionsparameter	BOPA
BEOBAA (Häufigkeit)	.23**
AAPERSO (Anzahl der Personen)	.15*
AAEXPOA (Verknüpfung der Parameter)	.18*

Das häufige Beobachten und eine steigende Anzahl zu betreuender autoaggressiver Personen führt demnach keinesfalls zu einer Reduzierung der eigenen Leistungsfähigkeit. Das Zurückweisen der Hypothese hat auch hier wieder eine Ursache in der nicht additiv linearen Entwicklung der Zusammenhänge. Wie die folgenden beiden Graphiken aufzeigen, gibt es ein wellenförmiges Auf und Ab, das sich bereits bei den Skalen der emotionalen Belastung fand, sowohl in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Autoaggression als auch in Abhängigkeit von der Anzahl der zu betreuenden Personen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen.



**Abbildung 37** Burnout in Abhängigkeit zur Anzahl der zu betreuenden Personen mit selbstverletzendem Verhalten<sup>101</sup>

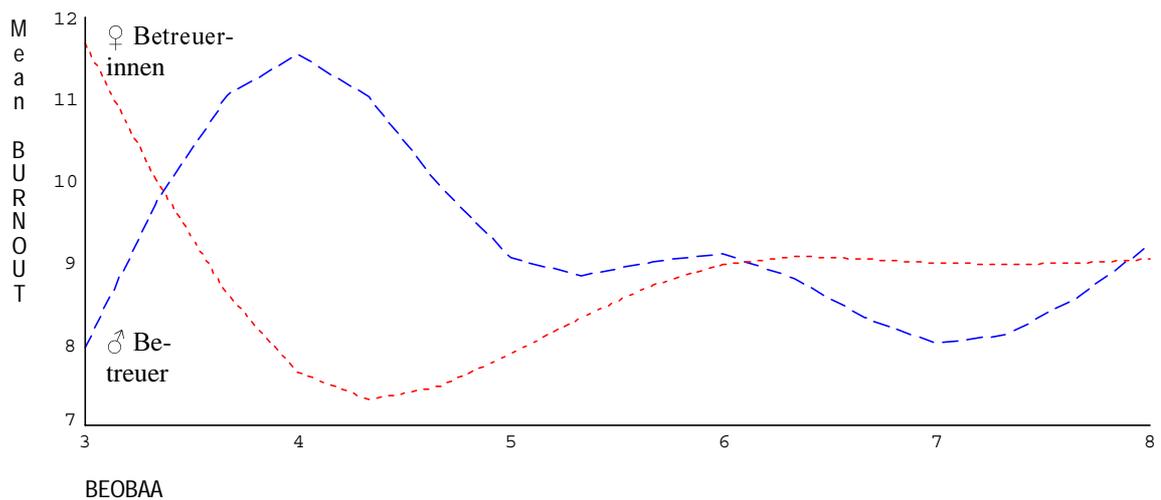
<sup>101</sup> Aufgrund der geringen Zellbesetzungen für mehr als 5 zu betreuende Personen mit selbstverletzendem Verhalten, musste ein Kompromiss aus größeren Einheiten und Eindeutigkeit der optischen Interpretation gewählt werden.



**Abbildung 38** Burnout in Abhängigkeit der beobachteten Häufigkeit der Autoaggression

Aufgrund der uneinheitlichen Ergebnislage bezüglich Burnout und den Maßen der perzeptierten Autoaggression kann vermutet werden, dass den Kurven verschiedene Verteilungsfunktionen zugrunde liegen. So kann plausibel angenommen werden, dass ab einer bestimmten Anzahl zu betreuender Personen die persönliche intensive Beziehung zu Gunsten einer distanzierteren und damit psychisch weniger belastenden Einstellung aufgegeben wird.

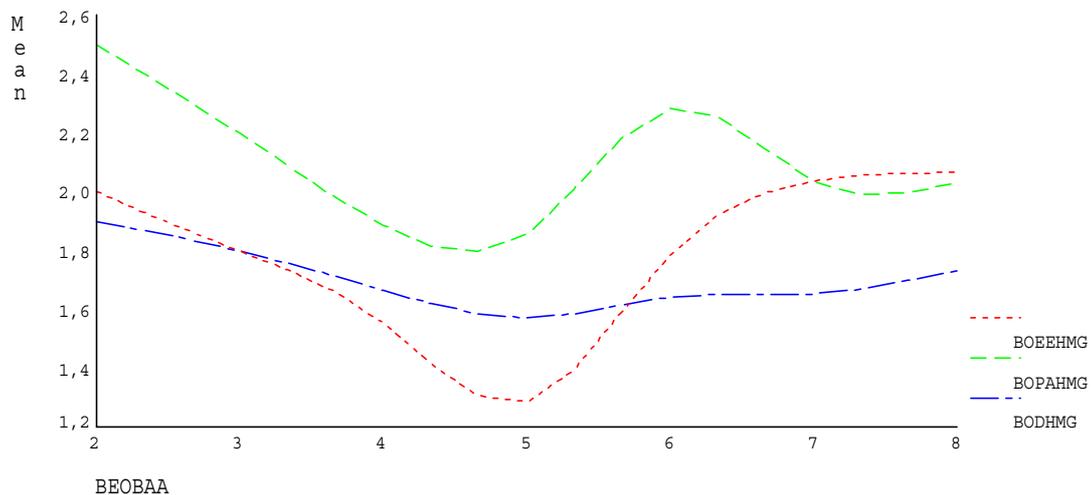
Ein Blick auf Geschlechterdifferenzen zeigt, dass Frauen und Männer unterschiedlich stark mit Burnout auf die Gegenwärtigkeit selbstverletzender Verhaltensweisen reagieren. Die Divergenzen erreichen jedoch nicht das erforderliche Signifikanzniveau.



**Abbildung 39** Burnout und Geschlecht in Abhängigkeit der beobachteten Häufigkeit der Autoaggression<sup>102</sup>

<sup>102</sup> Aufgrund zu geringer Zellenbesetzung bei seltener Autoaggressionsbeobachtung wurden erst die Werte ab 3 „monatliche Beobachtungen“ in die differentielle Auswertung aufgenommen.

Bezüglich den Subskalen des Burnout ergeben sich wiederum spezifische Kurvenverläufe der Belastung, die sich nicht in ein linear-additives Modell einpassen lassen. Zur besseren Darstellung der Verläufe wurden die Burnoutsuskalen (BOEE, BOPA, BOD) jeweils mit der Erweiterung -HMG) nach den Anweisungen von MASLACH & JACKSON (1986) auf die Dimensionen hoch=3, mittel=2, gering=1 verkürzt (siehe Tabelle 68).



**Abbildung 40** Kategorisierter Burnout in Abhängigkeit der beobachteten Häufigkeit der Autoaggression

Diese Transformation hat den Vorteil, dass nun die Verläufe innerhalb der Grenzwerte 1 und 3 unmittelbar miteinander verglichen werden können.

Wie das so gewonnene Schaubild verdeutlicht, schwanken die Werte mit der Häufigkeit der Beobachtungen, wobei als zentrale Tendenz gleichbleibende, wenn nicht gar fallende Belastungen augenfällig sind.

Die regressionsanalytische Profilbetrachtung ergibt ebenfalls keine erwarteten statistisch signifikanten Befunde für die Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ (BEE) und „Depersonalisation“ (BOD). Lediglich auf „Reduzierte Leistungsfähigkeit“ (BOPA) üben die Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiver Handlungen (BEOBAA sowie die additive Zusammenfassung der Autoaggressionsparameter) einen signifikanten Effekt aus. Da die Items der Skala BOPA jedoch gegenüber den anderen Burnoutskalen umgekehrt gepolt sind, bedeuten die positive Korrelationen und Steigungskoeffizienten, dass mit der Antizipation der Autoaggression die eigene Leistungsfähigkeit positiver wahrgenommen wird, so dass sich im Umkehrschluss Burnout also reduziert!

**Tabelle 70** Regression Beobachtete Häufigkeit auf Reduzierte Leistungsfähigkeit

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df.	Sig T
BOPA Reduzierte Leistungsfähigkeit	BEOBAA Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiver Handlungen	.23	.229	.052	.869	.345	.228	2.517	115	.0132
		F=6.333 sigF=.013								

Demnach schlagen sich Autoaggressionen bei Menschen mit Geistiger Behinderung positiv in der Leistungsfähigkeit bei Betreuungspersonen nieder. Ein Befund, der so nicht erwartet wurde. Neben der Möglichkeit einer Deckvariablen oder interferierender Entlastung (siehe Kap.7.9) darf angenommen werden, dass (erfolgreiche Verminderung der) Autoaggression eine leistungsanreizende Herausforderung für viele Betreuungspersonen darstellt.

Darüberhinaus mag auch das wachsende Verständnis der Betreuungspersonen mit der Zunahme der Autoaggression Burnout verringern, indem die Selbstverletzung weniger feindselig, weniger unvorhersehbar und damit weniger belastend erlebt wird. So bringt Heuser ihre Untersuchung zur Reaktion auf Autoaggression auf den Punkt: „Gerade Erzieher, die viele Autoaggressionen erlebt haben, berichten selten, dass diese sie belaste.“ (HEUSER, 1998).

Für ca. 7% der Befragten ergeben sich extreme Burnoutwerte, während im Bereich geringen Burnouts ca. 14,8% der Betreuungspersonen liegen. Zwischen Burnout der Betreuungspersonen und Autoaggression der Klienten besteht kein positiver linearer Zusammenhang. Es ergibt sich ein differentiell oszillierender Belastungsverlauf. Andere Faktoren als die Antizipation der Autoaggression allein scheinen für das Ausbrennen verantwortlich zu sein.

### 1.24.1 Ausbrennen und Maßnahmenenerfolg

Das absolute Ausmaß der antizipierten Autoaggression scheidet also als Hauptursache zur Entstehung des Burnout aus. Auf der Grundlage des „transaktionalen Stressmodells“ (LAZARUS, 1966) wurde nun geprüft, ob Autoaggression dann zum Auslöser für Burnout wird, wenn im sekundären Bewertungsprozess keine ausreichenden Interventionsmittel gesehen werden. Zur Klärung dieser Fragestellung wurde über die Summation der Erfolgsangaben bezüglich der Items aus Skala Maßnahmeneffizienz (siehe Kap. 7.6.3) ein Erfolgsindex<sup>103</sup> errechnet. Der so gewonnene Index korreliert mit der trichotomisierten Burnoutskala (BOHMG, siehe Tab. 68) mit  $r = -.1975^*$  signifikant. Dieser Befund wird auf Itemebene von einigen Erfolgsangaben bestätigt, wie nachfolgende Tabelle zeigt:

<sup>103</sup>  $(MA22IRE + MA21TSe + MA12BEe + MA13AKe + MA9AFMe + MA17UMe)/6$ ; mit  $\alpha = .63$

Die Daten zeigen, dass der wahrgenommene oder erwartete Erfolg einiger Maßnahmen tatsächlich eine wesentliche Rolle beim Entstehen des Ausbrennens spielt. Die negativen Vorzeichen bei BURNOUT, BOEE und BOD bedeuten, dass mit einer hohen Erfolgserwartung geringe Burnoutwerte einhergehen bzw. mit einer geringen Erfolgserwartung hohe Burnoutwerte. Während bei BOPA das positive Vorzeichen aufgrund der umgekehrten Pol-

**Tabelle 71** Korrelation Maßnahmenenerfolg und Burnout

	BURNOUT	BOEE	BOPA	BOD
MA1TABLE	-.18*		.21*	-.15*
MA4SODE		-.17*		
MA8ELEE				.17*
MA9AFME			.24**	
MA10FAE			.24**	
MA12BEE			.19*	
MA14AUE			.19*	
MA19BEE			.16*	
MA20UEE			.17*	
MA21TSE	-.28**	-.18*	.29**	-.21*
MA22IRE	-.20*		.24**	-.15*

ung den selben Zusammenhang ausdrückt. Das Prinzip Hoffnung oder aber die Antizipation erfolgreicher Intervention vermag demnach eine abmildernde Wirkung auf Burnout auszuüben.

Die Erfolgserwartungen der Betreuungspersonen bezüglich der zur Verfügung stehenden Maßnahmen zur Reduzierung selbstverletzenden Verhaltens moderieren das Ausmaß des Ausbrennens signifikant.

### 1.24.2 Ausbrennen und Maßnahmeneffizienz

Ein bedeutender Beitrag zur Aufklärung der Wirkung von Autoaggressionen auf das berufliche Ausbrennen geht neben der Erfolgserwartung auch von der Effizienz der Interventionsmaßnahmen aus. Somit kann Hypothese H12 (Moderatoreffekte im Zusammenhang mit Ausbrennen) für Maßnahmeneffizienz angenommen werden (siehe Tab. 72).

**Tabelle 72** Regression Maßnahmeneffizienz auf BOEE, BOPA, BOD und Burnout

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	B	SEB	Beta	T	df	sigT
BOEE	Effizienz MA23AA	-.40	.402	.161	.154	-3.306	.863	-.400	-3.831	61	.000
Emotionale	Effizienz MA21TS	.32	.496	.246	.231	1.216	.452	.279	2.687	61	.009
Erschöpfung	Effizienz MA15MB	.21	.547	.299	.269	1.658	.760	.230	2.212	61	.031
	Effizienz MA1ABL	-.22	.588	.346	.303	-1.652	.793	-.216	-2.085	61	.041
F=8.059 sigF=.000											
BOPA	Effizienz MA16Pi	-.34	.384	.148	.134	2.742	.782	-.405	-3.508	57	.001
Abwertung der eigenen Leistungs- fähigkeit	Effizienz MA10FA	.28	.466	.218	.191	1.785	.628	.314	2.843	57	.006
	Effizienz MA21TS	-.25	.522	.272	.235	-.913	.424	-.240	-2.154	57	.034
	Effizienz MA1ABL	.08	.569	.323	.276	1.766	.853	.237	2.069	57	.043
F=6.807 sigF=.000											
BOD	Effizienz MA1ABL	-.29	.285	.081	.068	-1.328	.475	-.319	-2.799	68	.007
Depersonalisation	Effizienz MA12BE	-.19	.369	.136	.111	-1.035	.499	-.236	-2.076	68	.042
F=5.361 sigF=.007											
Gesamt	Effizienz MA23AA	-.33	.330	.109	.083	.343	.209	-.164	-1.638	53	.107
Burnout (BURNOUT)	Effizienz MA21TS	.32	.434	.188	.157	.484	.117	.431	4.129	53	.000
	Effizienz MA8ELE	-.25	.525	.275	.258	-.768	.284	-.264	-2.704	53	.009
	Effizienz MA1ABL	-.29	.578	.335	.324	-.852	.227	-.385	-3.749	53	.000
	Effizienz MA16PI	.27	.637	.406	.301	.791	.222	.398	3.568	53	.001
	Effizienz MA11VA	.01	.681	.464	.405	-.460	.169	-.301	-2.714	53	.009
	Effizienz MA10FA	-.21	.726	.528	.465	.437	.163	-.261	-2.671	53	.010
F=8.461 sigF=.000											

Wie der letzte Block der Regressionsanalyse zeigt, liefert die Maßnahmeneffizienz eine bedeutsame Vorhersage bezüglich des Gesamtburnouts. Bis auf zwei Ausnahmen sind die entsprechenden Beta-Werte erwartungskonform negativ, was bedeutet, dass der Burnout um so größer wird, je weniger effektiv die Maßnahmen eingesetzt werden. Teamsupervision (MA21TS) und paradoxe Intervention (MA16PI) kontrastieren hierzu mit jeweils positiven Vorzeichen. Hier steigt Burnout mit der Maßnahmeneffizienz. Für Teamsupervision ist dieser Befund insofern nicht überraschend, da einerseits eben bei hohem Burnout Teamsupervision als Hilfsangebot realisiert wird, oder andererseits Burnout die Erwartungen an Supervision minimiert, und mangelnde Bereitschaft, an Supervision teilzunehmen, aufkeimt; beide Fälle sind durchaus ein gängiges Phänomen in der Praxis. Schließlich mag das Schwinden der Hoffnung auf den Erfolg einer Teamsupervision ein Indikator für beginnenden Burnout darstellen. Wie ein Blick auf die entsprechenden Mittelwerte der Effizienzitems bestätigt, kommt die geringe Effizienz (mit  $x=4.43$  niedrigster Wert der gesamten Skala) dadurch zustande, dass eine hohe Erfolgserwartung (zweit höchster Wert der Skala) vorliegt. Die

Summenskala der Effizienz erreichte keine bedeutsame Prädiktion auf Burnout. Auffällig ist jedoch, dass Ablenken (MA1ABL) zu jeder Burnoutvorhersage einen signifikanten Anteil beiträgt (siehe Tab. 72). Effizientes Ablenken erweist sich demnach als eine Schlüsselvariable des Ausbrennens im Beruf im Zusammenhang mit Autoaggressionen.

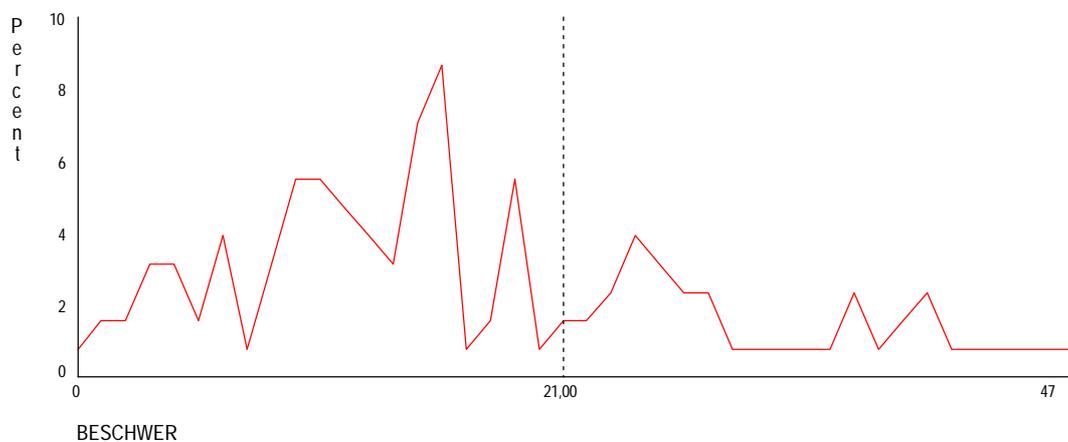
Ausbrennen im beruflichen Umgang mit Personen, die selbstverletzende Verhaltensweisen zeigen wird mitbestimmt von der Effizienz, mit der die Maßnahmen zur Reduzierung der Autoaggressionen eingesetzt werden.

## 1.25 Autoaggression und psychosomatische Beschwerden

Es wurde angenommen, dass Betreuungspersonen autoaggressiver Menschen mit Geistiger Behinderung erhöhte Beschwerden-Werte aufzeigen, und die Beschwerden mit dem Ausmaß der Betroffenheit linear stiegen (Hypothese H8).

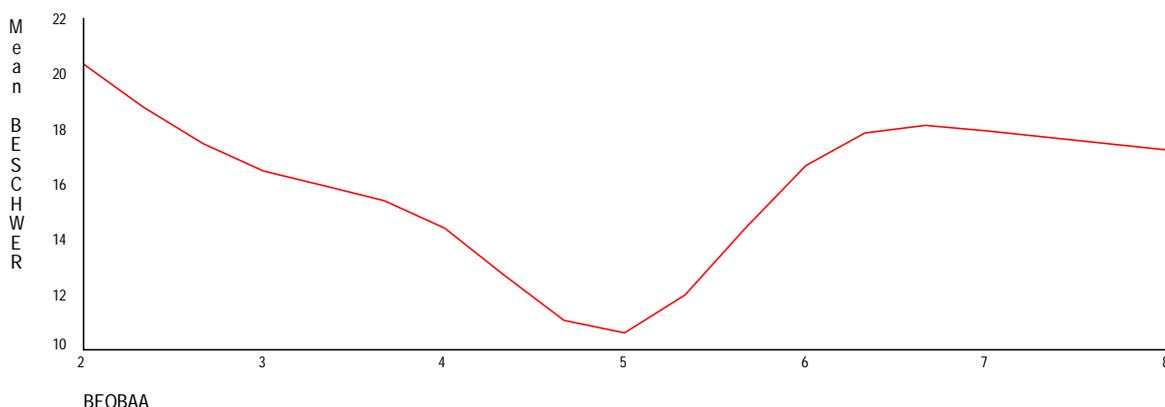
Im Vergleich mit der Eichstichprobe ( $x=0,59$ ) ergibt sich über alle Probanden gemittelt mit  $x=0,73$  auch ein leicht erhöhter Wert, der jedoch noch weit unterhalb des klinischen Referenzwertes ( $x=1,25$ ) liegt. Der mittlere Rohwert der Stichprobe von 17,53 liegt ebenfalls leicht über dem Mittelwert von 14,26 nach von ZERSSSEN (1976). Allerdings wird die Grenze problematischer oder „fraglich abnormer“ Werte (21) von 30,9% der Befragten erreicht. Daran ändert sich auch kaum etwas, zieht man aufgrund des Übergewichts weiblicher Probanden die entsprechende Normierungstabelle von Zerssen's heran.

Ein Blick auf die Verteilung der Werte zeigt, dass die meisten Probanden (69,1%) im vorderen Bereich der nicht klinisch erhöhten Belastung (<21,00) liegen.

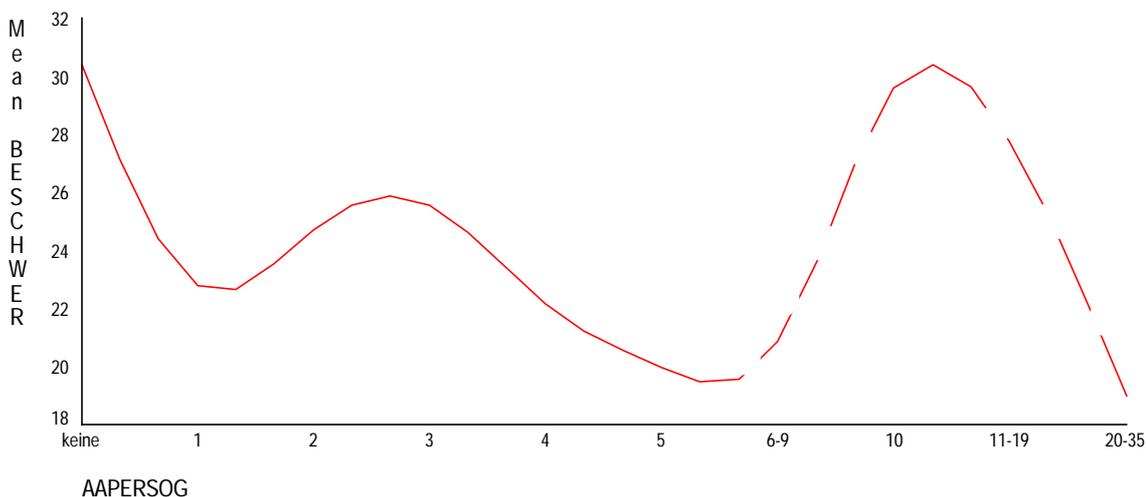


**Abbildung 41** Verteilung psychosomatischer Beschwerden innerhalb der Stichprobe

Bezüglich der psychosomatischen Auswirkungen der Exposition gegenüber autoaggressiver Verhaltensweisen ergibt sich keine gleichsinnig positive statistische Beziehung. Entsprechende Korrelationen bleiben weit unterhalb des Signifikanzniveaus oder zeigen gar negative Vorzeichen. Auch via Regressionsanalyse und Varianzanalyse können weder Haupteffekte noch Interaktionseffekte der Autoaggression auf psychosomatische Beschwerden nachgewiesen werden. Die Antizipation von Autoaggressionen hat nach den vorliegenden Daten keine unmittelbare psychosomatisch vulnerable Wirkung auf Betreuungspersonen. Hypothese H8 ist also zurückzuweisen. Dies ist insofern überraschend, als im institutionellen Kontext häufig über psychosomatische Folgen der dauernden Belastung mit Autoaggressionen berichtet wird.



**Abbildung 42** Psychosomatische Beschwerden in Abhängigkeit von der beobachteten Häufigkeit autoaggressiver Verhaltensweisen (BEOBAA)

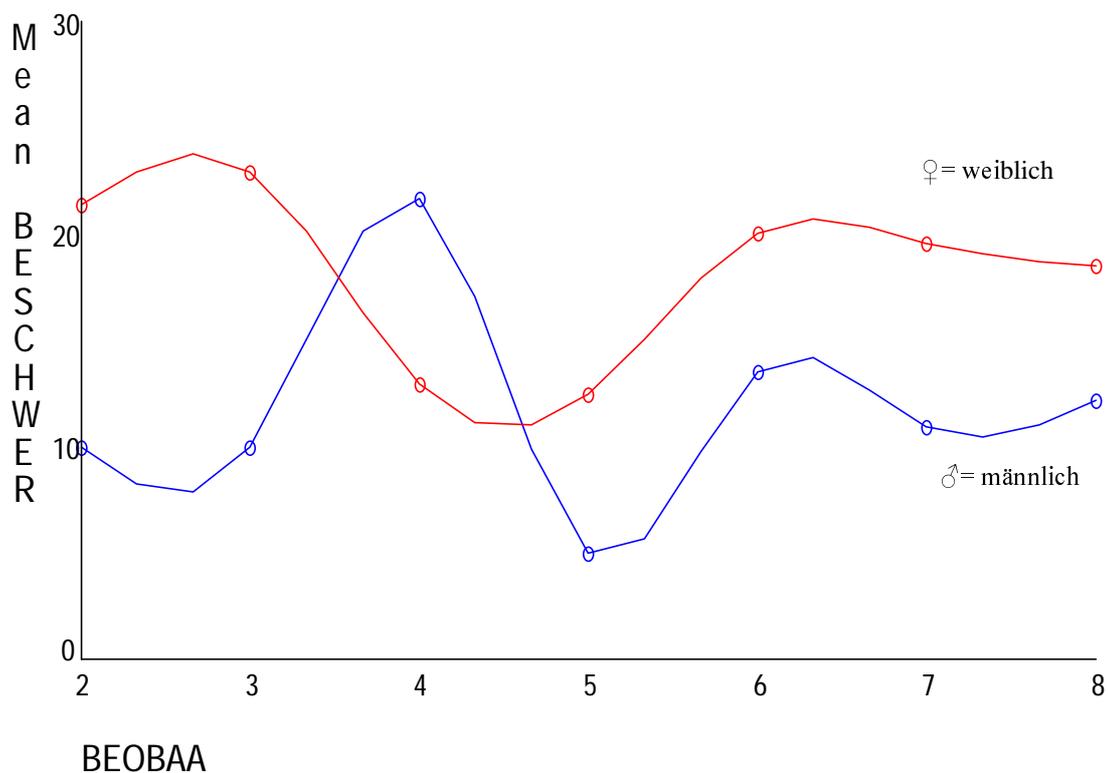


**Abbildung 43**<sup>104</sup> Psychosomatische Beschwerden in Abhängigkeit von der Anzahl der zu betreuenden Personen (AAPERSOG) mit selbstverletzenden Verhaltensweisen

<sup>104</sup> Aufgrund der geringen Zellbesetzungen für mehr als 5 zu betreuende Personen mit selbstverletzendem Verhalten, musste ein Kompromiss aus größeren Einheiten und Eindeutigkeit der optischen Interpretation gewählt werden.

Beide Abbildungen vermitteln wieder einen charakteristischen kurvenförmigen Verlauf. Die psychosomatischen Beschwerden sind zu Beginn bereits recht hoch. Es folgt ein Abfall mit der Zunahme der Autoaggression und anschließend wieder eine Steigerung der Beschwerden mit einer Plafonierung ähnlich dem Ausgangsniveau bezüglich der beobachteten Häufigkeit und einem sehr starken Rückgang des Ausbrennens bei einer hohen Personenanzahl. Letzteres mag wohl dadurch erklärbar sein, dass die Intensität der Betreuung bei einer so hohen Anzahl der Personen (20 und mehr) eher gering einzuschätzen ist.

Als eine weitere mögliche Erklärung für das Ausbleiben der erwarteten linearen Beziehung wird im Folgenden noch der Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit untersucht.



**Abbildung 44** differentielle Entwicklung psychosomatischer Beschwerden in Abhängigkeit von der Häufigkeit autoaggressiver Verhaltensweisen

Die unterschiedlichen Verläufe des Beschwerdescores zeigen, dass Männer und Frauen zu unterschiedlichen Belastungsmomenten vermehrt mit psychosomatischen Störungen auf selbstverletzendende Verhaltensweisen reagieren. Die Differenzen liegen jedoch unterhalb des gewählten Signifikanzniveaus.

Ca. 30,9% der Befragten zeigen klinisch relevante Werte im Bereich psychosomatischer Beschwerden. Zwischen den Beschwerden der Bezugspersonen und Autoaggression der Klienten besteht jedoch kein positiver linearer Zusammenhang. Differentielle Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Beschwerden treten im Belastungsverlauf tendenziell hervor.

## 1.26 Autoaggression und Entlastungsfaktoren

Soziale Unterstützung, persönliche Ressourcen und die individuellen Möglichkeiten des Stressabbaus werden von Betreuungspersonen immer wieder als wesentliche Elemente des „Verkraftens“ der Arbeit mit autoaggressiven Personen hervorgehoben. Inwieweit diese aus dem Alltagsverständnis erwachsene protektive Funktion von Entlastungsfaktoren sich auch empirisch bestätigen lässt, war unter anderem ein Ziel der Erhebung (cf. Hypothese H10).

Bezüglich der Wichtigkeit der Entlastungsfaktoren ist festzuhalten, dass insgesamt fast alle Faktoren als hoch bedeutsam eingestuft werden. Lediglich Item 1 „finanzielle Anerkennung“ und Item 9 „religiöser Rückhalt“ rangieren weitabgeschlagen am Ende der Nennungen. Es liegt die Vermutung nahe, dass hier ein Effekt der sozialen Erwünschtheit die Ergebnisse mitgeprägt hat. Geordnet nach „Bedeutsamkeit“ und „Verfügbarkeit“ als Entlastungsfaktoren bei Autoaggressionen ergeben sich folgende Rangreihen:

**Tabelle 73** Rangreihe Entlastungsfaktoren bei Autoaggressionen

Bedeutsamkeit	Rang	Verfügbarkeit
Item 3 Verhältnis zu Kollegen & Vorgesetzten	1.	Item 6 Freundeskreis
Item 4 Selbstbewusstsein	2.	Item 3 Verhältnis zu Kollegen & Vorgesetzten
Item 6 Freundeskreis	3.	Item 4 Selbstbewusstsein
Item 10 Belastbarkeit	4.	Item 8 Freizeitbeschäftigung
Item 8 Freizeitbeschäftigung	5.	Item 10 Belastbarkeit
Item 5 <b>Supervision</b>	6.	Item 9 <b>religiöser Rückhalt</b>
Item 7 psychologische Beratung	7.	Item 2 Pausen
Item 11 Entspannungstechniken	8.	Item 11 Entspannungstechniken
Item 2 Pausen	9.	Item 7 psychologische Beratung
Item 9 <b>religiöser Rückhalt</b>	10. ▲	Item 5 <b>Supervision</b>
Item 1 finanzielle Anerkennung	11.	Item 1 finanzielle Anerkennung

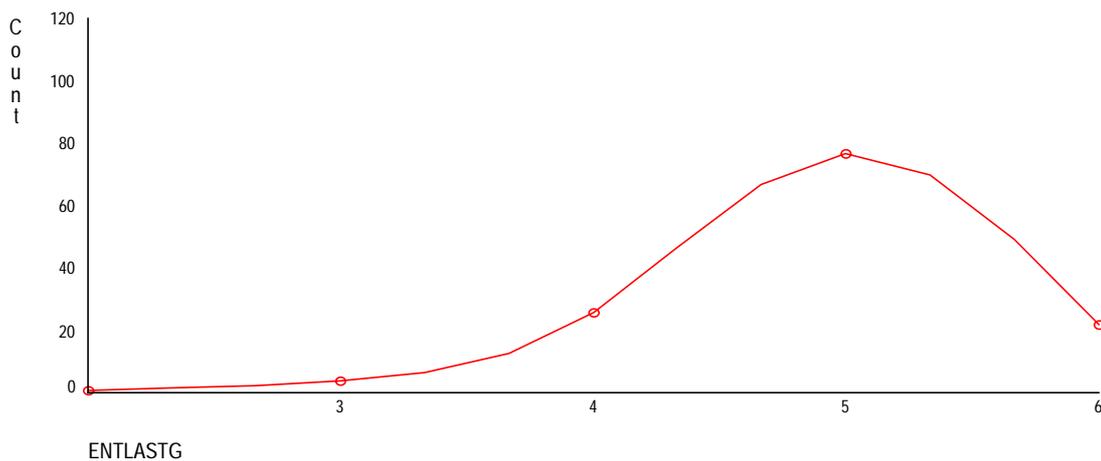
Die unmittelbare Gegenüberstellung zeigt, dass Bedeutsamkeit meist mit Verfügbarkeit in nur geringem Abstand einhergeht. Eine Ausnahme bildet lediglich Item 5 „Supervision“, das zwar auf einem mittleren Platz der Bedeutsamkeit aber nur auf dem vorletzten Platz der Verfügbarkeit rangiert. Umgekehrt verhält es sich mit Item 9 „religiöser Rückhalt“. Hier wird die Bedeutsamkeit gering erachtet, aber die Verfügbarkeit hoch bewertet. Versucht man die ersten drei Plätze beider Skalen unter einer Überschrift zu fassen, so bietet sich das Topos einer günstigen psychosozialen Situation an, bestehend aus einem vertrauensvollen Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten, einer guten Portion Selbstbewusstsein und einem stabilen privaten Freundeskreis. Ein Blick auf die zu

Grunde liegenden Mittelwerte und Standardabweichungen zeigt, dass für alle Items recht hohe Werte vorliegen.

**Tabelle 74** Entlastungsfaktoren Bedeutsamkeit(Be), Verfügbarkeit(Ve) und Wertigkeit(We)

Item	x/Be	s/Be	x/Ve	s/Ve	x/We	s/We
<sup>1</sup> Eine bessere finanzielle Anerkennung	2.97	1.85	1.72	1.06	1.80	1,18
<sup>2</sup> Vermeehrt Pausen während der Arbeit und freie Tage	4.34	1.49	3.04	1.50	3.25	1.46
<sup>3</sup> Ein vertrauensvolles Verhältnis zu Kollegen/innen & Vorgesetzten	5.52	.83	4.80	1.21	5.05	1.05
<sup>4</sup> Gutes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen	5.42	.83	4.68	1.00	4.98	.80
<sup>5</sup> Regelmäßige Supervision direkt am Arbeitsplatz	4.86	1.43	2.59	1.68	2.81	1.74
<sup>6</sup> Einen haltgebenden Freundeskreis, Partnerschaft, Familie	5.38	1.02	4.92	1.32	5.02	1.18
<sup>7</sup> Eine psychologische Schulung oder Beratung	4.82	1.48	2.91	1.53	3.30	1.60
<sup>8</sup> Eine ausgleichende Freizeitbeschäftigung, Hobbies, Sport,...	5.28	1.03	4.56	1.33	4.78	1.16
<sup>9</sup> Einen Rückhalt in religiösem Glauben	2.74	1.74	3.13	1.78	2.70	1.68
<sup>10</sup> Eine hohe Belastbarkeit und innere Gelassenheit	5.35	.91	4.40	1.10	4.74	1.00
<sup>11</sup> Beherrschung von Entspannungsverfahren wie....	4.46	1.48	2.94	1.65	3.22	1.70
N = 130	4.66	.63	3.61	.63	3.82	.58

Der aus Wichtigkeit und Verfügbarkeit spezifischer Entlastungsfaktoren gewonnene Parameter (Berechnungsvorschrift siehe Kap. 7.2.6) zur Ermittlung der individuellen Ressourcen, um die wahrgenommenen Autoaggressionen bewältigen zu können, zeigt eine generell hohe Entlastung an.



**Abbildung 45** Verteilung psychosozialer Entlastung

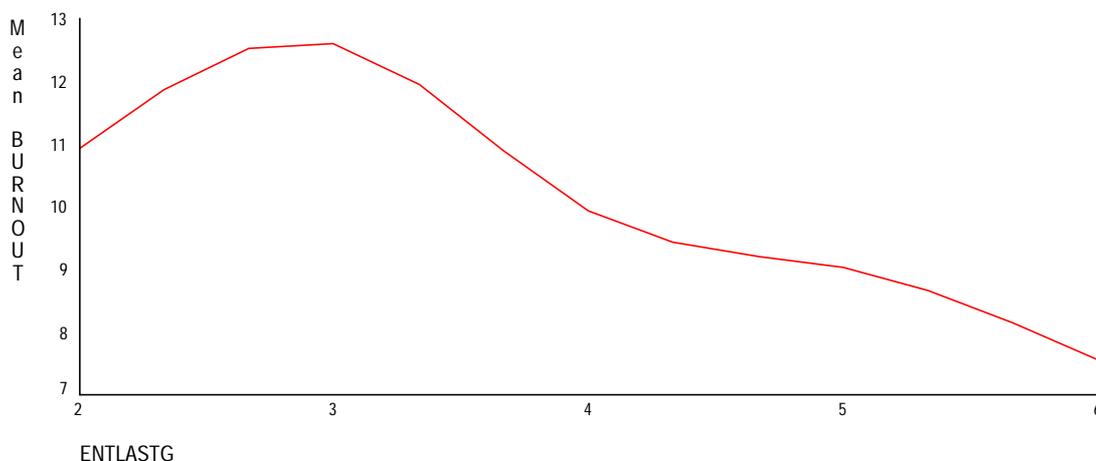
Gegenüber einem theoretischen Mittelwert bei 3 liegt der empirische Wert hier knapp unter 5 ( $\bar{x}=4,92$ ). Demnach verfügen die meisten Fragebogenteilnehmer über vielfältige psychosoziale Entlastungen.

Bezogen auf Autoaggression ergibt sich eine bedeutsame korrelative Beziehung ( $r=.20^*$ ) zwischen der Ressource Supervision (EF5RSU) und dem Ausmaß der schlimmsten je beobachteten Autoaggression (SCHLIAA). Betreuungspersonen, die schon massivere Autoaggressionen gesehen haben, greifen demnach verstärkt auf Supervision am Arbeitsplatz zurück und sehen dies als eine wichtige Bereicherung ihrer Arbeit an. Positive, aber nicht mehr signifikante Beziehungen bestehen auch bezüglich der beobachteten Häufigkeit der Autoaggression (BEOBAA,  $r=.12$ ) und der Anzahl der zu betreuenden Personen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen (AAPERSO,  $r=.05$ ). Aufgrund des Untersuchungsdesigns muss die Frage, was zuerst da war - Autoaggression oder Supervision, unbeantwortet bleiben.

Bei einer weiteren Analyse der Daten fällt auf, dass eine sehr bedeutsame inverse Beziehung des Vorhandenseins sozialer Entlastungen (ENTLAST) zu den verschiedenen Burnoutskalen (BO, BOEE, BOPA, und BOD) und psychosomatischen Beschwerden (BESCHWER) besteht (siehe nebenstehende Tabelle). Das positive Vorzeichen bei BOPA geht auf dessen umgekehrte Kodierung im Original bei MASLACH (1981) zurück. Am deutlichsten zeigt sich der Zusammenhang zwischen psychosozialer Entlastung und Ausbrennen im Beruf beim Globalmaß des Burnout (BURNOUT). Hypothese H10 kann beibehalten werden.

**Tabelle 75** Korrelationen Entlastung zu Burnout

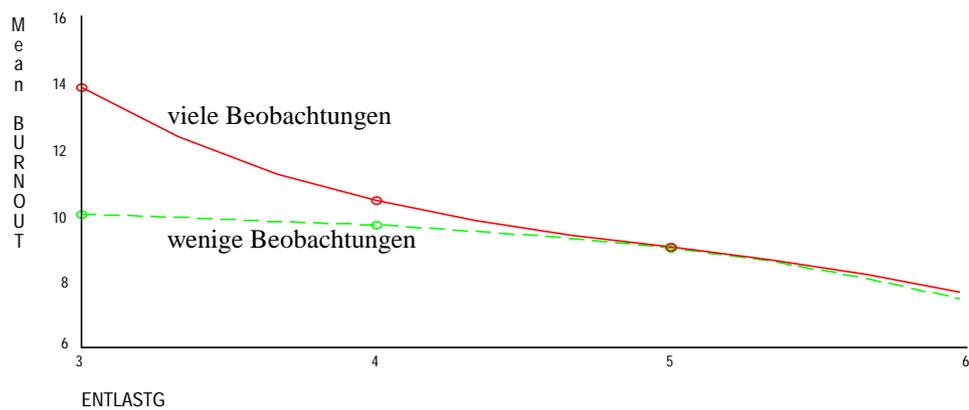
	ENTLAST
BESCHWER	-.21**
BURNOUT	-.45**
BOEE	-.37**
BOPA	.36**
BOD	-.24**



**Abbildung 46** Burnout als Funktion psychosozialer Entlastungsfaktoren

Diese Ergebnisse lassen (bei gleichzeitiger positiver Korrelation mit den Autoaggressionspara-

metern) die Vermutung aufkommen, dass das Ausmaß an vorhandenen Entlastungsfaktoren die Auswirkungen der Autoaggression tatsächlich zu kompensieren vermag. So zeigt die Partialkorrelation (Korrelationsberechnung bei Konstanthaltung aller Entlastungsfaktoren unter Auslassung von Item 1 finanzielle Anerkennung und 5 religiöser Rückhalt) der Burnoutvariablen Emotionale Erschöpfung (BOEE) mit der Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiver Verhaltensweisen (BEOBAA) eine signifikante Beziehung an ( $r_p = .19^*$ ,  $N = 88$ ). Das positive Vorzeichen besagt hier, dass mit der Zunahme der Antizipation von Autoaggressionen die Emotionale Erschöpfung steigt, wenn nicht soziale Unterstützungsfaktoren hinzutreten.



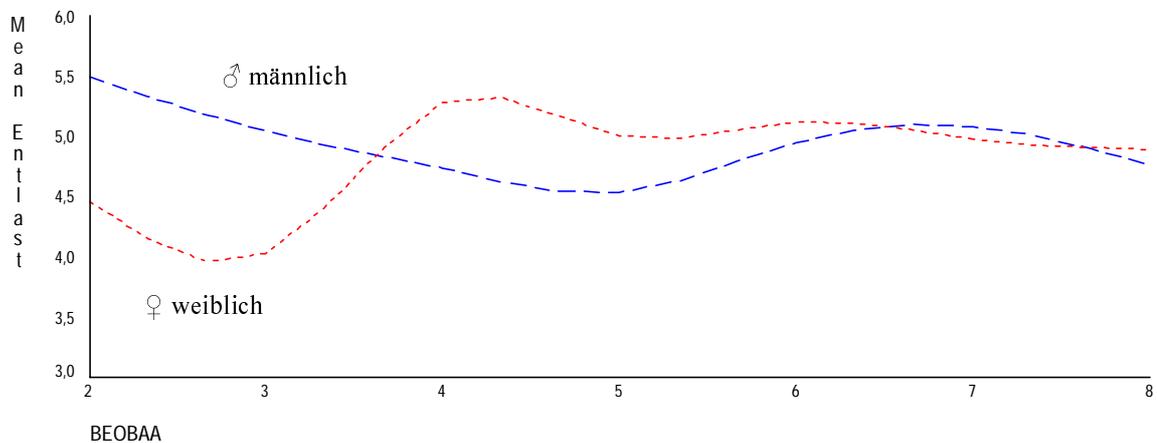
**Abbildung 47** Burnout, Entlastung und viele versus wenige Autoaggressionsbeobachtungen

In der generell hohen Entlastung liegt auch eine plausible Erklärung für die mehrheitlich kaum erhöhten Burnout- und Belastungswerte der Betreuungspersonen im Zusammenhang mit Autoaggressionen. Nicht die Autoaggression selbst, sondern vielmehr Art und Ausmaß psychosozialer Unterstützung bei Autoaggressionen sind demnach wesentlich für das Ausmaß des Ausbrennens im Beruf. Wie obige Gegenüberstellung (Abb. 47) von Probanden mit wenigen (AADICHOT = 1) und mit vielen Beobachtungen selbstverletzender Handlungen (AADICHOT = 2) zeigt, verringern sich die Unterschiede im Burnout mit den Entlastungsfaktoren.

**Tabelle 76** Regression Entlastungsfaktoren auf Beschwerden, Burnout Emotionale Belastung

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	SigT
Beschwerden	Entlastung	-.21	.210	.044	-.014	.006	-.210	-2.368	123	.020
		F= 5.606 sigF=.020								
Emotionale Belastung	Entlastung	-.31	.310	.096	-.268	.073	-.310	-3.680	127	.000
		F= 13.546 sigF=.000								
Burnout	Entlastung	-.45	.451	.204	-.153	.029	-.451	-5.352	112	.000
		F= 8.645 sigF=.000								

Bezüglich der verschiedenen Faktoren der emotionalen Belastung bestehen unterschiedlich enge Zusammenhänge zu den Entlastungsfaktoren. Den größten Einfluss übt die psychosoziale Entlastung auf Hilflosigkeit aus (Beta=-.333) gefolgt von Angst (Beta=-.255) und Erregung (-.185) sowie schließlich Ärger für den sich keine signifikante Regression mehr ergibt.



**Abbildung 48** Geschlechtsspezifischer Verlauf der Entlastung

Psychosoziale Entlastung steht in keiner Verbindung zu demographischen Merkmalen oder zur Tätigkeitsorientierung. Auch differentielle Unterschiede wie Geschlechtszugehörigkeit, Berufsausbildung oder Alter treten statistisch nicht in den Vordergrund.

Entlastungsfaktoren moderieren die Auswirkungen von stressevozierenden Ereignissen wie die Beobachtung selbstverletzenden Verhaltens von Menschen mit Geistiger Behinderung auf die emotionale Belastung, Burnout und psychosomatische Beschwerden der Betreuungspersonen. Als wichtigster Entlastungsfaktor wird ein vertrauensvolles Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten genannt. Je höher die Exposition gegenüber selbstverletzendem Verhalten, um so stärker spielt Supervision als Entlastungsfaktor eine wesentliche Rolle. Die meisten Betreuungspersonen können auf ein hohes Maß an erlebter Unterstützung zurückgreifen, so dass sich bei ihnen die Exposition gegenüber autoaggressiven Verhaltensweisen weder in emotionaler noch in psychosomatischer Form noch in Burnout niederschlägt.

## 1.27 Ansätze einer systemischen Betrachtung

Eine wesentliche Komponente systemischer Sichtweisen ist die Überwindung einseitiger, unidirektionaler Einflussfragestellungen und damit der Einbezug von Rückwirkungen in die Analysen. Innerhalb des vorgeschlagenen Arbeitsmodells der Autoaggression liegen nur wenige Variablen (z.B. Alter, Geschlecht etc.) eindeutig unidirektional vor. Ob jedoch beispielsweise Lageorientierung, geringe Angstwerte oder Hilflösigkeitsattributionen als Persönlichkeitsmerkmale zuvor bestehen oder sich erst aus der Erfahrung und mangelnden Gewöhnung an (häufige) selbstverletzende Verhaltensweisen entwickeln, wie diese auf die konkrete Autoaggressionsbereitschaft der betreuten Personen zurückwirken, ist aus Querschnittsuntersuchungen wie der vorliegenden Studie kaum zu entscheiden. Lediglich theoretisch kann basierend auf entsprechenden Vorannahmen zwischen Ein- und Auswirkung unterschieden werden. Auf Grund des Ausbleibens einer Vielzahl erwarteter Ergebnisse bezüglich der Auswirkungen der Perzeption autoaggressiver Verhaltensweisen auf Handlungsorientierung, emotionale Belastung, Burnout und psychosoziale Belastung von Betreuungspersonen erübrigt sich häufig die Frage nach der Einflussrichtung. Selbst durch die Hereinnahme mehrerer Prädiktoren auf die Kriterien (hier die zurückbeeinflusste Größe) ergaben sich meist keine neuen Zusammenhänge. Als erstes Beispiel einer systemischen Betrachtung werden im folgenden die aussagekräftigsten Befunde, die im Sinne einer direkten oder indirekten Rückkopplung auf das Ausmaß der Autoaggressionen in Betracht kommen, zusammengefasst:

**Tabelle 77** Wirkungen und Rückwirkungen innerhalb des Modells

Variable	moderierende Wirkung oder (Rück-)Wirkung auf	Beta	P
soziale Unterstützung	emotionale Belastung	-.310	.000
Ärger	Ursachenannahme Vermeidung, Provokation	.407	.000
Burnout	emotionale Belastung	.451	.000
Beschwerden	Burnout	.528	.000

Die beiden letzten Variablen BURNOUT und BESCHWERDEN herausgegriffen, bedeutet obiger Beta-Wert, dass Burnout in einer engen gleichsinnigen Beziehung mit psychosomatischen Beschwerden steht und diesem vermutlich vorausgeht, sowie dass Burnout sich in der Folge psychosomatischer Beschwerden verstärkt. Medizinische und psychologische Langzeiterfahrungen bestätigen seit langem eine krankmachende Wirkung (Symptombildung) aufgrund beruflicher Überlastung und Stressoren am Arbeitsplatz (cf. SELYE, 1956). Mitarbeiter, die unter Burnout leiden und psychosomatisch angeschlagen sind, dürften jedoch kaum die Garantie einer optimalen Betreuung sich selbstverletzender geistigbehinderter Personen bieten. Da soziale Unterstützung ein

wesentlicher Faktor der Burnoutprophylaxe darstellt, und ein vertrauensvolles kollegiales Verhältnis am Arbeitsplatz als wichtigster Aspekt dieser Unterstützung genannt wird (siehe Tab. 73), muss sich die Arbeit mit autoaggressiven geistigbehinderten Menschen auch auf der Team- und Leitungsebene engagieren, um ein solches Verhältnis gegebenenfalls zu erhalten oder aufzubauen.

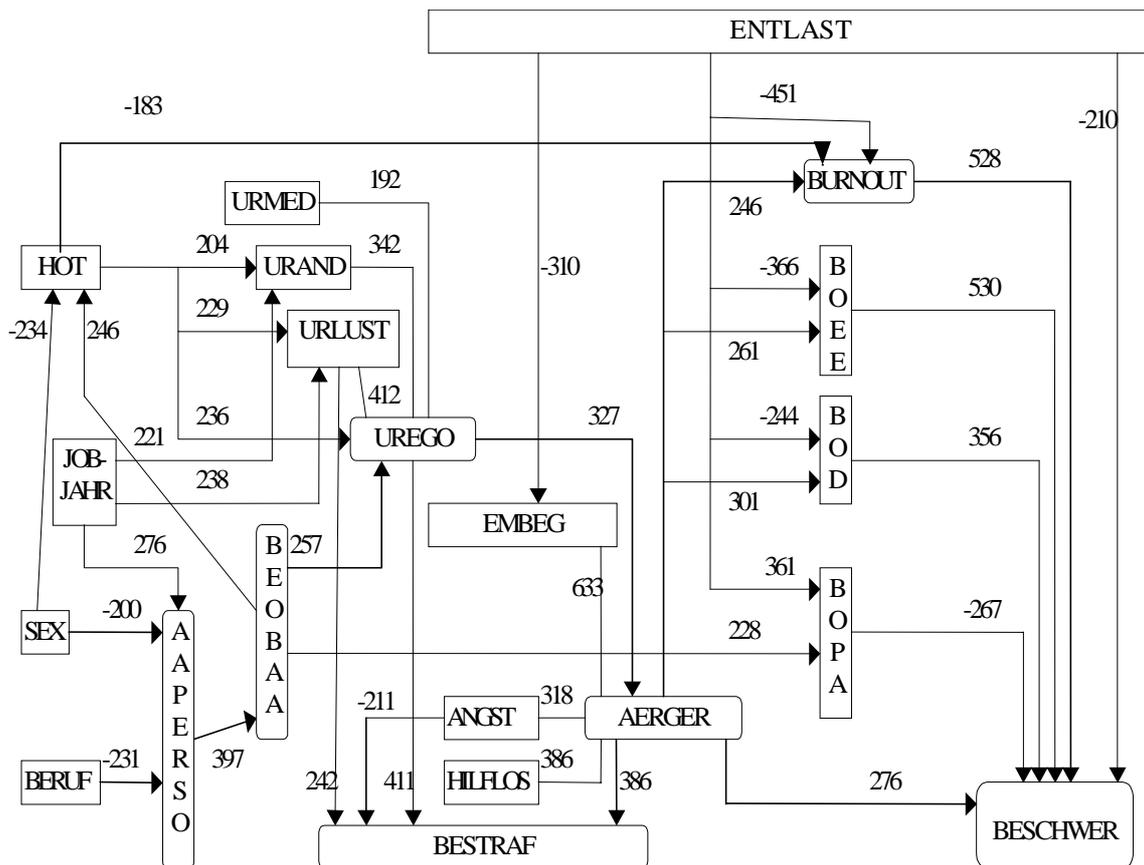
Als zweites Beispiel sei ein Blick auf die enge Verknüpfung von emotionalen Aspekten und Handlungsbereitschaften geworfen: So steht „nicht ruhig bleiben können“ als Ausdruck innerer Erregung (ERREGUNG) mit der Maßnahme des Aufmerksamkeitschenkens (MA14AUA) in positiver Verbindung (Beta=.180, siehe Tabelle 78). Demnach neigen Betreuungspersonen, die weniger gelassen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen umgehen, vermehrt dazu, Aufmerksamkeit und Trost zu spenden, was bei einer lerngeschichtlich verursachten oder aufrechterhaltenen Selbstverletzung bedenklich erscheint. Eventuell drückt sich hier ein Mitleidsempfinden aus, das einer professionellen Reflexion bedarf, um pädagogische Handlungsfreiheit wieder zu erlangen.

**Tabelle 78** Regression Aufmerksamkeitschenken und Bestrafung auf Emotionsaspekte

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SE B	Beta	T	df	SigT
Erregung	MA14AUA Aufmerksamkeit schenken	.18	.0182	.033	.149	.071	.180	2.090	130	.039
		F=4.368 sigF=.0386								
Ärger	Bestrafung	.39	.386	.150	.304	.072	.386	4.252	103	.000
		F=18.081 sigF=.000								
Angst	Bestrafung	-.21	.211	.045	-.179	.082	-.211	-2.180	102	.032
		F=4.754 sigF=.032								

Wie obige Tabelle deutlich macht, besteht auch eine Brücke zwischen bestrafenden Maßnahmen und den Emotionen Ärger und Angst. Mit Bestrafung gehen Ärgergefühle über die Autoaggression einher, während Angst vor Autoaggressionen in den Hintergrund tritt. Drastisch ausgedrückt heißt dies: Wer sich über das selbstverletzende Verhalten von Menschen mit Geistiger Behinderung ärgert, neigt dazu, bestrafend zu reagieren, während Betreuer, die Angst empfinden, eher vor einer Bestrafung Abstand nehmen. Hypothese H11 ist also im Zusammenhang mit der Emotion Ärger beizubehalten und sowohl für Angst als auch für Hilflosigkeit zurückzuweisen. Als theoretische Erklärung für die Tendenz der Bestrafung bei Ärger lassen sich die Ergebnisse der Aggressionsforschung heranziehen, wonach Aggression als geradezu „prototypische“ Ärgerreaktion angesehen wird (cf. WEBER, H. 1992). Sowohl Angst als auch Ärger tragen somit die Gefahr unpassender professioneller Reaktion auf selbstverletzendes Verhalten in sich: Dominiert die Ärgerkomponente, können pädagogische Handlungen zum Deckmantel eigener Aggressionen werden, steht die Angstkomponente im Vordergrund, erscheinen konsequente pädagogische Verhaltensmodifikation-

nen wie Verstärkerentzug oder konfrontative Verfahren kaum durchführbar. In beiden Fällen sollte eine Reflexion der eigenen Handlungsbereitschaft emotionale Anteile klar herausstellen und zu einer der gegebenen Situation angepassten Reaktionsweise führen. Zur Bewältigung der Komplexität der einbezogenen Variablen und Einflussfaktoren gibt ein Pfadmodell die Zusammenhänge verdichtet wieder, wobei auch hier eine gewisse Reduktion der Daten zu Gunsten der Übersichtlichkeit vorgenommen werden musste.



**Abbildung 49** empirisches Pfadmodell<sup>105</sup> der Betroffenheit der Betreuungspersonen durch Autoaggressionen bei Menschen mit Geistiger Behinderung

Wie das Pfadmodell der wesentlichen Variablenbeziehungen zeigt, entwickelt sich die Betroffenheit der Betreuungspersonen in der Realität auf recht verschlungenen Pfaden aus der Konfrontation mit selbstverletzendem Verhalten. Antizipierte Autoaggression führt nicht wie bereits mehrfach dargestellt auf direktem Wege zu Burnout oder psychosomatischen Beschwerden. Entgegen den

<sup>105</sup> Zur Berechnung der Pfadkoeffizienten ( $\beta$ ) wurden jeweils Regressionsanalysen bezüglich der im Vorfeld als relevant identifizierten Summenwerte durchgeführt, wodurch es zu Verschiebungen gegenüber multiplen Gleichungssystemen kommen kann. Auf den jeweils vorausgehenden Dezimalpunkt wurde im Pfadmodell verzichtet. Pfeile in Fettdruck kennzeichnen einen möglichen Pfad der Variablenbeziehungen von biographischen Merkmalen der Betreuungsperson über die Antizipation selbstverletzenden Verhaltens bis hin zu psychosomatischen Beschwerden.

Erwartungen scheint zumindest bei einem Teil der Betreuungspersonen in der Beobachtung selbstverletzenden Verhaltens ein protektives Potenzial zur Aufrechterhaltung der eigenen Leistungsfähigkeit und damit verbunden geringerer psychosomatischer Beschwerden zu liegen. Bei einem anderen Teil der Betreuungspersonen wächst jedoch mit dem Ausmaß der Autoaggression auf der kognitiven Ebene die Attribution des selbstverletzenden Verhaltens als egoistisch (Vermeidung, Provokation), was auf emotionaler Ebene mit Ärger einhergeht. Von Ärger wiederum ergeben sich direkte Bezüge auf der Maßnahmenebene zu bestrafenden Interventionen und zu Burnout sowie zu psychosomatischen Beschwerden. Auch für die Emotionen Hilflosigkeit und Angst lassen sich ähnliche Pfade verfolgen. Diese wurden jedoch aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht im Modell aufgenommen. Die besondere Hervorhebung der Emotion Ärger gründet außerhalb der vorliegenden Fragestellung auch in der hohen Relevanz, die dieser Emotion im Rahmen psychischer und physischer Gesundheit zugesprochen wird. WOLF (1996) spricht von einem „Killergefühl“<sup>106</sup>. Ärger weist unter allen Emotionsdimensionen im Modell die meisten signifikanten Bezüge zu den erhobenen Variablen auf und erzielt den höchsten Mittelwert der drei ausgewählten Emotionen (siehe Kap. 7.5). Angst und Hilflosigkeit stehen in keinem Zusammenhang mit kognitiven Mustern, Hilflosigkeit liefert zudem keine bedeutsame Vorhersage zu Bestrafung. Beide Emotionen münden jedoch ebenfalls in Burnout (Angst: .268; Hilflosigkeit: .262) und psychosomatischen Beschwerden (Angst: .228; Hilflosigkeit: .239).

---

<sup>106</sup> „Ärger ist in den letzten Jahren von Psychologen und Kardiologen als hochgefährliches Gefühl entlarvt worden, und wer sich oft und heftig ärgert, muss mit dem Schlimmsten rechnen - mit einem Herzinfarkt. Häufiger Ärger ist tatsächlich vergleichbar mit täglich in kleinen Dosen verabreichtem Gift - etwa Arsen. Ärger tötet langsam, aber ebenso sicher.“ (WOLF, 1996, p. 20).

*„Zum Schluss unserer Studie bleibt noch eine letzte Fiktion, eine grundsätzliche Täuschung aufzulösen. Alle «Erklärungen», alle Psychologie, alle Versuche des Verstehens bedürfen ja der Hilfsmittel, der Theorien, der Mythologien, der Lügen; und ein anständiger Autor sollte es nicht unterlassen, am Schluss einer Darstellung diese Lügen nach Möglichkeit aufzulösen.“* (Hermann Hesse, Traktat vom Steppenwolf)

## **Zusammenfassung der Ergebnisse**

Geistige Behinderung und selbstverletzendes Verhalten werden in der Praxis miteinander zwar nicht kausal aber statistisch in Verbindung gebracht. Die in der „scientific community“ kursierenden Definitionsmerkmale Geistiger Behinderung sind nicht unumstritten und werden zunehmend in Abhängigkeit zur vorherrschenden Umwelt gesehen. So erlangen an Stellenwert neben intelligenzabhängiger Diagnostik zunehmend soziale Kompetenz und Verhaltensmerkmale sowie die Einbettung in den jeweiligen Kontext aus Umwelthanforderungen und Hilfsangeboten. Innerhalb der Population, die als Geistig Behindert etikettiert wird, bestehen große Unterschiede bezüglich der Vulnerabilität und der Entwicklungspotenziale, was die Entstehung und Aufrechterhaltung selbstverletzenden Verhaltens betrifft.

Trotz eines recht homogenen phänotypischen Musters und Verlaufs der Autoaggressionen existiert eine Vielzahl unterschiedlichster Theorien und Erklärungsmodelle. Ein definitorischer Grundkonsens besteht in der Beschreibung des Verhaltens als extrem reizend oder schädigend für den eigenen Körper. Ob darüber hinaus Verletzungsabsicht, Schädigungsbewusstsein, Schmerzempfindung, Kontrollverlust oder stereotyper Charakter etc. als zusätzliche Bestimmungsmerkmale herangezogen werden, hängt von der jeweiligen Position ab.

In medizinischen Modellen wird Autoaggression als genetisch-physiologisch determiniert betrachtet. Autoaggressionen ließen sich beispielsweise als verhaltensphänotypische Begleiterscheinungen des LESH-NYHAN-Syndroms oder als Störungen des Neurotransmitterhaushaltes auffassen. Psychodynamische Theorien sehen individuell frühe Traumatisierungen, Störungen der Entwicklung des Körperschemas oder eine mangelnde Kommunikationskompetenz als Quelle der Autoaggression an. Ähnlich beschreiben entwicklungspsychologische Konzepte Selbstverletzungen als Manifestationen einer bestimmten Entwicklungsphase bzw. einer frühen Entwicklungsstörung. Diese können auf der Seite des Individuums in Form hirnorganischer Defekte oder auf der Umweltseite in Form eines mangelnden Stimulationsangebotes liegen. Auf lerntheoretischer Basis werden klassische und operante Verstärkerprozesse für das Ausmaß selbstverletzenden Verhaltens verantwortlich gemacht, wobei in unterschiedlichem Ausmaß zusätzlich kognitive Variablen mit einbezogen werden. Das Vermeiden einer unangenehmen Situation oder die Erlangung eines positiven

Verstärkers münden je nach vorliegender Bedürfnislage und Frustrationstoleranz in selbstverletzendem Verhalten. Systemische und mehrfaktorielle Ansätze verzichten auf den Anspruch einer monokausalen Erklärung und gehen von verschiedenen Analyseebenen aus. Umwelt und Individuum, vorausgehende und aktuelle Faktoren werden gleichzeitig betrachtet.

Vor dem Hintergrund der Theorienvielfalt wird ein ethisch begründetes Konzept zur Auswahl und Reihenfolge möglicher Interventionen bei Autoaggressionen gefordert. Die Leitfrage ist hierbei nicht, wie kann das selbstverletzende Verhalten am besten unterdrückt werden, sondern welche Lebensbedingungen will oder braucht die Person mit Geistiger Behinderung um sich sozial verträglich entfalten zu können. Das Recht des Menschen auf Selbstbestimmung kann hier auch bedeuten, die Autoaggression zuzulassen, solange dem nicht Gründe der Selbst- oder Fremdgefährdung entgegen stehen.

Anliegen des empirischen Teils der Arbeit war zu klären, wie Betreuungspersonen im Kontakt mit Autoaggressionen von Menschen mit Geistiger Behinderung reagieren. Zunächst muss festgestellt werden, dass hauptsächlich Frauen, gering qualifizierte und handlungsorientierte Betreuungspersonen selbstverletzende Verhaltensweisen bei Menschen mit Geistiger Behinderung beobachten. Fast 2/3 aller Befragungsteilnehmer sind weiblich. Je höher die berufliche Ausbildung und je geringer die Handlungsorientierung, desto weniger autoaggressive Personen werden betreut.

Auf der kognitiven Ebene stehen bei Betreuungspersonen Provokation, Vermeidung und Verweigerung als angenommene Ursache des selbstverletzenden Verhaltens im Vordergrund. Danach kommen medizinisch orientierte Erklärungen. Die soziale Umwelt oder angenehme Erlebensweisen werden eher selten als ursächlich angenommen.

Bezüglich der emotionalen Belastung stehen neben einer generellen Erregung primär Ärger, gefolgt von Angst und Hilflosigkeit, im Vordergrund. Die emotionalen Reaktionsmuster erscheinen jedoch unabhängig vom erlebten Ausmaß der Autoaggression, nicht jedoch von der angenommenen Ursache der Autoaggressionen. Auch herrschen differentielle Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Bezugspersonen vor, die sich nicht linear mit dem Ausmaß der Autoaggression abbilden lassen. Vielmehr scheint ein kurvenförmiger Zusammenhang zu bestehen. Die emotionalen Belastungen wie auch Burnout und psychosomatische Beschwerden setzen noch vor oder unmittelbar bei Beginn der Konfrontation mit Autoaggressionen ein (Schockphase), nehmen dann jedoch stetig mit dem Ausmaß der Autoaggression ab (Gewöhnungsphase), um schließlich bei einer weiteren Steigerung der Autoaggression wieder zuzunehmen (Erschöpfungsphase). Ein mehrmaliges Durchlaufen der Belastungsphase und Gewöhnungsphase scheint evident. Ärger über selbstverletzendes Verhalten entsteht besonders bei einer Ursachenannahme, die auf Vermeidung, Verweigerung und Provokation hindeutet.

Bezüglich den eingesetzten Interventionen hat sich eine generelle Tendenz zu bestrafenden Maßnahmen nicht bestätigt. Als häufigste und auch erfolgreichste Intervention wird das Herstellen eines pädagogischen Konsens gesehen, gefolgt von Ablenken. Innerhalb des obersten Drittels der häufigsten Maßnahmen befinden sich außer verbaler Zurechtweisung keine eindeutig unterbindenden Interventionen. Verursachungsannahme und Intervention lassen nicht immer einen nachvollziehbaren Zusammenhang erkennen. Ein gewisser Interventionismus kann nicht ausgeschlossen werden. Auf bestrafende Maßnahmen wird nur dann vermehrt zurückgegriffen, wenn die Selbstverletzung als Vermeidung, Verweigerung und Provokation oder als Ausdruck der Lebensqualität angesehen wird.

Das Ausbrennen im Beruf läßt sich an Hand der vorliegenden Daten nicht als unmittelbare Folge antizipierter Autoaggression nachweisen. Das allgemeine Burnoutmaß liegt innerhalb des Normalbereichs. Eine Extremgruppe mit hohem Burnout erlebt nicht mehr Autoaggressionen als die Gesamtgruppe. Die Einschätzung der eigenen Leistungsbereitschaft steht gar im positiven Verhältnis zur Häufigkeit der Beobachtung von Autoaggressionen. Es gelingt augenscheinlich einigen Betreuungspersonen im Umgang mit Selbstverletzungen bei Menschen mit Geistiger Behinderung sich als kompetent und erfolgreich zu erleben. Betreuungspersonen, die mit Ärger auf Autoaggression reagieren, berichten hingegen über höhere Burnoutwerte.

Zwischen psychosomatischen Beschwerden und antizipierter Autoaggression vermitteln Ursachennattribution (Vermeidung, Verweigerung, Provokation) und emotionale Reaktion (Ärger) sowie Burnout. Ein direkter Bezug besteht augenscheinlich nicht. Bezüglich des Stichprobenmittelwertes liegt keine klinisch auffällige psychosomatische Belastung vor. Auch eine nach Geschlecht getrennte Betrachtung ergibt keine signifikanten Befunde. Über weitreichende soziale Entlastungsfaktoren verfügen die meisten Betreuungspersonen. Entlastungsfaktoren moderieren sowohl die emotionale Belastung als auch Burnout und psychosomatische Beschwerden, stehen aber selbst nicht zu bestimmten soziodemographischen Merkmalen in Bezug.

Insgesamt bedürfen die Ergebnisse jedoch vor dem Hintergrund der nur mittleren Stichprobengröße und den Einschränkungen der Messgenauigkeit einzelner Skalen weiterer empirischer Untersuchungen.

„Aber hier, wie überhaupt, kommt es anders, als man glaubt.“ (Wilhelm Busch: Plisch und Plum)

## Ableitungen für die Praxis

Als Generalkonklusion aus der Durchsicht der Literatur selbstverletzenden Verhaltens und Autoaggression und der vorliegenden empirischen Ergebnisse der emotionalen Betroffenheit der Betreuungspersonen ist festzuhalten, dass alles, was immer auch vorgeschlagen wird einer individuellen und auf das jeweilige Umfeld angepassten Differenzierung bedarf. Die primäre Intervention zur Prävention und zum Abbau emotionaler Belastungen, Burnoutphänomenen und psychosomatischen Beschwerden liegt in der erzieherisch erwirkten Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens. Autoaggression und Selbstverletzung sind bezüglich ihrer Ursache, aufrechterhaltenden Bedingungen und Funktionen jedoch äußerst heterogen. Die Komplexität wird noch dadurch gesteigert, dass die Gruppe, bei der selbstverletzende Verhaltensweisen vermehrt beobachtet werden, nämlich Menschen mit Geistiger Behinderung und autistischer Symptomatik, ebenfalls recht heterogen ist und sich mit zunehmender Behinderungsschwere unserem „normalen“ Verstehen und kommunikativem Zugang entzieht.

Auch die Betreuungspersonen stellen kein homogenes Kollektiv dar, sondern variieren in ihrer theoretischen Ausbildung, psychischen Verarbeitungs- und Handlungsbereitschaft, um nur einige Variablen zu nennen, die wie beschrieben im Zusammenhang mit selbstverletzenden Verhalten von Bedeutung sind. Schließlich bestimmt das institutionelle und soziale Umfeld, in dem selbstverletzendes Verhalten stattfindet, mit, welche Maßnahmen „undenkbar“ oder „undurchführbar“ sind.

Die folgenden Empfehlungen für den Umgang mit selbstverletzendem Verhalten und Autoaggression verstehen sich daher als ein *Gesamt möglicher Herangehensweisen*, aus dem ein individueller Strauß passender Maßnahmen ausgewählt werden kann. Sie beruhen auf den Arbeiten von Praktikern wie ELBING, KLEEMANN und ROHMANN und eigener mehrjähriger Tätigkeit in einem Heim für behinderte Menschen. Den Betreuungspersonen bleibt der mühevollen und mitunter langjährige Weg, die geeigneten Maßnahmen zu finden und jeweils neu anzupassen, nicht erspart. Doch selbst bei einer ausdauernden Suche mag die verzweifelt anmutende Verbissenheit, mit der manche Menschen an ihren selbstverletzenden Verhaltensweisen festhalten, neben „chemischer Keule“ und „leinerer Fixierung“ in der gegebenen Situation keine andere Intervention als erfolgreich erscheinen lassen. Diese Überlegungen im Vorhinein klar herauszustellen soll nun nicht in einen agogischen Nihilismus führen, sondern den Betreuungspersonen als Schutz vor Selbstüberforderung und unrealistischen Allmachtsfantasien dienen, um die Gefahr des Umkippens in depressives Resignieren und Ausbrennen in der Auseinandersetzung mit selbstverletzendem Verhalten zu verringern.

Schließlich sei noch auf ein weiteres Phänomen aufmerksam gemacht, das bisher eher im Rahmen der Familientherapie beschrieben wurde, aber auch in Betreuungsgruppen bisweilen zu beobachten ist. Hier wie dort kann das Problemverhalten des „Indexklienten“ eine wichtige Funktion für die Betreuungspersonen erfüllen. Solange das Problem besteht, existiert ein gemeinsames Ziel, eine gemeinsame Aufgabe, die eventuell latent vorhandene Konflikte minimiert und für die Konstitution der eigenen Identität eine wesentlich Rolle spielt. Solche Konstellationen sind nicht von der Gruppe selbst zu lösen und bedürfen einer intensiven Supervision.

## **1.28 Am Anfang steht das Team**

Wie sich aus der empirischen Befragung ergibt, sehen die Betreuungspersonen die Herstellung einer gemeinsamen pädagogischen Handlungsweise im Team als wichtigste Intervention bei selbstverletzendem Verhalten und Autoaggression an. Primär für Erfolg oder Misserfolg wird also die Zusammenarbeit auf der Teamebene angesehen. Die Betreuungspersonen befinden sich damit in Einklang mit den Forderungen verschiedener Autoren wie z.B. MÜHL et al. (1996), die ein vorgeschaltetes Mitarbeitertraining als bindend erachten. Dieses Training kann auch parallel zum aufzubauenden pädagogischen Programm stattfinden, was den Vorteil hat, dass dann der Praxisbezug allen unmittelbar klar wird. An diesem Programm sollten alle Betreuungspersonen teilnehmen, die in Kontakt mit der sich selbstverletzenden Person stehen. Eventuell sind auch die Heimleitung oder leitende Mitarbeiter zumindest partiell einzubeziehen, um Transparenz und notwendige Zustimmungen zu gewährleisten. Schließlich müssen auch strukturellen Voraussetzungen (z.B. räumliche Gegebenheiten, Betreuungsschlüssel, keine permanente Arbeitsüberlastung) gegeben sein.

Die Fruchtbarkeit des geforderten Mitarbeitertrainings hängt nun seinerseits davon ab, inwieweit es gelingt, in dieser Konstellation ein vertrauensvolles und kollegiales Klima zu realisieren, in dem externe Beratung und Supervision nicht als Bedrohung oder als herabwürdigende Belehrung empfunden werden. Ein gut organisiertes „reflecting team“ mag sogar ohne externe Hilfe auskommen, solange die Problemkonstellation noch mittels der im Team vorhandenen personalen Ressourcen bearbeitet werden kann, und ein Kommunikationsstil vorherrscht, der diese Kompetenzen auch entfalten lässt, d.h. „ein vertrauensvolles Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten“ besteht (siehe Kap. 7.9).

Da im Habitat der institutionalisierten Praxis nicht davon ausgegangen werden darf, dass eine ausreichende (sonder-)pädagogische Ausbildung aller beteiligten Mitarbeiter vorliegt, sollte eine Einführung zu übergeordneten Prinzipien in der Arbeit bei geistigbehinderten Menschen wie z.B. Relativität Geistiger Behinderung, Normalisierung und Menschenbild sowie ethische Betrachtungen pädagogischer Verhaltensmodifikation gegebenenfalls angeboten werden. Anschließend stehen

Überlegungen zur systemischen Betrachtung der Autoaggression und selbstverletzenden Verhaltens im Vordergrund (wesentliche Desiderate dieser Herangehensweise gegenüber traditionellen Konzepten finden sich in Kap. 5.4.3).

So ist zuvorderst die Frage zu klären, ob das selbstverletzende Verhalten denn überhaupt einen Anlass zu pädagogischer Intervention darstelle. Dies provoziert natürlich im Angesicht schwerster Autoaggressionen wie Schlagen mit dem Kopf an Wände und Mauern meist Irritationen und Unverständnis, kann aber auch unterschiedliche Meinungen innerhalb der Betreuungsgruppe bezüglich medizinischer, psychologischer und pädagogischer Verantwortungsbereiche offenlegen. So mag bei der ein oder anderen Betreuungsperson die Ansicht bestehen, dass das vorliegende selbstverletzende Verhalten nur noch medikamentös zu behandeln sei, da erzieherisch schon alles versucht wurde. Berufserfahrene und vermeintlich „hartgesottene“ Kollegen argumentieren eventuell gegen eine pädagogische Intervention mit dem Argument, dass die betreffende autoaggressive Person nicht noch mehr Aufmerksamkeit bekommen solle, während andere immer mehr in den Hintergrund gedrückt würden. Beide Positionen besitzen durchaus eine Berechtigung und dürfen nicht übergangen werden.

Meist entwickelt sich ein Konsens über das prinzipielle pädagogische Vorgehen, wenn einmal losgelöst von der aktuellen Problematik Verhalten als Funktion innerer und äußerer Faktoren dargestellt wird:

$V = f(\text{Umwelt} * \text{Organismus [LEWIN zugeschrieben]})$ . In einem Schritt weiter wird die Ausformung eines Verhaltens als ABC Model betrachtet (ABC:= Antecedens \* Behaviour \* Control) und schließlich mit dem SORKC-Schema (Stimulus -> Organismus-> Reaktion -> Konsequenz -> Contingenz) schon ein recht komplexes Modell menschlichen Verhaltens vorgelegt. Ziel dieser Darstellungen ist es, Verhalten und somit auch selbstverletzendes Verhalten als ein Zusammenspiel von Individuum und Umwelt, Vergangenheit, Gegenwart und antizipierter bzw. nicht antizipierter Zukunft zu begreifen, um spezifische Ansatzpunkte pädagogischer Arbeit zu finden.

Entwickelt sich kein gemeinsames Handlungskonzept oder nur ein halbherziges „Ja-aber“, sollte externe Supervision realisiert werden. Mittels professionell begleiteter Verfahren wie Rollenspiel, Skulptur-Techniken und gruppenspezifischer Übungen sowie Videoprotokollen lassen sich meist gegenseitige Blockierungen aufzeigen und aus dem Weg räumen (cf. ROHMANN & ELBING, 1998).

Konnte eine Übereinstimmung erzielt werden, so besteht der nächste Schritt darin, die anstehenden Aufgaben zu bestimmen und zu verteilen. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass eine schriftliche Fixierung der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche hilfreich ist, um die Kontinuität der beschlossenen Maßnahmen zu sichern und den gewählten Ablauf zu gewährleisten. Bei der Zuordnung der Aufgabenfelder können auch im Team vorhandene Präferenzen, Vorlieben oder Schwächen Berücksichtigung finden, sofern die getroffene Verteilung der ersten Aufgabenbereiche von allen mitgetragen wird.

## 1.29 Phase der Informationssammlung und Auswertung

Spontan und eher unsystematisch zusammengetragene Beobachtungen während der ersten Phase zu Vorläuferbedingungen (antecedens) des selbstverletzenden Verhaltens, Spekulationen über vermutete organische Störungen und Hypothesen über falsche Handlungskonsequenzen zeigen schnell die Notwendigkeit einer systematischen Verhaltensanalyse auf. Womit die nun anstehende Aufgabe benannt ist.

Die systematische Beobachtung ermöglicht es, das Erscheinungsbild des selbstverletzenden Verhaltens genau zu beschreiben. Wesentlich ist die Erfassung dreier Bereiche: das selbstverletzende Verhalten, die sich selbstverletzende Person und die Situation. Dazu können Fragen, je nach Vorerfahrung des Teams, vorgegeben oder aber vom Team selbst formuliert werden:

### zum Verhalten:

Wie äußert sich das selbstverletzende Verhalten (Kratzen, Beißen, Schlagen, mit den Händen, Fäusten, mit dem Kopf, etc.)? Wie heftig, wie oft pro Zeiteinheit (Minute, Stunde, Tag, Woche, Monat) zeigt die Person Selbstverletzungen? Wie lange dauert das Verhalten (ohne Intervention falls möglich)?

### zur Person:

Was tat die Person unmittelbar zuvor? Welche Stimmung, Erregung, Gefühle herrschen bei ihr vermutlich vor? Wodurch lässt sich das Verhalten auslösen, verschlimmern? Was will die Person mit ihrem Verhalten? Wo liegen Kompetenzen und Stärken der Person?

### zur Situation:

In welchen Situationen (beim Essen, bei einer Anforderung, beim Alleinsein etc.) tritt das Verhalten auf, wann nicht? Was sind typische Vorläufer? Was war vorher in der Situation? Welche Personen waren zugegen?

Die Frage nach bestimmten Betreuungspersonen, die häufiger autoaggressive Verhalten beobachten als andere, bedarf gelegentlich einer kurzen Einleitung, um deutlich zu machen, dass es keinesfalls um einseitige Schuldzuweisungen geht. Vielmehr steht bei allen Fragen die Klärung möglicher Ursachen, Auslöser, aufrechterhaltender Bedingungen und Funktionen des Verhaltens im Vordergrund. Hierbei können gerade hochgradig betroffene Betreuungspersonen einen wesentlichen Beitrag leisten. Schließlich können biographische Daten ergänzen, ob das Verhalten früher einmal eine durchaus sinnvolle und erfolgreiche Strategie darstellte.

Stehen die als wesentlich erachteten Fragen fest, werden diese schriftlich zu einem Beobachtungsbogen zusammengefasst. Die nun anstehende Aufgabe besteht darin, über einen definierten Zeitraum hinweg keine neuen Interventionen einzuführen, sondern alles so zu handhaben wie bisher. Je nachdem inwieweit die selbstverletzenden Handlungen es zulassen kann dieser Beobachtungszeitraum wenige Tage, eine bis vier Wochen oder auch länger betragen. Sinn dieser Wartezeit ist es, genauere Daten zu erhalten, um geeignete Interventionen auszuwählen und eine Grundrate („baseline“) zu ermitteln, auf die zur Beurteilung des Maßnahmen Erfolgs zurückgegriffen werden kann.

Innerhalb einer festgesetzten Frist wird die gesamte Lebenssituation der sich selbstverletzenden Person, ihre Tagesstruktur, ihre soziale und physische Umwelt sowie ihre kognitive, motorische und soziale Kompetenz zu erfassen versucht. Auch biographische Daten, aktuelle wie frühere psychologische und medizinische Berichte werden miteinbezogen.

Liegen nun alle Daten vor, werden sie danach ausgewertet, ob bestimmte physische oder soziale Umweltbedingungen (siehe Kap. 5.4.3.3) das Auftreten des selbstverletzenden Verhaltens begünstigen, ob wiederkehrende Situationen zu erkennen sind, ob die Lebens-, Lern-, Arbeits-, und Therapiebedingungen menschenwürdig sind, ob sie eine Persönlichkeitsentwicklung im Sinne JANTZEN's (siehe Kap. 5.4.3.1) zulassen, ob die vorgefundene Situation den Standards eines optimalen Lebensumfeldes für Personen mit Geistiger Behinderung im vorliegenden Fall entspricht. Werden Diskrepanzen festgestellt, so gilt es unter den gegebenen strukturellen, finanziellen und personellen Umständen diese weitestgehend zu minimieren.

In der Praxis ergibt sich häufig ein Dissens betreffend der optimalen Umweltgestaltung, je nachdem ob ein eher medizinisch-pflegerisches oder ein eher pädagogisch-psychologisches Verständnis der Arbeit vorherrscht. In der Regel brauchen sich selbstverletzende Menschen beides: Pflege und Förderung. Schwierig ist es aber das optimale Mischungsverhältnis zu finden, versteckt sich doch hinter der Pflege bisweilen auch Fremdhilfe, Bevormundung und Überbehütung, während Förderung auch eine Überpädagogisierung des Alltags, ein dauernder Kampf um Verhaltensmodifikation mit Gummibärchen und Schimpfen bedeuten kann. Um zu beurteilen, wieviel Pflege nötig und wieviel Förderung sinnvoll ist, bedarf es verlässlicher Angaben über die Bedürfnisse und Kompetenzen der betreffenden Person. Ein mögliches Missverhältnis zwischen Pflege und Pädagogik kann selbstverletzendes Verhalten anzeigen.

### **1.29.1 Erfassung der Kompetenzen und Entwicklungspotenziale**

Welche Maßnahmen erfolgversprechend eingesetzt werden können hängt natürlich auch von der Veränderungskompetenz und dem Stand der Entwicklung der betroffenen Person ab. So ist zu klären, ob eine Einsichtsfähigkeit bezüglich der Problematik des Selbstverletzenden Verhaltens besteht, d.h. ob davon ausgegangen werden kann, dass die Person ihr Verhalten als belastend, schädlich oder sozial unangepasst erlebt (siehe Kap. 3). Dies dürfte in den wenigsten Fällen selbstverletzenden Verhaltens bei Menschen mit Geistiger Behinderung der Fall sein, ist aber gerade bei leichteren Formen durchaus möglich und erschließt dadurch eher klassisch psychotherapeutische Zugänge, zumal wenn ausreichende Verbalisationsfähigkeit vorhanden ist. Bei schwereren Formen Geistiger Behinderung ist zu fragen, ob Lob und Tadel (Lautstärke, Tonfall, Gestik) in der intendierten Form verstanden werden. Um ein Verstärkerprogramm zu initiieren, benötigt man Anga-

ben darüber, was für die Person ein Verstärker (positiv wie negativ) darstellt, was als positiv, angenehm erlebt wird, was als unangenehm aversiv erlebt wird. Wenn eine bestimmte Funktion der Selbstverletzung als wesentlich erachtet wird (z.B. Kommunikation), so ist zu untersuchen, welche anderen Fähigkeiten der Person (kommunikativ) eingesetzt werden können. Wenn (sensorische oder psycho-motorische) Deprivation hinter der Autoaggression steht, ist zu fragen, welche Alternativen die Verfassung der Person zulässt? Werden emotionale Elemente (einschießende Wut, aufkommende Angst, das Gefühl der Orientierungslosigkeit oder heftige Trauer) als auslösende Faktoren angenommen, so gilt es entsprechend emotional zu entlasten oder alternative Möglichkeiten der emotionalen Ausdrucksgewohnheiten einzuüben. Schließlich sollte generell ein positives Ziel über die Verringerung der selbstverletzenden Verhaltensweisen hinaus formuliert werden.

### **1.29.2 Bisheriger Lösungsversuche**

Die Informationssammlung sollte nicht ohne einen Überblick zu den bisher (erfolglos?) eingesetzten Maßnahmen abgeschlossen werden. Erfahrungsgemäß sind Informationen zu früheren Lösungsversuchen meist mit einem hohen Unsicherheitsfaktor behaftet, beschränken sich auf episodenhafte Berichte und sind stark vom weiteren Entwicklungsgang her gefärbt. Dennoch lohnt die Betrachtung folgender Fragen:

Was wurde schon alles versucht?

Wie sahen diese früheren Lösungsversuche konkret aus?

Wer war daran beteiligt?

Wie lange wurden die Maßnahmen durchgehalten und gegebenenfalls warum wurden die Maßnahmen beendet?

Zu welchen Ergebnissen führten die damaligen Versuche?

Welche Gründe für den (kurzfristigen?) Erfolg oder Misserfolg lassen sich finden?

Gab es „Nebenwirkungen“ und wenn ja, in welchem Ausmaß?

Was sollte aus heutiger Sicht anders gemacht werden?

Ziel der Erfragung früherer Lösungsversuche ist es, einmal die bereits vorhandenen Erfahrungen zu nutzen und zum andern, berechtigtes müdes Lächeln und Abwinken mit der Bemerkung „alles schon probiert“ bei vermeintlich neuen und revolutionären Vorschlägen zu vermeiden. Die Besprechung kann aber auch einerseits zeigen, dass eben doch noch nicht alles versucht wurde oder andererseits mag diese Besprechung die Strategie des „Mehr des Gleichen“ z.B. im Sinne schärferer Sanktionierung, höherer Medikation oder intensiverer Fixierung als unfruchtbar entlarven, da sich kaum vertretbare Argumente finden lassen, weshalb unter diesen Bedingungen längerfristiger Erfolg zu erwarten sei.

### 1.29.3 Analyse der Ursachen und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens

Welche Deutungen, Theorien, Ursachenannahmen und Funktionen bezüglich des selbstverletzenden Verhaltens in der Betreuungsgruppe bestehen, hat für die spätere Auswahl der Maßnahmen wesentliche Bedeutung. Es gilt daher sich dieser Vorannahmen bewusst zu werden und gezielt auch gegenteilige Informationen zu sammeln (siehe Kap.7.4):

Liegt eine Lernerfahrung vor, in dem Sinne, dass das selbstverletzende Verhalten positive Konsequenzen nach sich zieht z.B. Fallenlassen einer Aufforderung, Gewinn an Zuwendung und Aufmerksamkeit etc. ?

Liegt ein medizinisches Problem vor z.B. Mittelohrentzündung, eine genetische Erkrankung mit häufigen Selbstverletzungen (z.B. LESCH-NYHAN) ?

Liegt eine Provokation vor? Wer soll provoziert werden, weshalb?

Handelt es sich um unpassende Aufmerksamkeits- oder Kontaktsuche?

Sind es besondere emotionale Zustände, die in Selbstverletzungen münden? z.B. Traurigkeit, Depression, Scham, Angst, Bedrohungsgefühl, Überforderung, Grundgereiztheit etc.

Könnten Schlafmangel, Langeweile, Hunger, Durst oder Schmerzen Selbstverletzungen auslösen?

Liegt das Verhalten in der Kontrolle der Person?

Entsteht das selbstverletzende Verhalten ohne ersichtliche Ursache?

Kündigen Selbstverletzungen epileptische Anfälle an?

Handelt es sich um eine (paradoxe) Reaktion auf ein Medikament?

Welche Funktion erfüllt das Verhalten? Verbindet die Person einen Zweck damit?

Dient die Autoaggression der Selbststimulation?

Will die Person sich (aus welchen Gründen auch immer) selbst strafen?

Versucht die Person mittels Selbstverletzung zu kommunizieren, z.B. „nein“ zu sagen?

MÜHL et al. 1996 unterscheiden innerhalb ihres Behandlungsplans vier Ätiologien Selbstverletzenden Verhaltens:

- 1.) Selbststimulation
- 2.) organische Ursache
- 3.) Vermeidungsverhalten
- 4.) positiv verstärktes selbstverletzendes Verhalten

und bieten zu jeder Form ein methodisches Vorgehen an. Erschwert wird jedoch die Zuordnung und damit nachfolgend die Methodenauswahl dadurch, dass häufig mehrere Faktoren zusammenwirken. Eine wissenschaftlich exakte Absicherung ist in der Praxis weder möglich noch nötig. Statt sich in spekulativen Theorien zu verirren, genügt häufig ein pragmatischer und plausibler Ansatz bezüglich der vermuteten Ursachen, Funktionen und Auslöser, zumal einige Verfahren, wie z.B. differentielle Verstärkung (D.R.) von MÜHL bei jeder Form empfohlen werden. Problematisch wird es, wenn konträre Annahmen sich gegenüberstehen: z.B. Überforderung versus Unterforderung, Provokation versus Unkontrollierbarkeit. Hier mag eine zeitliche und situative Differenzierung zur Auflösung der Widersprüche führen. Die Aufgabe der Betreuungspersonen kreist letztendlich darum, Situationen so zu gestalten, dass die zu betreuende Person auf selbstverletzendes Verhalten immer mehr verzichten lernt.

### 1.30 Maßnahmenvorschläge

Generell werden sechs Handlungsbereiche unterschieden, die sukzessive oder auch parallel bearbeitet werden können.

- 1.) positive Umwertung des Verhaltens
- 2.) Veränderung und Umgestaltung der Umwelt
- 3.) pädagogische Verhaltensmodifikation
- 4.) psychotherapeutische Konzepte
- 5.) Fixierungen
- 6.) medikamentöse Behandlung

Welches Vorgehen ausgewählt wird, hängt direkt von der Auswertung der vorausgegangenen Beobachtungen ab. Insbesondere die Beantwortung der Frage nach den Ursachen, Funktionen und Auslösern des selbstverletzenden Verhaltens liefert wesentliche Entscheidungshilfen

#### 1.30.1 Positive Umwertung des Verhaltens:

Hierzu ein kleiner Exkurs: Wie mittlerweile sicherlich bekannt ist, schadet Rauchen der Gesundheit, aber wer käme auf die Idee ‚Raucher mit Medikamenten ruhigzustellen, ihnen Manschetten anzulegen oder sie gegen ihren Willen pädagogisch oder therapeutisch zu behandeln. Natürlich kann dieses Bild nur partiell auf die Situation sich selbstverletzender Menschen übertragen werden. Es genügt aber, um aufzuzeigen, dass nicht jede Selbstverletzung „geahndet“ werden muss, dass Autoaggressionen Spannungen abbauen können ähnlich wie man es dem Rauchen nachsagt. Vielleicht erinnern sich noch einige Leser an die berühmte Sequenz „Wer wird denn gleich in die Luft gehen“, die Dank des Rauchens sich wie von selbst bereinigte. Umwertung kann hier also bedeuten: Autoaggression stellt eine Verhaltenseigentümlichkeit der Person dar, die zu deren Lebensqualität beiträgt (siehe Kap. 7.4). Nimmt man sie ihr weg, so wird die Person vermutlich Widerstand zeigen. Ein sich aufschaukelnder Prozess an Aktion und Reaktion folgt.

Umwertung kann auch bedeuten, dass die Person mit ihrem selbstverletzenden Verhalten die gewohnte Struktur der Gruppe mit aufrecht erhält, interne Konflikte klein hält und damit im Sinne H.E. RICHTER's (1969) zum Mittelpunkt des Teams wird. Hört das selbstverletzende Verhalten auf, besteht die Gefahr, dass die Teamstrukturen zerfallen. In dem Maße wie eine solche Konstellation von den Betreuungspersonen erkannt wird, verringert sich womöglich das selbstverletzende Verhalten in nicht unerheblichem Maße.

Umwerten kann auch bedeuten, dass aus dem provozierenden Gebaren, dem Erpressungsversuch oder der selbstschädigenden Nötigung und Ruhestörung in den Augen der Betreuungspersonen

eine kommunikative Handlung wird. Vor dem Hintergrund der vorhandenen kognitiven und psychischen Fertigkeiten teilt die behinderte Person sich und ihrer Umwelt in Form von Selbstschädigung mit. Können diese Botschaften verstanden werden und kann entsprechend gehandelt werden, besteht die Chance, dass die Selbstverletzung auf ein symbolisches Maß herabfällt oder ganz verschwindet, wenn alternative Kommunikationsmöglichkeiten an deren Stelle treten.

Das Ziel derlei Umdeutungen besteht darin, den oftmals stark ausgeprägten (vorschnellen) pädagogischen Handlungsimpuls bei einigen Betreuungspersonen zu bremsen, eingefahrene Wege fruchtloser Sanktionierung zu verlassen und wieder mehr pädagogische Handlungsfreiheit zuzulassen. Nicht zuletzt verringern positive Umdeutungen auch das Risiko des Burnout und psychosomatischer Beschwerden (siehe Kapitel 7.7). Natürlich hat diese Sichtweise auch eine direkte Intervention erforderliche Gegenseite, spätestens dann, wenn es um akute, schwerste Selbstgefährdung bis hin zu irreversiblen Organschäden und Todesfällen kommen kann.

### **1.30.2 Veränderung und Umgestaltung der Umwelt**

Veränderungen der Umwelt können sich auf scheinbar banale aber hoch stressevozierende Situationsmerkmale beziehen. Das nervöse Flackern einer defekten Neonröhre, das Hochdrehen einer Waschmaschine im Nebenraum beim Schleudern, der Lärm durch vorbeifahrende Autos oder Bauarbeiten in der Nähe, unregelmäßiges Tropfen eines Wasserhahnes, das schrille Klingeln eines Telefons usw. all das kann nicht nur im Zusammenhang mit Autismus oder Geistiger Behinderung unerträglich werden. Aber auch eine hohe Anzahl von Personen im Raum, ein Gewirr von Stimmen, Geräuschen, Bewegungen und Gerüchen stellen bisweilen Stressfaktoren da. Die in der Literatur immer wieder geforderte Verkleinerung der durchschnittlichen Gruppengrößen auf 5 bis 7 Personen bleibt in der Praxis oftmals in unerreichbarer Ferne. Hinzu kommen personelle Engpässe nicht nur zu Urlaubszeiten, so dass Gruppen noch zusätzlich zusammengelegt werden müssen. Sofern möglich bringt hier die Schaffung von zumindest optisch abgetrennten Rückzugsnischen etwas Erleichterung. Ansonsten ist die Leitungsebene und auch der Gesetzgeber gefragt, unhaltbare Zustände schnellstmöglich zu beenden.

Es ist selbst für berufserfahrene Mitarbeiter immer wieder verblüffend, wie sich auch schwerstbehinderte Personen mit massiven Verhaltensstörungen in einem Kontext außerhalb der institutionellen Mauern „friedlich“ und „problemlos“ zeigen können. Wenngleich auch das Gegenteil bisweilen vorkommt, bleiben „Verhaltenskrisen“ meist auf intramurale Orte begrenzt. Neuen Mitarbeitern fällt es am Anfang ihrer Tätigkeit häufig schwer, berichtete exzessive Verhaltensweisen zu glauben, da die betreffende Person bei ihnen doch so „ruhig“ ist. Eine Person wird wegen extremer Selbst- und Fremdgefährdung in die Psychiatrie eingewiesen und verhält sich dort über

Wochen „ganz normal“, ohne irgendeine zusätzliche medikamentöse Behandlung oder Psychotherapie. All die Beispiele zeigen, wie erfolgreich allein der Wechsel des Lebensortes oder Veränderungen innerhalb des Lebensumfeldes sein können. Diese Erkenntnis kann im kleinen wie im großen Rahmen nutzbar gemacht werden. Im kleinen Rahmen heißt z.B. den gewohnten Sitzplatz zu verändern, Bilder und Wandschmuck gelegentlich auszuwechseln. Eine „gesunde Mischung aus altem und neuem Personal“ zu realisieren, wiederkehrendes Verlassen der Institution zu ermöglichen, eine Tagesstruktur, die regelmäßige Personal- und Ortswechsel beinhaltet zu gewährleisten, Urlaubsfahrten und Freizeitaktivitäten, wie es das Normalisierungskonzept (NIRJE, 1974) fordert, durchzuführen. Auch diese Empfehlungen erfahren sogleich wieder eine bedeutsame Einschränkung: Die gerade beschriebenen Wechsel können für viele Personen mit autoaggressivem Verhalten mit vermehrter Selbstverletzung einhergehen. Hierunter fallen typischerweise autistische Personen, die einen Großteil der autoaggressiven Population stellen. Bei diesem Personenkreis ist ein vorsichtiges Herantasten an Veränderungen angezeigt, insbesondere wenn über Jahre hinweg keine Erfahrungen mit neuen Situationen gesammelt werden konnten.

Veränderung der Umwelt kann im Falle einer „autoaggressiven Provokation“ schon bedeuten, nicht mit Ärger zu reagieren und sich nicht provozieren zu lassen. Ärgervermeidung gelingt dort am besten, wo Humor und Selbstironie als alltäglicher Begleiter der Betreuungspersonen erscheint.

### 1.30.3 Pädagogische Verhaltensmodifikation

Über Maßnahmen der pädagogischen Verhaltensmodifikation im Rahmen sonderpädagogischer Praxis liegt bereits seit den 70er Jahren eine stattliche Anzahl an Veröffentlichungen vor (z.B. KANE & KANE, 1976), die ständig aktualisiert wird. (z.B. FENGLER & JANSEN, 1999<sup>3</sup>). Zusammenfassungen und Bewertungen der Maßnahmen im Kontext selbstverletzenden Verhaltens finden sich z.B. bei SCHROEDER et al. (1990); ROJAHN & WEBER (1995); MÜHL et al. (1996). Theoretische Herleitung und wesentliche Konzepte wurden bereits in Kapitel 5.4.2.3 dargestellt. Zu den verbreitetsten Verfahren gehören die sogenannten „D.R.-Techniken“ (differential reinforcement):

DRO (= differential reinforcement of other behavior):

Es wird alles (fast alles) positiv verstärkt, was mit dem Problemverhalten nichts zu tun hat; z.B. wird in einem gewissen zeitlichen Abstand in dem keine AA auftritt ein positiver Verstärker präsentiert

DRI (= differential reinforcement of incompatible behavior):

Es wird verstärkt, was unvereinbar mit dem Problemverhalten ist; z.B. Armbewegungen weg vom Kopf

DRL (= differential reinforcement of low rates):

Es wird immer dann ein Verstärker dargeboten, wenn Selbstverletzung nur gering (oder geringer werdend) stattfindet

DRA (= differential reinforcement of appropriate behavior):

Es wird nur noch das erwünschte Verhalten verstärkt; z.B. sich verbal, paraverbal oder via Gesten mitzuteilen

Darüberhinaus stehen als komplexe Konzepte zur Verfügung:

Tokenprogramme: Verteilen von symbolischen Verstärkern wie Münzen, Murmeln, Bildchen usw., die gesammelt werden und gegen einen anderen Verstärker eingetauscht werden können.

Verhaltensformung: Shaping, das Ausdifferenzieren und Formen einer bestimmten Handlungsweise aus bereits vorhandenen einzelnen Verhaltensweisen.

Verhaltensverkettungen Chaining, das Verketteten mehrerer Teilhandlungen.

Wiederherstellung: Wiedergutmachung; soweit es möglich ist, muss der frühere Zustand wiederhergestellt, der angerichtete Schaden wiedergutmacht werden.

Überkorrektur: Über die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes hinaus muss noch mehr geleistet werden.

Response cost: Vorenthalten oder Wegnahme eines Verstärkers.

Versuche der Verhaltensmodifikation über die Applizierung negativer Konsequenzen sollten nicht prinzipiell ausgeschlossen werden. Neben den bereits oben angeführten Konzepten können bewusstes Ignorieren, demonstratives Abwenden oder die Beibehaltung einer Aufforderung (zumindest kurzfristig) durchaus erfolgreich bestimmte Formen selbstverletzenden Verhaltens verringern helfen. Erfahrungen in der Praxis zeigen aber, dass bestrafende Verfahren immer dann langfristig scheitern, wenn nicht gleichzeitig ein sozial angepaßtes gleichwertiges Verhalten aufgebaut werden kann. Zu den unmittelbar bestrafenden Verfahren gehören: verbales Tadeln, Wegnehmen eines beliebigen Gegenstandes, Ansprühen mit kaltem Wasserdampf, Time-out, etc.

Generelle Bedenken gegenüber Techniken der Verhaltensmodifikation sind vor allem dann berechtigt, wenn im Vorfeld keine ethischen Verfahrensweisen und Grenzen festgelegt wurden (siehe Kap. 5.5), keine übergeordnete Supervision und kein gegenseitiger Austausch stattfindet.

Time-out wird zwar allgemein als eine negative Konsequenz und Bestrafung erachtet, im institutionellen Alltag gibt es aber immer wieder Personen, die ein Weitwegsein von Hektik und Trubel durchaus als angenehm erleben. Dies lenkt den Blick auf das Dilemma verstärkerbasierter Verfahren. Letztendlich kann nur das empirische Ergebnis anzeigen, ob ein wirksamer Verstärker (positiv wie negativ) gefunden wurde oder nicht. Hier ist neben der Alltagsbeobachtung der Betreuungsperson die systematische Verhaltensbeobachtung gefragt.

Hilfreich ist die Einführung eines diskriminativen Reizes, welcher der eigentlichen Bestrafung vorausgeht und diese ankündigt. Werden beide Reize eine Zeitlang miteinander dargeboten, so genügt bisweilen schon der Hinweisreiz, um ein Verhalten zu verhindern, ohne dass zu einer Bestrafung gegriffen werden muss. Sprachliche Vorankündigungen, Ermahnungen und das Aussprechen von Verboten bedürfen einer auch für den eher analog-dekodierenden Menschen mit Geistiger Behinderung authentischen und stimmigen Qualität: z.B. ein festes, bestimmendes und eindeutiges „**Nein!**“, mit entsprechender Mimik und Gestik unterstützt. Verstärker müssen zu Beginn unmittelbar und konsistent erfolgen. Später kann zu weniger intermittierender Verstärkung über-

gegangen und ein allmähliches Ausblenden versucht werden. Bestrafungen sollten prinzipiell nur als ultima ratio, wenn alles andere schon gescheitert ist, eingesetzt werden!

#### **1.30.4 Psychotherapeutische Konzepte**

Die Beschäftigung im geschützten therapeutischen Raum, abseits von der Normalität des Gruppenalltags mit Personen, die selbstverletzende Verhaltensweisen zeigen, hat sich in vielen Fällen als hilfreich erwiesen. Künstlichkeit und Arrangiertheit der Situation ermöglichen neue Lernerfahrungen und Handlungsalternativen auf beiden Seiten. Insbesondere die jüngsten Arbeiten von MÜHL et al. (1996), HETTINGER (1996) und ROHMANN & ELBING (1998) bieten ausführliche Darstellungen psychotherapeutischer Verfahren. Dazu gehören: gestalttherapeutische Verfahren (BESEMS & van VUGHT, 1988), Musikkörpererfahrungstherapie (FACION, 1986), Modifizierte Festhaltetherapie (ROHMANN & HARTMANN, 1988), Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (HARTMANN, 1990) Körperzentrierte Interaktion auf der Basis der Musik-Körpererfahrungstherapie und der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie, K.M.A. (ROHMANN & HARTMANN, 1992; ROHMANN & ELBING, 1998). In ihrem eklektischen Konzept greifen ROHMANN & ELBING (1998) auf vier unterschiedliche Strategien zurück:

- \* systemische Vorgehensweise,
- \* kommunikationstherapeutische Intervention,
- \* körpertherapeutische Methoden,
- \* verhaltenstherapeutische Techniken.

Systemische Vorgehensweisen beziehen sich auf das soziale Beziehungsgeflecht, während im direkten Kontakt mit der sich selbstverletzenden Person individualtherapeutische Verfahren beschrieben werden, so z.B.: Kommunikation und Interaktion über verschiedene Formen der Imitation und Variation, Abwarten und Ignorieren, indirektes Sprechen, interessantes unabhängiges Handeln, paradoxe Interventionen, Prinzipien therapeutischer Unberechenbarkeit. Die Verfahren der Körperzentrierten Interaktion (KMA = körperzentrierte Interaktion auf der Basis der Musik-Körpererfahrungstherapie und der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie) setzen eine jeweils eng umrissene Indikation voraus und erfordern auf Seiten des Therapeuten eine spezielle Ausbildung.

#### **1.30.5 Fixierungen**

In der institutionellen Praxis entstehen immer wieder Situationen, in denen sich Fixierungen nicht vermeiden lassen. Sei es, dass personelle Engpässe in der Betreuung, suboptimale (gefährliche) Umwelteigenschaften oder massive Formen der Selbstverletzung vorliegen, die sich mit anderen

Mitteln nicht vertretbar reduzieren lassen. Physische Einschränkung zitieren MÜHL et al. (1996) als „die am häufigsten in Alltagssituationen angewandte Methode zum Schutz von sich selbst stark verletzenden Personen“. Wenn auf Fixierungen zurückgegriffen werden muss, so sollte mit einer passiven Fixierung begonnen werden. „Passiv“ in dem Sinne, dass die wiederholt betroffenen Körperregionen (meist der Kopf) geschützt werden. Hierzu eignen sich je nach Selbstverletzungsgewohnheit der Person unterschiedlich ausgeformte Helme. Häufig ist eine integrale Abdeckung der Ohren angezeigt. Bisweilen findet jedoch eine Verschiebung der Selbstverletzung auf noch ungeschützte Körperregionen statt. Müssen Arme und Hände fixiert werden, so sind bewegungspuffernde, bewegungsverlangsamende Möglichkeiten einer Fixierung der Arme hinter dem Rücken vorzuziehen. Schwere, gepolsterte Boxhandschuhe oder dicke und versteifte Armmanschetten erfüllen meist diese Funktion. Fixierungen sollen unter pädagogischer Beobachtung und unter geeigneten Schutzvorkehrungen regelmäßig abgenommen werden, um Muskeln, Sehnen und Gelenke bewegen zu können. Generell gilt es die Form der Fixierung und deren zeitliche Erstreckung zu wählen, die den größtmöglichen Bewegungs- und Erfahrungsspielraum der sich selbstverletzenden Person zulässt. Bei jahrelanger nächtlicher Fixierung kann diese zum Einschlafritual geworden sein, das mit vermehrter allabendlicher Autoaggression eingefordert wird. Hier lässt sich meist beobachten, dass Personen sich freiwillig Manschetten und Gürtel anlegen lassen. Ein solchermaßen geäußertes Bedürfnis sollte respektiert werden, und ein Abbau der Fixierung nur in kleinen Schritten angegangen werden. Eventuell kann eine gewisse Zeitspanne eingeführt werden, während der die Person im Bett Körpererfahrungen machen kann (z.B. in Form eigener genital-sexueller oder sonstiger Stimulation). Erst anschließend wird dann die Fixierung angelegt. Schritte zum Abbau der Fixierung gelingen um so eher, wenn sukzessive neue Verhaltensweisen stabilisiert werden können. Eine bisweilen erfolgreiche Möglichkeit bietet symbolische Fixierung, z.B. durch ständiges Herumtragen eines Objektes an.

### **1.30.6 Medikamentöse Behandlung**

Haben alle vorangehenden Versuche das selbstverletzende Verhalten auf ein erträgliches Maß zu reduzieren keinen Erfolg gebracht, so ist eine medikamentöse Therapie unumgänglich. Der Einsatz von Medikamenten zur Behandlung von geistigbehinderten Personen mit selbstverletzendem Verhalten verlangt neben „einem sehr differenzierten Wissen über die spezifischen Wirkungen psychotroper Substanzen in dieser Population auch ein grundsätzliches Wissen und Verständnis über verhaltenstherapeutische bzw. sonstige klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten“ (WEBER, G. 1997b). Dieses doppelte Wissen wie auch die anzustrebende gegenseitige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Betreuungspersonen steckt in der Praxis meist

noch in den Kinderschuhen. Auch wenn die Initiative zu einer medikamentösen Behandlung meist von den unmittelbaren Betreuungspersonen als Mitverantwortliche für das psychische und leibliche Wohl der geistigbehinderten Person ausgeht, so bleibt die primäre Verantwortung für die Verschreibung des gewählten Medikamentes und dessen Dosierung beim behandelnden Arzt, der den erwarteten Erfolg stets vor dem Hintergrund möglicher Risiken und Nebenwirkungen abzuwägen hat.

Zu den am häufigsten eingesetzten Medikamenten und Wirkstoffen zählen:

Neuroleptika: Chlorpromazin, Haloperidol, Thioridazin, Risperidon

Opiatantagonisten: Naltrexon(e), Naloxon(e)

Antidepressiva: Clomipramin, Lithium

sonstige: Carbamazepin, Fenfluramin, L-5-Hydroxytryptophan, Serenika.

Eine knappe Diskussion der einzelnen Wirkstoffe und Medikamente bei selbstverletzendem Verhalten findet sich in HETTINGER, 1996, p. 127-135 und WEBER, G. 1997b, p. 112- 128.

Häufig bewegen sich psychopharmakologische Behandlungen bei selbstverletzendem Verhalten durchaus in einem gewissermaßen experimentellen Stadium des trial and error. Gute klinische Praxis (SCHWARZ, 1991) zeichnet sich hierbei dadurch aus, dass der Arzt im direktem Kontakt mit der sich selbstverletzenden Person steht, ihre Einwilligung in die Behandlung ersucht und mit ihr soweit wie möglich Zweck, voraussichtliche Dauer und mögliche Nebenwirkungen bespricht. Je nach vorliegender Einschränkung kann nicht die verständnisvolle Compliance das Ziel sein, hier steht vielmehr die Vermittlung von Selbstverantwortlichkeit und Respekt vor der Person im Vordergrund. Wenn Psychopharmaka im engen Indikationsbereich der Steuerung autoaggressiven Verhaltens gegeben werden, dann sollte dieses Vorgehen objektivierbar gemacht werden. D.h. es muss eine Grundrate der Selbstverletzungen erstellt werden, vor deren Hintergrund der Erfolg der eingesetzten Medikamente in regelmäßigem Abstand überprüft werden kann. Eine solche Dokumentation entwickelt sich vielerorts jedoch erst langsam als klinischer Standard der Evaluation.

### **1.31 Evaluation**

Systematische und standardisierte Erfolgskontrollen sollten nicht nur bei der Überwachung medikamentöser Therapien eine wichtige Rolle spielen, sie sind auch bei der pädagogischen Arbeit im Kontext selbstverletzenden Verhaltens unverzichtbar. Doch leider spielen hier wie dort in der Praxis, abgesehen von wissenschaftlich begleiteten Projekten, Evaluationen noch kaum eine große Rolle. Dies hat mehrere Gründe: Die enge, alltägliche Begegnung im institutionellen Habitat erweckt den Anschein, jederzeit die unmittelbare Auswirkung der eingeschlagenen pädagogischen Maßnahmen vor Augen zu haben. Die häufig hochstressbesetzten Situationen bei selbstverletzen-

den Verhaltensweisen drängen nach direkter Intervention und nicht nach distanzierterem Notieren der Qualität und Quantität des Verhaltens. Manchmal mag auch das ungute Gefühl, das eigene erzieherische Scheitern nun auch noch an Hand von kalten Zahlen bestätigt zu bekommen, einer systematischen Erfolgskontrolle entgegenstehen. Schließlich verhindern bisweilen strukturelle Schwächen, Praxisferne und Facharroganz innerhalb von Evaluations- und Qualitätsmanagementprojekten die bereitwillige Nutzung dieses Instrumentariums.

Dennoch stellt die Evaluation nicht nur für die Optimierung der einzusetzenden Verfahren, sondern auch für die Selbstbewertung (und Aufwertung) der Arbeit und damit ebenso für die emotionale Entlastung ein unverzichtbares Hilfsmittel dar.

Wie sich aber der Erfolg einer Intervention feststellen lässt, ist gar nicht so einfach zu beantworten: Es müssen Kriterien aufgestellt werden, die eindeutig beobachtbar und interpretierbar sind. Unge-naue Beschreibungen wie „hat sich viel geschlagen“, „hat sich oft geschlagen“, „hat sich heftig geschlagen“ etc. erschweren eine Auswertung, solange keine nähere Erläuterung erfolgt und die Begriffe unterschiedlich angewandt werden. Beispiele für standardisierte Erhebungsbögen finden sich im Anhang V.

Günstig ist es, bereits bei Beginn einer Maßnahme Kriterien festzulegen, ab welcher Veränderung von einem Erfolg gesprochen werden könne. Zu hoch gesetzte Zielvorstellungen beinhalten die Gefahr, nur frustrierende Ergebnisse zu liefern, so dass vorliegende Erfolge leicht übersehen werden. Eine zu geringe Erfolgserwartung mag eventuell im Vorfeld demotivierend in Anbetracht der einzusetzenden Zeit, der Energie und der Mittel auf die Betreuungspersonen wirken. Bei der abschließenden Erfolgsbeurteilung sind auch Nebenwirkungen wie Symptomverschiebungen und sonstige Aktivitäts- und Persönlichkeitsveränderungen miteinzubeziehen.

Schließlich sind die Ergebnisse schriftlich allen Betreuungspersonen vorzulegen, um eine gemeinsame Wissensbasis zu gewährleisten. Graphische Aufbereitungen der Daten sollten bei der Vermittlung einer erfolgreichen Intervention nicht unterschätzt werden. Sie versinnbildlichen anschaulich den Erfolg in einer emotionsnahen Form und tragen damit zur Prävention emotionaler Belastung wesentlich bei.

Größtmögliche Transparenz, die Herstellung eines gemeinsamen Informationsstandes und eine damit verbundene Anerkennung der geleisteten Arbeit wirken wiederum positiv auf die Motivation der Betreuungspersonen zurück.

## LITERATUR

- AAMD (AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL DEFICIENCY), 1983. *Mental Deficiency. Classification in Mental Retardation.* (Revision H.J. GROSMAN). Washington, D.C.: American Association on Mental Deficiency.
- AAMR (AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION), 1992. *Mental Retardation - Definition, Classification, and Systems of Support* (Chair: R. Luckasson). Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- ACKERMANN, K.-E. 1994. Menschen mit schweren Behinderungen in aggressiven und autoaggressiven Krisensituationen. In: Th. HOFMANN & B. KLINGMÜLLER, 1994. *Abhängigkeit und Autonomie. Neue Wege in der Geistigbehindertenpädagogik.* Festschrift für Martin, Th. Hahn zum 60. Geburtstag. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, p. 103-114.
- AHRBECK, B. 1996. Psychiatrie und Behindertenpädagogik. *Behindertenpädagogik*, 35, 1, p.55-69.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders /DSM IV.* Washington: American Psychiatric Press. (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Deutsche Bearbeitung 1998<sup>2</sup> SAß, H. WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. Göttingen: Hogrefe).
- ANDERSON, L.T.; HERRMANN, L. & DANCIS, I. 1976. The effect of L-5-Hydroxytryptophan on self-mutilation in Lesch-Nyhan Disease. A negative report. *Neuropädiatrie*, 7, p. 439-442.
- ANDERSON, L.T.; DANCIS, I. & ALPERT, M. 1978. Behavioral contingencies and self-mutilation in Lesch-Nyhan diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, p. 529-536.
- ANSTÖTZ, Ch. 1992. Burnout bei Pädagogen, die mit Schwerstbehinderten arbeiten? Ein empirischer Nachtrag zu den Studien in *Behindertenpädagogik*, 26, 1 (1987), *Behindertenpädagogik*, 31, 2, p. 178-185.
- ANSTÖTZ, Ch. 1987. Wie ausgebrannt sind Geistigbehindertenpädagogen wirklich? Eine empirische Studie zum Thema Burnout. *Behindertenpädagogik*, 26, 1, p. 49-58.
- ANTOR, G. & BLEIDICK, U. 1995. *Recht auf Leben - Recht auf Bildung, aktuelle Fragen der Behindertenpädagogik.* Heidelberg: Schindler.
- AROLT, V. 1998. Psychiatrische Erkrankungen. In: F.W. SCHWARTZ; R. BADURA; H. LEIDL; RASPE, H. & SIEGRIST, J. 1998. *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.* München: Urban & Schwarzenberg, p. 467-476.
- AZAR, B. 1995 The body can become addicted to self-injury. *American Psychological Association Monitor Home Page* (<http://www.apa.org/monitor/dec95/selfhurt.html>)
- BACH, H. 1974. Geistigbehinderte unter pädagogischem Aspekt. In: *Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission*, 34. Stuttgart: Deutscher Bildungsrat, p. 17.
- BACHMANN, J.A. 1972. Self-injurious behavior: A behavioral analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. 80, p. 211-224.
- BALBERNIE, N.J. 1987. Psychotherapy: A resource for use with people with mental handicaps. *Mental Handicap*, 15, p. 16-18.
- BALLER, W.R.; CHARLES, D.C. & MILLER, E.L. 1967. Mid-life attainment of the mentally retarded: a longitudinal study. *Genetic Psychology Monographs*, 75, p. 235-329.
- BALLINGER, B.R. 1971. Minor self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 118, p. 535-538.
- BALLINGER, B.R.; BALLINGER, C.B.; REID, A.H. & McQUEEN, E. 1991. The psychiatric symptoms, diagnoses, and care needs of 100 mentally handicapped patients. *British Journal of Psychiatry*, 158, p. 251-254.
- BARTLAK, L. & RUTTER, M. 1976. Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6, p. 109-120.
- BARTH, A.-R. 1990. *Burnout bei Lehrem. Eine empirische Untersuchung.* Inaugural-Dissertation Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- BATES, W.J.; SMELTZER, D.J. & ARNOCK, S.M. 1986. Appropriate and inappropriate use of psychotherapeutic medications for institutionalized mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, p. 363-370.
- BATESON, G.; JACKSON, D.D.; HALEY, J. & WEAKLAND, J. 1956. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, p. 251-264.

- BAUMEISTER, A. A. 1991. Expanded theories of stereotypy and self-injurious responding. Commentary on Guess and Carr 1991. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 3, p. 321-323.
- BAUMEISTER, A.A. & McLEAN, W.E. 1984. Deceleration of self-injurious behavior and stereotyp responding by exercise. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, p. 385-393.
- BAUMEISTER, A.A. & ROLLINGS, J.P. 1976. Self-injurious behavior. In: ELLIS, N.R. (Ed.) *International Review of Research in Mental Retardation*. New York: Academic Press. p. 1-30.
- BERES, D. 1952. Clinical notes on aggression in children. In: R. S. EISSLER; H. HARTMAN; A. FREUD & E. KRIS [Ed.] *The psychoanalytic study of child*. New-York: International Universities Press, 7, p. 241-263.
- BERKSON, G. & DAVENPORT, R.K. 1962 Stereotyped movements in mental defectives: I. initial survey. *American Journal of Mental Deficiency*, Vol 66, p. 849-852.
- BERMEJO, I. MUTHNY, F.A. 1994. „Burnout“ und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Münster: LIT.
- BERNHARD-OPITZ, V. 1995. Funktionale Verhaltensanalyse und strukturierte Therapie bei autistischen und geistig behinderten Kindern. *geistige Behinderung*, 34, 4, p. 298- 307.
- BESEMS, T. & VUGHT, G. van. 1988/89. Gestalttherapie mit geistig behinderten Menschen. *Geistige Behinderung* : 27, 4 und 28, 1 Praxisteil.
- BIENSTEIN, Chr. & FRÖHLICH, A. 1995. Basale Stimulation in der Pflege. Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- BIRD, F.; DORES, P.A.; MONIZ, D. & ROBINSON, J. 1989. Reducing severe aggressive and self-injurious behaviors with functional communication training. *American Journal on Mental Retardation*, 94, p. 34-48.
- BLAND, R.C. 1988. Investigations of the prevalence of psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, supplement , 338, p. 7-16.
- BLEIDICK, U. 1983. Sonderschule. In: E.G. SKIBA; Ch. WULF & K. WÜNSCHE (Ed.) 1983. *Erziehung im Jugendalter – Sekundarstufe I*. (= D. LENZEN & A. SCHRÜNDER [Ed.] 1983. *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft*. band 8, Stuttgart: Klett, p. 270-287.
- BLOOM, A.S. & ZELKO, F.A. 1994. Variability in adaptive behavior in children with developmental delay. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 2, p. 261-265.
- BOND, W.S. MANDOS, L.A. & KURTZ, M.B. 1989. Midazolam for Aggressivity and Violence in Three Retarded Patients. *American Journal for Psychiatry*, 146, 7, p. 925-926.
- BOREL, R. & MELZER, E. 1994. Berufskrankheit? Burnout ist meßbar! *Fazit Zeitung der Interessengewerkschaft Soziales und Gesundheit*, p. 2-6.
- BORTZ, J. 1999. *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- BORTZ, J. & DÖRING, N. 1995. *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- BRACK, U.B. 1989. Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 38, p. 83-90.
- BRANDES, A. 1862. *Der Idiotismus und die Idiotenanstalten*. Hanover: Rümpler.
- BREESE, G.R.; CRISWELL, H.E.; DUNCAN, G.E. & MÜLLER, R.A. 1989. Dopamin deficiency in self-injurious behavior. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, p. 353-357.
- BRETT, P.M.; CURTIS, D.; ROBERTSON, M.M. & GURLING, H. 1995. Exclusion of the 5-HT<sub>1A</sub> Serotonin Neuroreceptor and Tryptophan Oxygenase Genes in a large british kindred multiply affected with Tourette's syndrome, chronic motor tics, and obsessive-compulsive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 152, 3, March 1995, p. 437-440.
- BREUCKER, Th. 1994. Musiktherapie als Intervention bei stereotypem und selbstverletzendem Verhalten. *Musiktherapeutische Umschau*, 15, 3, p. 240-249.
- BREZOVSKY, P. 1985. Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens. (= *Klinische Psychologie und Psychopathologie*, Bd. 33) Stuttgart: Enke.
- BRONFENBRENNER, U. 1979. *The ecology of human development*. Cambridge, Ma.: Harvard University Press. (dtsch: 1981 *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Enke)

- BROTHWICK-DUFFY, S. 1993. Review: Mental Retardation 9<sup>th</sup> edition. American Journal on Mental Retardation, 98, 4, p. 541-544.
- BROSIUS, G. 1988 SPSS/PC+. Basics und Graphics. Hamburg: McGraw-Hill.
- BROSIUS, G. 1989 SPSS/PC+. Advanced Statistics und Tables. Hamburg: McGraw-Hill.
- BROSIUS G. & BROSIUS, F. 1995. SPSS. Base System und Professional Statistics. Hamburg: science com. International Thomson Publishers.
- BRYSON, Y.; SAKATI, N.; NYHAN, W.L. & FISH, H. 1971. Selfmutilative behavior in Comelia de Lange Syndrom. American Journal of Mental Deficiency, 76, p. 319-324.
- BUCHKA, M. & HACKENBERG, J. 1987. Das Burnout-Syndrom bei Mitarbeitern in der Behindertenhilfe. Ursachen - Formen - Hilfen. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- BUNDES ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION, 1994. Rehabilitation Behinderter: Schädigung-Diagnostik- Therapie - Nachsorge. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- BUNDERSVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE e.V. (ED.) 1983. Altwerden von Menschen mit geistiger Behinderung, Vorträge, Berichte und ergänzende Beiträge zum internationalen Workshop: „Die Situation des älteren Menschen mit Geistiger Behinderung“ Bergisch-Gladbach, 13.-16. Juli, 1981.(= Schriftenreihe der Lebenshilfe, Band 7) Marburg, Lahn: Verlag modernes lernen.
- BUSCH, L. & MANNHAUPT, G. 1994. Reflexion: Notwendigkeiten und Möglichkeiten entwicklungsorientierter Teamarbeit in der Betreuung Geistigbehinderter. Behindertenpädagogik, 33, 3, p. 252-269.
- BURISCH, M. 1989. Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin: Springer.
- BYCHOWSKI, G. 1954. Problems of infantile neurosis, a discussion. In: R.S. EISSLER; H. HARTMAN; A. FREUD & E. KRIS [Ed.] The psychoanalytic study of child. New York, International Universities Press, 9, p. 16-71.
- BRYSON, Y; SAKATI, N. NYHAN, W.L. & FISH, H. 1971. Self-mutilative behavior in the Cornelia de Lange Syndrom. American Journal of Mental Deficiency, 76, p. 319-324.
- CARR, E.G. 1977. The motivation of self-injurious behavior. A review of some hypotheses. Psychological Bulletin, 4, p. 800-816.
- CARR, E.G. & DURAND, V.M. 1985. Reducing behavior problems through functional communication training. Journal of Applied Behavior Analysis, 18, p. 111-126.
- CASTELLS, S.; CHAKRABARTI, G.; WINSBERG, G.B.; HURWIC, M.; PEREL, J.M. & NYHAN, W.L. 1979. Effects of L-5-Hydroxytryptophan on monoaminic and amino acids turnover in the Lesh-Nyhan-Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, p. 95-103.
- CICCHETTI, D. & COHEN, D.J (ED.) 1995. Developmental Psychology, Vol II: Risk, Disorder, and Adaptation. New York: Wiley.
- COLLEY, A.; LEVERSHA, M. VOULLAIRE, L. & ROGERS, J. 1990. Five cases demonstrating the distinctive behavioural features of chromosomal deletion 17 Smith-Magenis Syndrome. Journal of Paediatrics and Child Health, 26, p. 17-21.
- COHEN, S.A.; IHRIG, K.; LOTT, R.S. & KERRICK, J.M. 1998. Risperidone for aggression and self-injurious behavior in adults with mental Retardation. Journal of Autism and Developmental Disorders, 28, 3, p. 229-233.
- COLLIGNON, P.; GIUSIANO, B. JIMENO, M.-T.; COMBE, J.-Ch.; THIRION, X. & PORSMOQUER, E. 1993. Une échelle d'hétéroévaluation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé. (unveröffentlichtes Manuskript).
- COMER, R.J. 1995. Klinische Psychologie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- COMINGS, D.E. 1990. Blood serotonin and tryptophan in Tourette syndrome. American Journal of Medical Genetics, 36, p. 418-430.
- CONN, L.M. & LION, J.R. 1983. Self-mutilation: a review. Psychiatric Medicine, 1, p. 21-33.
- COOK, J.A.; LEFLEY, H.P.; PICKETT, S.A. & COHLER, B.J. 1994. Age and family burdon among parents of offspring with severe mental illness. American Journal of Orthopsychiatry, 64, 3, p. 435-447.
- COOPER, B. 1990 Epidemiology and prevention in the mental health field. social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25, 1, p. 9-15.
- CORTE, H.E.; WOLF, M.M. & LOCKE, B.J. 1971. A comparison of procedures for eliminating self-injurious behavior of retarded adolescents. Journal of Applied Behavior Analysis, 4, p. 201-213.

- DATTLER, W. 1990. Zur Bedeutung von Pädagogik, Heilpädagogik, Psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie für die Arbeit des Erziehers oder: Von unmöglichen Grenzziehungen und deren Konsequenzen. *Behindertenpädagogik*, 29, 4, p. 377-393.
- DAVISON, G.C. & NEAL, J.M. 1988 *Klinische Psychologie*. München: PVU.
- DE LANGE, C. 1933. Sur une type nouveau de dégénération (Typus amstelodamensis). *Archives Médecine des Enfants*, 36, p. 713-719.
- DE LISSEVOY, V. 1961 Headbanging in early childhood; a study of incidence. *Journal of Paediatrics*, 58, p. 803-805.
- DEMAINE, G.C. & SILVERSTEIN, A.B. 1978. MA changes in institutionalized Down's syndrome persons: a semi-longitudinal approach. *American Journal of Mental Deficiency*, 82, p. 429-432.
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION, 1994. ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Bern: Huber.
- DEVER, R.B. 1990. Defining mental retardation from an instructional perspective. *Mental Retardation*, 28, p. 147-153.
- DOLLARD, J.; DOOB, B.; MILLER, N. MOWRER, O.H. & SEARS, R.R. 1939. *Frustration and aggression*. New Haven, Yale University press.
- DÖRNER, K. & PLOG, U. 1996. *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- DICKERSON, M. HAMILTON, J. HUBER, R. SEGAL, R. 1979. The aged mentally retarded: The invisible client: A challenge to the community. In: SWEENEY, D.P. & WILSON, T.Y. (Ed.) 1979. *The plight of aging and aged developmentally disabled persons in mid America - A research monography*: Ann Arbor, Mich.: University of Ann Arbor Press, p. 8-35.
- DILLING, H. von, 1991. Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien der WHO. Bern: Huber.
- DIZMANG, L.H. & CHEATHAM, C.-F. 1970. The Lesch-Nyhan Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 127, p. 671-677.
- DOSEN, A. 1995. Psychische Gesundheit und Menschen mit geistiger Behinderung - ein altes Problem neu aufgelegt. *Helioscope*, 5/95, p. 8-9.
- DSM III-R. 1991<sup>3</sup> *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz, *siehe WITTCHEN, H.-U. et al. 1991<sup>3</sup>*
- DSM IV 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM IV*. Washington: American Psychiatric Press. (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Deutsche Bearbeitung 1998<sup>2</sup> SAß, H. WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. Göttingen: Hogrefe), *siehe auch AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994*.
- DUKER, P.C. 1975 (a). Behaviour therapy for self-injurious behaviour. Two case studies. *Research Exchange and Practice in Mental Retardation*, 1, 4 p. 223-232
- DUKER, P.C. 1975(b). Behaviour control of selfbiting in a Lesch-Nyhan patient. *Journal of Mental Deficiency Research*, 19, p. 11-19.
- DUKER, P.C.; DIDDEN, R. KORZILIUS, H. van ACHT, M. et al. 1996. Database problem behaviour: a literatur retrieval system for professionals dealing with problem behaviours of individuals with intellectual disabilities. *International Journal of Disability, Development, and Education*, Vol.43, 3, p. 197-202.
- DUPONT, J. 1993 Psychisch krank und geistig behindert. Regionale Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung. Vorträge der internationalen Arbeitstagung 6.-7. März 1992. Königslutter.
- DURAND, V.M. 1986. Self-injurious behavior as intentional communication In: K. GADOW (ED.) *advances in learning and behavioral disabilities*, 5, Greenwich, CT.: Jai Press.p. 141-155.
- DURAND, V.M. & CARR, E.G: 1987. Social influences on „self-stimulatory“ behavior: Analysis and treatment application. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, p. 119-132.
- DZIKOWSKI, S. & ARENS, Ch. (Ed.) 1990. *Autismus heute Band II Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder. Körpertherapien -Festhaltetherapien -Medikamentöse Behandlung Psychoanalytische Verfahren*. Dortmund: Verlag modernes lernen
- ECKHARDT, A. 1994. *Im Krieg mit dem Körper. Autoaggression als Krankheit*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

- EGGEL, T. 1996. Jenseits von Fundamentalismus und Beliebigkeit: pragmatische Systemtherapie. *System Familie*, 9, 4, p. 183-185.
- ELBING, U. 1996. Kurt, Eric (Berne) und Jean (Piaget) treffen sich beim Spielen: Transaktionsanalyse mit Menschen mit Geistiger Behinderung. *Behinderte*, 19, 4, p. 71-83.
- ELBING, U. & ROHMANN, U. 1990. Die Klinik im Heim: Das Kompakt-Therapie-Programm zur Behandlung autistisch Behinderter mit schweren Verhaltensstörungen. In: S. DZIKOWSKI & Ch. ARENS (Ed.) *Autismus heute Band II Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder*. p. 103-115.
- ELBING, U. & ROHMANN, U. 1992. Autoaggressionsbehandlung im Heim eine integrative Perspektive. *Zeitschrift für Kinder und Jugendhilfe*, p. 176-189.
- ELBING, U. & ROHMANN, U. 1993. Evaluation eines Intensivtherapie Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten und autistischen oder psychotischen Verhaltensweisen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, p. 248-260.
- ELBING, U. & ROHMANN, U. 1994. Auswirkungen eines Intensivtherapie Programms für verhaltensgestörte Geistigbehinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43.Jhg., p. 90-97.
- ELBING, U. & ROHMANN, U. 1994. Wechselseitige Imitations- und Modellierungsprozesse in der Behandlung von schweren Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten. *Heilpädagogische Forschung*, 20 Jhg., 3, p. 118-126.
- EHLERT, U. 1995. Klinische Psychologie in einem Allgemeinkrankenhaus. Ergebnisse einer Umfrage. *Report Psychologie*, 20, 11/12, p. 20-24.
- EMERSON, E. 1990a. Severe self-injurious behavior: Some of the challengers it presents. *Mental Handicap*, 18, p. 92-98.
- EMERSON, E. 1992. Self-injurious behaviour: An overview of recent trends in epidemiological and behavioural research. *Mental Handicap Research*, 5, p. 49-81.
- EMERSON, E. 1990. The challenge of severe self-injurious behavior. In: J.O. FRYNS & Th. KEMPENEERS-FOUBN (Ed.) 1990. *Scientific research in mental handicap*. Brüssel: Association Nationale d'Aide aux Handicapés Mentaux, p. 221-237.
- EMERSON, E. 1996. Self-injurious behaviour: an overview of recent trends in epidemiological and behavioural research. *Mental Handicap Research*, 5, 1, p. 49-81.
- ERN, M. 1992. Wege der Annäherung an die Lebenssituation von älterwerdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung. Aachen: Verlag Mainz.
- EYMAN, R.K. & CALL, T. 1977. Maladaptive behavior and community placement of mentally retarded persons. *American Journal on Mental Deficiency*, 82, p. 137-144.
- EYSENCK, H.-J. 1994. Personality traits and intelligence. In R. STERNBERG & P. RUZGIS, (Ed.) *Personality and Intelligence*. Cambridge: University Press. p. 3-31.
- FACION, J. 1986. Zum Verständnis autoaggressiver Handlungen aus der Sicht der Informationsverarbeitung und deren therapeutischen Implikationen. München: unveröffentlichte Dissertation
- FALLON, E. 1983. Helping direct care workers manage self-injurious behavior. *Milieu Therapy*, 3, p. 45-52.
- FAVAZZA, A.R. 1989. Normal and deviant self-mutilation. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 26, p. 113-127.
- FAVAZZA, A.R. & ROSENTHAL, R.J. 1993. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 2, p. 134-140
- FAVAZZA, A.R.; DeROSEA, L.; CONTERIO, K. 1989. Self-Mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 4, p. 352-361.
- FENGLER, J. 1994. Burnout und berufliche Deformation. In: J. FENGLER & G. JANSEN 1994. *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie*, Stuttgart: Kohlhammer, p.304-320.
- FENGLER, J. & JANSEN, G. 1994. *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- FEUSER, G. 1979. Grundlagen zur Pädagogik autistischer Kinder. Zum gesellschaftswissenschaftlich-erziehungswissenschaftlichen Verständnis des frühkindlichen Autismus. Weinheim: Beltz.
- FEUSER, G. 1985. Stereotypien und selbstverletzendes Verhalten bei autistischen Kindern. *Behindertenpädagogik*, 24, 3, p. 262-274.

- FLADE, S. 1992. Seelische Störungen natürlich behandeln: Körperliche Zustände von Erschöpfungszuständen, Konzentrationsstörungen, Depression, Reizbarkeit, Aggressivität, Hyperaktivität erkennen und gezielt behandeln. München: GU.
- FRANKEL, F. & SIMMONS, J.Q. 1976. Self-injurious behaviour in schizophrenic and retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, p. 512-522.
- FREDERICK, C.J. & RESNICK, H.L. 1971. How suicidal behaviors are learned. *American Journal of Psychotherapy*, 25, p. 37-55.
- FREUD, A. 1954. Self-mutilative behavior. *Psychoanalytic Study of the Child*, 8, p. 9-19.
- FREUD, A. 1968. Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Bern: Huber.
- FREUD, S. 1905. Drei Abhandlungen zur Sexualtherapie. Bern: Huber
- FREUD, S. 1938. Abriß der Psychoanalyse. Bern: Huber
- FRITZ, A. & LANGER, E. 1994. Kinder und ihre Aggressivität verstehen. *Report Psychologie*, 19, 2, p. 10-17.
- FRÖHLICH, A. 1987. Spezielle Fördermaßnahmen. In: J. FENGLER & G. JANSEN (Ed.) 1987. *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie*, Stuttgart: Kohlhammer, p. 219-228.
- FRÖHLICH, A. 1992. Basale Stimulation. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- FRÖHLICH, A. & HAUPT, U. 1992. Förderdiagnostik mit schwerstbehinderten Kindern. Eine praktische Anleitung zur pädagogisch-therapeutischen Einschätzung. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- FRÖHLICH, A. & HERINGER, Th. 1996. Selbstverletzende Verhaltensweisen von Schülern/Innen mit geistiger Behinderung. Eine Studie an Sonderschulen in Rheinland-Pfalz. Landau: Forschungsbericht der Universität Landau, Institut für Sonderpädagogik
- GAGE, N.L. & BERLINER, D.C. 1979<sup>2</sup> Pädagogische Psychologie Band 1 Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. München: Urban & Schwarzenberg.
- GAEDT, Chr. 1994. Aspekte eines psychoanalytisch orientierten Konzeptes zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: W. LOTZ; U. KOCH & B. STAHL (Ed.) 1994. *Psychotherapeutische Behandlung Menschen mit Geistiger Behinderung - Bedarf, Rahmenbedingungen, Modelle*. Bern: Huber, p. 124-140.
- GARDENER, W. & SOVNER, R. 1994. Self-injurious behaviors: A multimodal functional approach. Willow, PA: Vida-Publishing.
- GERHARDT, W. 1994. Systemtheorie und Familientherapie. Anmerkungen eines beobachtenden Soziologen. *Der Pädagogische Blick*, 2, 2, p. 94-104.
- GILBERG, C.; PERSSON, E.; GRUFMAN, M. & THEMNER, U. 1986. Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded children and adolescents: epidemiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, Vo. 149, p. 68-74.
- GIRGENSOHN-MARCHAND, B. 1992. Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- GLUCK, J. & SACKETT, G. 1974. Frustrations and selfaggression in social isolate rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, p. 331-334.
- GÖRRES, S. & HANSEN, G. 1992<sup>2</sup> Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn /Obb.: Klinkhardt.
- GONTARD, A. von 1999. Genetische und biologische Ursachen. In: G. NEUHÄUSER & H.-Ch. STEINHAUSEN (Ed.) 1999<sup>2</sup>. *Geistige Behinderung: Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. Stuttgart: Klinkhammer, p. 26-41.
- GOMEZ, J.S. & MICHAELIS, R.C. 1995. An assessment of burnout in human services providers. *Journal of rehabilitation*, 6, 1, p. 23-26.
- GOODALL, E. & CORBETT, J. 1982. Relationship between sensory stimulation and stereotyped behaviour in severely mentally retarded and autistic children. *Journal of Mental Deficiency Research*, 26, p. 163-175.
- GREEN, A.H. 1967. Self-mutilation in schizophrenic children. *Archives of General Psychiatry*, 17, p. 234-244.
- GREEN, A.H. 1968. Self-destructive behaviour in physically abused schizophrenic children. *Archives of General Psychiatry*, 19, p. 171-179.

- GREENACRE, P. 1954. Problems of infantile neurosis. A discussion (R.S. EISLER; H. HARTMAN; A. FREUD & E. KRIS) *Psychoanalytic Study of the Child*, 9 p. 37- 38.
- GREENBERG, A. & COLEMAN, M. 1973. Depressed whole blood serotonin levels associated with behavioral abnormalities in the Lange syndrome. *Paediatrics*, 52, p. 720-724.
- GREENE, R.J. & HOATS, D.L. 1971. Aversive tickling: A simple conditioning technique. *Behavior Therapy*, 2, p. 389-393.
- GREENSPAN, S. 1993. Review: Mental Retardation 9<sup>th</sup> edition. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 4, p. 544-548.
- GRIFFIN, J.C.; LOCKE, B.J. & LANDERS, W.F. 1975. Manipulation of potential punishment parameters in the treatment of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, p. 458-464.
- GRIFFITHS, R. 1983. *Entwicklungsskalen zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren*. Weinheim: Beltz.
- GROSSMAN, H.J. 1983. AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL DEFICIENCY, 1983. *Mental Deficiency. Classification in Mental Retardation*. Washington: American Association on Mental Deficiency.
- GUESS, D. & CARR, E. 1991(a). Emergence and maintenance of stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 3, p. 299-319.
- GUESS, D. & CARR, E. 1991(b). Rejoinder to Lovaas and Smith; Mulick and Meinhold and Baumeister's commentaries to „Emergence and maintenance of stereotypy and self-injury“. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 3, p. 335-344.
- GUNTERN, G. 1980. Die kopernikanische Wende in der Psychotherapie: Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. *Familiendynamik*, 5, p. 2-41.
- HACKENBERG, W. 1996. Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Zugänge zum Verstehen und Ansätze zur Behandlung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 47, 1, p. 10-17.
- HALL, S. & OLIVER, C. 1992. Differential effects of severe self-injurious behaviour of others. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 4, p. 355-365.
- HÄNSLI, N. 1996 *Automutilation. Der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis*. Bern: Huber.
- HARRIS, S. & ERNSNER-HERSHFIELD, R. 1978. Behavioral suppression of seriously disruptive behavior in psychotic and retarded patients. A review of punishment and its alternatives. *Psychological Bulletin*, 5, p. 1352-1375.
- HARTMANN, H. 1990. Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie bei aggressiven Kindern - mehr als eine Körpertherapie. In: S. DZIKOWSKI & Ch. ARENS (Ed.) *Autismus heute Band II Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder*, p. 87-102.
- HARTMANN, H. & JAKOBS, G. 1993. Das „Dialogische Prinzip“ bei der Behandlung von Aggression, Autoaggression und Autismus. In: K. HENNICKE & W. ROTTHAUS (Ed.) 1993. *Psychotherapie und Geistige Behinderung*. (= Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Band 10.) Dortmund: Verlag modernes lernen, p. 36-50.
- HARTMANN, H. & ROHMANN, U. 1984. Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 33, 7, p. 272-281.
- HARTMAN, H.; KRIS, E. & LOWENSTEIN, R.M. 1949. Notes on the theory of aggression. In: R.S. EISLER; H. HARTMAN; A. FREUD & E. KRIS (Ed.) *The Psychoanalytic study of the child*. New York: International University Press, p. 9-36.
- HAVIGHURST, R.J. 1948. *Developmental tasks and education*. New York: McKay.
- HASTINGS, R.P. & REMINGTON, B. 1998. The emotional dimension of working with challenging behaviours. *Clinical Psychological Forum*, 79, p. 11-16 [http:// www.soton.ac.uk/~psyweb/staffpages/rer /Emotion.html](http://www.soton.ac.uk/~psyweb/staffpages/rer/Emotion.html). 22.01.98.
- HEINRICH, J. 1993. *Aggression und Streß. Entlastung und Entspannung durch Abbau massiver Aggressionsformen*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- HELLER, T. 1904. *Grundriß der Heilpädagogik*, Leipzig: Engelmann.

- HENNICKE, K. & ROTTHAUS, W. (Ed.) 1993. *Psychotherapie und Geistige Behinderung*. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- HENNICKE, K. 1994. Therapeutische Zugänge zu geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen: Traditionelles und systemisches Konzept. *Geistige Behinderung*, 33, p. 95-110.
- HENSLE, U. 1988<sup>4</sup>. *Einführung in die Arbeit mit Behinderten*. Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- HETTINGER, J. 1996. Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypen und Kommunikation: die Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismussyndrom, die selbstverletzendes Verhalten zeigen. Heidelberg: Winter, Edition Schindler.
- HEYDE, S. 1992. Über die Selbstbeschädigung bei nicht psychiatrisch kranken Gefangenen. Eine Analyse aus den Jahren 1977 - 1988 in einer Justizvollzugsanstalt. Leipzig: Dissertation Universität Leipzig.
- HEUSER, Chr. 1998 *mündliche Mitteilung 05.10.1998*
- HILL, B.K. & BRUINIKS, R.H. 1984. Maladaptiv behavior of mentally retarded individuals in residential facilities. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, p. 380-387.
- HODAPP, R.M. & ZIEGLER, E. 1995. Past, present, and future issues in the developmental approach to mental retardation and development disabilities. In: D. CICHETTI & D.J. COHEN (ED.) 1995. *Developmental Psychology, Vol II: Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: Wiley, p. 299-331.
- HOHAGEN, F. 2000. Zwangsstörung. In: H. FÖRSTEL (Ed.) 2000. *Klinische Neuropsychiatrie. Neurologie psychischer Störungen und Psychiatrie neurologischer Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme, p. 47-60.
- HOHN, E. 1990. Ericsonian approaches to the treatment of mentally retarded human beings: hypnotherapeutic, systemic and strategic ideas. In: A. DOSEN; A. van GENNEP & G.J. ZWANIKKEN (Ed.) 1990 *Treatment of illness and behavioral disorder in the mentally retarded*. Proceedings of the international Congress, May 3<sup>rd</sup> & 4<sup>th</sup> 1990, Amsterdam: Logon Publications, p. 209-216.
- HOLSTEIN-BRINKMANN, H. 1993. *Soziale Arbeit und Systemtheorien*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- HOLTZ, K.-L. 1994. *Geistige Behinderung und Soziale Kompetenz. Analyse und Integration psychologischer Konstrukte*. Heidelberg: Schindler.
- HOWLIN, P. 1993. Behavioural techniques to reduce self-injurious behaviour in children with autism. *Acta-Paedopsychiatrica: International Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 56, 2, p. 75-84.
- HUTEAU, M. 1994. Débilité mentale. In: CHAMPY, P. & ÉTÉVÉ Ch. (Ed.) *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation*. Paris: Nathan, p. 227.
- ICD-10 1991. *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10) Kapitel V (F) psychischer Störungen*. Revision. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation. Bern: Huber (siehe auch: von DILLING, H, 1991)
- JACOBSON, J.W. 1993. Review: Mental Retardation 9<sup>th</sup> edition. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 4, p. 539-541.
- JACOBSON, J.W. & MULICK, J.A. 1992. A new definition of mentally retarded or a new definition of practice. *Psychology in Mental Retardation, and Developmental Disabilities*, 18, (2), p.9-14.
- JANTZEN, W. 1980. *Menschliche Entwicklung, allgemeine Therapie und allgemeine Pädagogik*. Solms: Oberbiel
- JANTZEN, W. 1987. *Allgemeine Behindertenpädagogik. Band I Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen*. Weinheim: Beltz.
- JANTZEN W. & LANWER-KOPPELIN (Ed.) 1996. *Diagnostik als Rehistorisierung Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen*.
- JANTZEN, W. & von SALZEN, W. 1990<sup>2</sup> (1986). *Autoaggressivität und selbstverletzendes Verhalten: Pathogenese, Neuropsychologie und Psychotherapie*. Berlin: Marhold.
- JOHNSON, W.L. & BAUMEISTER, A.A. 1978. Self-injurious behavior: a review and analysis of methodological details of published studies. *Behavior Modification*, 2, p. 465-487.
- JONES, R.S.-P. 1987. The relationship between stereotyped and self-injurious behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 60, p. 267-289.
- JONES, R.S.-P. & EARYES, C.B. (Ed.) 1993. *Challenging behaviour and intellectual disability: a psychological perspective*. Bristol: Bild-publications.

- JONES, R.S.-P.; WALSH, P.G. & STURMEY, P. 1995. Stereotyped movement disorders. Chichester: Wiley.
- KALLERT, Th.W. 1993. Ausgewählte Aspekte der Krankheitsverarbeitung und psychotherapeutischen Behandlung von Schlaganfallpatienten. *Rehabilitation*, 32, 2, p. 99-106.
- KANE, J.F. 1994. Schwere geistige Behinderung und selbstverletzendes Verhalten: neuere Überlegungen in der internationalen Diskussion. In: U. FISCHER, M.Th. HAHN, B. KLINGMÜLLER & M. SEIFERT (Ed.). 1994. WIS- TA Experten-Hearing 1993. Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: p. 78-96.
- KANE, J.F. & HETTINGER, J. 1987. Die Förderung von Menschen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen. *Geistige Behinderung*, 26, 1, p. 13-21.
- KANE, J.F. & KANE, G. 1976. Geistig schwer Behinderte lernen lebenspraktische Fertigkeiten. Bern: Huber.
- KELLY, I.A. & DRABMAN, R.S. 1977. The modification of socially detrimental behavior. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, p. 101-104.
- KING, B.H. 1993. Self-injury by people with mental Retardation: A compulsive behavior hypothesis. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 1, p. 93-112.
- KIRMAYER, L.J. & CARROLL, J. 1987. A neurobiological hypothesis on the nature of chronic self-mutilation. *Integrative Psychiatry*, 5, p. 212-213.
- KISCHKEL, W. & STRÖMER, N. 1986. Die Bedeutung des Tätigkeitskonzeptes Leontjews für das Verständnis von Stereotypen und selbstverletzenden Verhaltens. In: M. HOLODYNSKI (Ed.) Studien zur Tätigkeitsanalyse III. Materialien über die dritte Tagung zur Tätigkeitsanalyse A.N. LEONTJEWS, 31.01.-22.01.1986. Bielefeld: Universität Bielefeld, p. 111-128.
- KLAUB, Th. 1987a. Autoaggressives Verhalten bei geistig Behinderten. *Geistige Behinderung*, 26, 2, p.108-118.
- KLAUB, Th. 1987b. Verwehren oder fördern? Die Aufgabe des Psychologen im Heim für geistig Behinderte. München, Basel: Reinhardt.
- KLAUB, Th. 1995. Selbstverletzung & Selbstbestimmung. *Sonderpädagogik*, 25 (3) p. 124-136.
- KLAUB, Th. 1999. Ethische Fragen zum Umgang mit Verhaltenseigenarten bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 2/99, p. 33-44.
- KLEEMANN, J. 1994. Unheilbar gesund? Möglichkeiten und Grenzen einer systemischen Behandlung/Beratung im Kontext geistiger Behinderung. Henef: Handout 09,94.
- KOBI, E.E. 1983. Vorstellungen und Modelle zur Wesenserfassung geistiger Behinderung und zum Umgang mit geistig Behinderten. *Geistige Behinderung*, 22, 3, p. 155-166.
- KOCH, S. 1998. „Wenn ich mich schneide werde ich ruhig.“ *Psychologie heute*, 25, 9, p. 10-11.
- KOCH, A.; KANE, J.F.; JOCHMUS, I.; KANE, G. & WILHELMSTROOP-MEYER, A. 1979. Behandlung von Autoaggression auf lerntheoretischer Grundlage. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 28, p. 83-91.
- KOEGEL, R.L.; FIRESTONE, P.B.; KRAMME, K.W. & DUNLAP, G. 1974. Increasing spontaneous play by suppressing self stimulation in autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, p. 521-528.
- KOESKE, G.F. & KELLY, Th. 1995. The impact of overinvolvement on burnout and job satisfaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 2, (Apr. 1995), p. 282-292.
- KRAVITZ, H. & BOEHM, S. 1971. Rhythmic patterns in infancy: Their sequence, age of onset, and frequency. *Child Development*, 42, p. 399-431.
- KRAVITZ, H.; ROSENTHAL, V.; TEPLITZ, Z.; MURPHY, J.B. & LESSER, R.E. 1960. A study of headbanging in infants and children. *Diseases of the Nervous System*, 21, (1960) p. 203-208.
- KUHL, J. 1983. Emotion, Kognition und Motivation: II. Die funktionale Bedeutung der Emotionen für das problemlösende Denken und für das konkrete Handeln. *Zeitschrift für Sprache und Kognition*, Heft 4 (1983) p. 228-253.
- KUHL, J. 1992. Eine Theorie der Selbstregulation: Handlungs- versus Lageorientierung. *Selbstregulation und einige Anwendungen*. Osnabrück: Universität Osnabrück, Schriftenreihe Fb. Psychologie.
- KUHL, J. 1994. Handlungs- und Lageorientierung. *Forschungsberichte der Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie*, 96. Osnabrück: Selbstverlag der Universität Osnabrück. (erscheint in W. SARGRES (Ed.) *Managementdiagnostik*<sup>2</sup>. Göttingen: Hogrefe.

- KUHL, J. 1996. Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung. In: J. KUHL & H. HECKHAUSEN. *Motivation, Volition und Handlung*. Göttingen: Hogrefe. [= N. BIRBAUMER; D. FREY; J. KUHL; W. PRINZ & F.E. WEINERT (Ed.) 1996. *Enzyklopädie der Psychologie*. Themenbereich C Theorie und Forschung, Serie IV Motivation und Emotion, Band 4], p. 665-765.
- KUHL, J. & BECKMANN, J. 1994. Volition and personality: action versus state orientation. Göttingen: Hogrefe.
- KUHN, Th. 1967. *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- LANWER-KOPPELIN, W. 1997. Autoaggression bei Menschen mit einer sogenannten „geistigen Behinderung“ – Verstehende Zugänge und Möglichkeiten der pädagogischen Intervention. *Behindertenpädagogik*, 36, 3, p. 281-300.
- LAZARUS, R.S. 1966. *Psychological Stress and coping process*. New-York: Springer
- LEBOEUF, A. 1974. Aversion treatment of hadbanging in a normal adult. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, p. 197-199.
- LENNOX, D.B.; MILTENBERGER, R.G.; SPENGLER, P. & ERFANINAN, N. 1988. Decelerative treatment practices with persens who have mental retardations: A review of five years of the literature. *American Journal on Mental Retardation*, 92, p. 492-501.
- LEWIN, K. 1982. Feldtheorie und Experiment in der Sozialpsychologie. In K. LEWIN (Ed.) *Feldtheorie*. Werkausgabe, 4. Bern: Huber. p. 187-213.(original 1939: *Fieldtheory and experiment in social psychology*. Concepts and methods. *American Journal of Sociology*, 44, p. 868-897).
- LEWIS, M. & BODFISH, J. 1995. Dopamine and serotonin. In B. AZAR, 1995 APA Monitor Home Page The body can become addicted to self-injury. (<http://www.apa.org/monitor/dec95/selfhurt.html>) p.2.
- LEWIS, M.; SILVA, J.R. & SILVA, S.G. 1994. Cyclicity of aggression and selfinjurious behaviour in individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 4, p. 436-444.
- LINDMEIER, Ch. 1993. *Behinderung - Phänomen oder Faktum*. Bad Heilbrunn: Klinkhammer.
- LINGG, A. & THEUNISSEN, G. 1993. *Psychische Störungen bei geistig Behinderten: Erscheinungsformen, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht*.
- LOTZ, W. & KOCH, U. 1994. Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. In: W. LOTZ; U. KOCH & B. STAHL (Ed.) 1994. *Psychotherapeutische Behandlung Menschen mit Geistiger Behinderung - Bedarf, Rahmenbedingungen, Modelle*. Bern: Huber, p. 13-40.
- LOURIE, R.S. 1949. The role of rhythmic patterns in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 105, p. 653-660.
- LOVAAS, O.I. & SIMMONS, J.Q. 1969. Manipulation of self-destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, p. 143-157.
- LOVAAS, O.I. & SMITH, T. 1991. There is more to operant theory and practice. Commentary to Guess and Carr, 1991. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 3, p. 324-327.
- LOVAAS, O.I.; FREITAG, G.; GOLG, V.J. & KASOROLA, I.C. 1965. Experimental studies in childhood schizophrenia: Analysis of self-destructive behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2, p. 67-84.
- LUCKASSON, D.L.; COULTER, E.A.; POLLOWAY, S.; REISS, S.; SCHALOCK, R.L. SNELL; M.E.; SPITALNIK, D.M. & STARK, J.A. 1992<sup>9</sup>. *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington: American Association on Mental Retardation (AAMR).
- LUHMANN, N. 1988. Selbstreferentielle Systeme. In: F.B. SIMON, 1988. *Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktion in der Systemischen Therapie*. Berlin: Springer, p. 47-53.
- LUISELLI, J.K. 1992. *Self-injurious behavior: Analysis; assessment, and treatment*. New York: Springer.
- LUXBURG, J. von. 1994. Systemisch-ganzheitliche Ansätze zur Therapie „geistig Behinderter“ in den Systemen Familie und Frühförderung. In: W. LOTZ, U. KOCH & B. STAHL (Ed.) *Psychotherapeutische Behandlung Menschen mit Geistiger Behinderung -Bedarf, Rahmenbedingungen, Modelle*. Bern: Huber. p. 173-192.
- MALL, N. 1984. Basale Kommunikation. ein Weg zum anderen. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen. *Geistige Behinderung*, 23, 1, p.1-16.
- MANTEUFEL, A. & SCHIEPEK, G. 1995. Das Problem der Nutzung modemer Systemtheorien in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 43, 4, p. 325-347.
- MARKOWETZ, R. 1996. Körperliche Aktivierung. Ein Förderansatz für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und gravierenden Verhaltensproblemen. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 19, 2, p. 33-56.

- MARQUARD, A.; RUNDE, P. & WESTPHAL, G. 1993. Burnout - Bedingungen und Hintergründe: Skizze einer empirischen Untersuchung aus dem Bereich der Behindertenhilfe. *Behindertenpädagogik*, 32. Jhg. 2, p. 195 - 205.
- MASLACH, C. & JACKSON, 1981 *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C. & JACKSON, 1986<sup>2</sup> *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- MASLOW, 1954. *Motivation and personality*. New-York: Harpers & Row. (= *Motivation du Persönlichkeit* 1977, Olten: Walter.)
- MATURANA, H.R. & VARELA, F.J. 1987. *Der Baum der Erkenntnis: die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. München: Goldmann.
- MAYHEW, G.L. & HARRIS, F.C. 1979. Decreasing self-injurious behavior: punishment with citric acid and reinforcement of alternative behavior. *Behavior Modification*, 3, p. 322-336.
- MEINS, W. 1988a. Psychische Störungen geistig Behinderter und ihre Bedeutung in der Rehabilitation. In: F.BÖCKER & W. WEIG (Ed.) 1988. *Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie*. Berlin: Springer, p. 298-304.
- MEINS, W. 1988b. Psychopharmakogebrauch bei geistig behinderten Erwachsenen. *Psychiatrische Praxis*, 15, p. 218-222.
- MEINS, W. 1988c. Psychische Störung geistig Behinderter und ihre Bedeutung in der Rehabilitation. In: F. BÖCKER & W. WEIG (Ed.) 1988. *Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie*. Berlin: Springer, p. 298-304.
- MEINS, W. 1989a. Behandlung mit Psychopharmaka. Eine Untersuchung bei geistig behinderten Erwachsenen mit aggressivem Verhalten. *Geistige Behinderung*, 28, 1, p. 28-36.
- MEINS, W. 1989b. Aggressives Verhalten bei geistig behinderten Personen: Prävalenz und Zusammenhang mit sozialer Kompetenz und sozialer Unterstützung. *Heilpädagogische Forschung*, Bd. XV, 2, p. 98-103.
- MEINS, W. 1994. Psychische Störungen bei geistiger Behinderung -Prävalenz und psychopathologische Besonderheiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 42, 3, p. 274-285.
- MEINS, W. 1995. Demenz und geistige Behinderung, Alzheimersche Krankheit und Down-Syndrom. Eine aktuelle Literaturübersicht. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 3, p. 135-151.
- MENOLASCINO, F.J. 1988. Mental illness in the mentally retarded: diagnostic and treatment issues. In: J.A. STARK (Ed.) et. al. 1988. *Mental retardation and mental health*. New York: Springer.
- MENNINGER, K. 1935. A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations. *Psychoanalytic Quarterly*, 4, 408-466.
- MEYER, H. 1981. *Zur Psychologie der Geistigbehinderten - Ein kritischer Beitrag zur Theoriebildung*. Berlin: Marhold.
- MacMILLAN, D.L., GRESHAM, F.M. & SIPERSTEIN, G.N. 1993. Conceptual and Psychometric Concerns About the 1992 AAMR Definition of Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 3, p. 325-335.
- MIZUNO, T. & YUGARI, Y 1974. Self- mutilation in Lesch-Nyhan syndrome. *The Lancet*, 1, p. 761.
- MIZUNO, T. & YUGARI, Y 1975. Prophylactic effect of L-5hydroxytryptophan on self-mutilation in the Lesch-Nyhan syndrom. *Neuropädiatrie*, 6, p. 13-23.
- MÖLLER, H.-J. 1992. Autoaggressives Verhalten - medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. In: H.-J. MÖLLER & H. M. van PRAAG (Ed.) 1992. *Aggression und Autoaggression*. Berlin: Springer, p. 95-112.
- MÖLLER, H.-J. & van PRAAG, H.M. (Ed.) 1992. *Aggression und Autoaggression*. Berlin: Springer.
- MORELLE, C. 1985. *Automutilation chez la personne handicapée en institution*. Woluwé: Unveröffentlichtes Manuskript.
- MORELLE, C. 1995. *Le corps blessé. Automutilation psychiatrie et psychoanalyse*. Paris: Masson.
- MÜHL, H. & NEUKÄTER, H. 1998. Pädagogischer Umgang bei Menschen mit Selbstverletzendem Verhalten und geistiger Behinderung. Oldenburg: Universität Oldenburg, Institut für Sonderpädagogik, Prävention, Rehabilitation. *Kindheit und Entwicklung* 1998, 7 (2), p. 86-92.
- MÜHL, H.; NEUKÄTER, H.; SCHULZ, K. & BÖTTJER, E. 1996. *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung: ein Lehrbuch aus pädagogischer Sicht*. Bern: Haupt-Verlag.
- MULICK, J. & MEINHOLD, P. 1991. Evaluating models for the emergence and maintenance of stereotypy and self-injury. Commentary to Guess and Carr, 1991. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 3, p. 327-334.

- MÜLLER-HOHAGEN, J. 1993. Zur Situation der Psychotherapie mit Behinderten. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik & medizinische Psychologie*, 43, p. 224-229.
- MÜLLER-VAHL, K.R.; KOLBE, H. & DENGLER, R. 1997. Gilles de la Tourette-Syndrom - Eine aktuelle Übersicht. *Aktuelle Neurologie*, 24, p. 12-19.
- MURPHY, G.H.; OLIVER, C.; CORBETT, J.; CRAYTON, L.; HALES, J.; HEAD, D. & HALL, S. 1993. Epidemiology of self-injury, characteristics of people with severe selfinjury and initial treatment outcome. In: C. KIERNAN (Ed.) *Research to practice? Implications of research on challenging behaviour of people with learning disability*. Avon: Bild-Publications. p. 91-109.
- NATHAN, P.E. 1994. DSM IV: Empirical, Accessible, not yet ideal. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 1, 103-110.
- NEUHÄUSER, G. 1990. Klinische Syndrome {geistiger Behinderung}. In: G. NEUHÄUSER & H.-Ch. STEINHAUSEN (Ed.) 1990. *Geistige Behinderung: Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. Stuttgart: Klinkhammer, p. 100-200.
- NEUHÄUSER, G. 1997. Das Smith-Margenis-Syndrom. *Geistige Behinderung*, 36, 1, p.73-74.
- NEUHÄUSER, G. & STEINHAUSEN, H-Ch. (Ed.) 1999<sup>2</sup> (1990). *Geistige Behinderung: Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. Stuttgart: Klinkhammer.
- NISSEN, G. 1975. Zur Genese und Therapie der Autoaggressivität. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 3, 29-40.
- NISSEN, J.M. & HAVEMAN, M.J. 1997. Mortality and avoidable death in people wit severe self-injurious behavior: Results of a Dutch study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 3 p. 252-257.
- NYHAN, W.L.; JOHNSON, H.G.; KAUFMANN, I.A. & JONES, K.L. 1980. Serotonergic approaches to the modification of behavior in the Lesch-Nyhan Syndrome. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, p. 25-40.
- NORUSIS, M.J. 1994. *SPSS Professional Statistics 6.1*. Chicago, Il.: SPSS Inc.
- O'BRIEN, F. 1981. Treating self-stimulatory behavior. In: J.L. MATSON & J.R. McCARTNEY (Ed.) *Handbook of behavior modification with the mentally retarded*. New York: Plenum, p. 117-150.
- OLBRICHT, I. 1989. *Alles Psychisch? Der Einfluß der Seele auf die Gesundheit*. München: Kösel
- OLIVER, Ch. 1995. Annotation: Self-injurious behaviour in children with learning disabilities; recent advances in assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 6, p. 909-927.
- PETERSON, B.S.; J.F. LECKMAN & COHEN, D.J. 1995. Tourette's syndrome: a genetically predisposed and environmentally specified developmental psychopathology. In: D. CICHETTI & D.J. COHEN (ED.) 1995. *Developmental Psychology, Vol II: Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: Wiley, p. 213-242.
- PETERSON, R.F. & PETERSON, L.R. 1977. Hydropsychotherapy: Water as a punishing stimulus in the treatment of problem parent-child relationships. In: B.C. ETZEL; J.M. LeBLANC & D.M. BAER (Ed.) *New developments in behavioral research, therapy, and applications*. Hillsdale, N.Y.: L. Erlbaum.
- PLATTELLI-PALMARINI, 1997. Die Illusion zu wissen, Was hinter unseren Irrtümern steckt. Reinbeck: Rowohlt. (original: 1993. *L'illusione di sapere*. Milano: Mondadori.)
- PIAGET, J. 1969. *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett. (original: 1936. *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neufchâtel: Delachaux & Niesté).
- PIAGET, J. & INHELDER, B. 1973. *Die Psychologie des Kindes*. Olten: Walther
- PHILLIPS, R. & MUZAFFER, A. 1961. Some aspects of self-mutilation in the general population of a large psychiatry hospital. *Psychiatric Quarterly*, 35, p. 421-423.
- PREMACK, D. 1965. Reinforcement theory. In: D. LEVINE (Ed.) 1965. *Nebraska symposium on motivation*. 13, Lincoln, NB: University of Nebraska press, p. 111.
- PSYCHREMBEL. 1998<sup>(258)</sup> *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: Walter de Gruyter.
- RAU, H. 1995. Geistige Behinderung. In: R. OERTER & L. MONTADA (Ed.) *Entwicklungspsychologie*. München: PVU, p. 929-942.
- REMSCHMIDT, H. & SCHMIDT, M. 1985 *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Band II*. Stuttgart: Thieme.
- REISS, S.; LEVITAN, G.W. & SZYSZKO, J. 1982. Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567-574.

- RICHTER, H.E. 1969. Eltern, Kind, Neurose. Reinbeck: Rowohlt.
- RICKETTS, R.W. & GOZA, A.B. 1993. A 4-year follow-up of treatment of self-injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 1, p. 57-62.
- ROBERTSON, M.M. 1992. Self-injurious behaviour and Tourette Syndrome. In: T.N. CASE; A.J. FRIEDHOFF & D. J. COHEN (Ed.) 1992. *Advances in neurology*, 58. New York: Raven Press, p. 105-114.
- ROBERTSON, M.M.; TRIMBLE, M.R. & LEES, A. 1989. Self-injurious behaviour and the Gilles de la Tourette Syndrome: A clinical study and review of the literature. *Psychological Medicine*, 19, p. 151-154.
- ROHMANN, U. & ELBING, U. 1996. Kommunikative Aspekte der Autoaggressionsbehandlung innerhalb eines pragmatisch-systemischen Therapieansatzes. In Druck.
- ROHMANN, U. & ELBING, U. 1998. Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- ROHMANN, U. & FACION, J. 1984. Behandlung von Autoaggressionen unter besonderer Berücksichtigung verschiedener Methoden der Basis-Interaktion. Tagungsbericht auf der 6. Bundestagung des Bundesverbandes Hilfe für das autistische Kind e.V. Düsseldorf: „Therapeutische Ansätze in Theorie und Praxis“ p. 96-104.
- ROHMANN, U. & HARTMANN, H. 1985. Modifizierte Festhaltetherapie (MFT), eine Basistherapie zur Behandlung autistischer Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 3, p. 182-198.
- ROHMANN, U. & HARTMANN, H., 1992<sup>2</sup> (1988). Autoaggression Grundlagen und Behandlungsmöglichkeiten – Behinderung Autismus Psychose - Band I Dortmund: Verlag modernes lernen.
- ROHMANN, U.; ELBING, U. & HARTMANN, H. 1988. Autoaggression und Pulzfrequenz - eine Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 16, p. 210-216.
- ROHMANN, U.; ELBING, U. & HARTMANN, H. 1992. Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggression. *Praxis für Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie*, 37, p. 112-120.
- ROHMANN, U.; ELBING, U. & ROHMANN, H. 1990. Eine andere Welt - über das Erleben autistischer Kinder und unsere Fehler. In: S. DZIKOWSKI & Ch. ARENS (Ed.) *Autismus heute Band II Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder*. Dortmund: Verlag modernes lernen, p. 263-278.
- ROHMANN, U.; KALDE, M.; HARTMANN, H. & JAKOBS, G. 1988. Das therapeutische Konzept der Körperzentrierten Interaktion. In: S. DZIKOWSKI & Ch. ARENS (Ed.) *Autismus heute Band I* Dortmund: Verlag modernes lernen, p. 139-152.
- ROJAHN, J. 1986. Self-injurious and stereotypic behavior of noninstitutionalized mentally retarded people. Prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, p. 268-276.
- ROJAHN, J. 1994. Epidemiology and topographic taxonomy of self-injurious behavior. In: T. THOMPSON (Ed.) 1994. *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis, measurement, and evaluating treatment outcome*. Newbury Park, CA: Sage, p. 49-67.
- ROJAHN, J. & SISSON, L.A. 1990. Stereotyped behavior In: J.L. MATSON (Ed.) 1990<sup>2</sup> *Handbook of behavior modification with the mentally retarded*. New York: Plenum Press, p. 181-223.
- ROJAHN, J. & WEBER, G. 1995 Geistige Behinderung. In: MARGRAF, J. (Ed.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band II*. Berlin: Springer, p. 401-413
- ROSS, R.R. & MCKAY, H.B. 1979. Selfmutilation. Massachusetts: Lexington.
- ROTHENBERGER, A. 1993. Self-injurious behaviour (SIB) from definition to human rights. *Acta Paedopsychiatrica*, 2, p. 65-67.
- ROTHHAUS, W. 1989. Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38, p. 10-16.
- ROTHHAUS, W. 1996. Systemische Therapie mit geistig behinderten Menschen. *Behinderte: in Familie, Schule und Gesellschaft* 19.Jhg., 4, p. 45-52.
- RUSCH, R.G., HALL, J.C. & GRIFFIN, H.C. 1990. Abuse provoking characteristics of institutionalised mentally retarded individuals. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, p. 618-624.
- SACHSSE, U. 1996. Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SAJWAJ, T. & HEDGES, D. 1971. „side effects“ of a punishment procedure in an oppositional retarded child. Paper presented at Western Psychological Association San Francisco, CA.

- SAJWAJ, T.; LIBET, J. & AGRAS, S. 1974. Lemon juice therapy: the control of life-threatening rumination in a six-month old infant. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, p. 557-566.
- SALLUSTRO, F. & ATWELL, C. 1978. Body rocking, head banging, and head rolling in normal children. *Journal of pediatrics*, 93, p. 704-708.
- SANDMAN, C.A. 1988.  $\beta$ -Endorphin dysregulation in autistic and self-injurious behavior, a neurodevelopmental hypothesis. *Synapse*, 2, p. 193-199.
- SANDMAN, C.A. 1990. The opiat-hypothesis in autism and self-injury. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, p. 237-248.
- SAPOSNEK, D.T. & WATSON, L.S. 1974. The elimination of the self-destructive behavior of a psychiatric child: a case study. *Behavior Therapy*, 5, p. 79-89.
- SARIMSKI, K. & HOFFMANN, I.W. 1994. Erziehung behinderter Kinder: immer psychische Belastung und Überforderung? *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 41, 1, p. 22-30.
- SAß, H.; WITCHEM, H.-U. & ZAUDIG, M. 1996. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe. (siehe auch DSM-IV)
- SCHACKE, M. 1992. Ichstörungen bei Geistigbehinderten - Ansätze zu einem Verständnis. *Praxis der Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie*, 41, p. 119-129.
- SCHEERENBERGER, R.C. 1981. Deinstitutionalization: trends and difficulties. In: R.H. BRUININKS; C.E. MEYERS; B.B. SIGFORD & K.C. LAKIN (Ed.) *Deinstitutionalization and community adjustment of mentally retarded people* (4) Washington, DC: American Association on Mental Retardation, (AAMR) p. 3-13.
- SCHLIPPE, A., von 1996 (Ed.) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- SCHLOSSER, R.W. & GOETZE, H. 1991. Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung: Eine Metaanalyse von Einzelfalluntersuchungen zur Effektivität von Interventionen. *Sonderpädagogik*, 21, p.138-154.
- SCHNEIDER, M.J.; BIJAM-SCHULTE, A.M.; JANSSEN, C.G. & STOLK, J. 1996. The origin of self-injurious behaviour of children with mental retardation. *British Journal of Developmental Disabilities*, Vol.42, p. 136-148.
- SCHNELL, R. HILL, P.B. ESSER, E. 1999. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München. Oldenbourg.
- SCHROEDER, S. R.; ROJAHN, J.; MULICK, J.A. & SCHROEDER, C.S. 1990. Self-injurious behavior. In J.L. MATSON (Ed.) 1990<sup>2</sup>. *Handbook of behavior modification with the mentally retarded*, New York: Plenum Press, p. 141-180.
- SCHROEDER, S. R.; ROJAHN, J.; & REESE, M.R. 1997. Brief report: reliability and validity of instruments for assessing psychotropic medication effects on self-injurious behavior in mental retardation. *Journal of autism and developmental disorders*, 27, 1, p. 89-102.
- SCHUCKER, W. 1994. Verhaltenstherapeutische Ansätze in der stationären Behandlung Menschen mit Geistiger Behinderung. In: W. LOTZ; U. KOCH & B. STAHL (Ed.) 1994. *Psychotherapeutische Behandlung Menschen mit Geistiger Behinderung - Bedarf, Rahmenbedingungen, Modelle*. Bern: Huber, p. 153-172.
- SCHÜLER-SPRINGORUM, H. 1992. Aggression und Autoaggression: Zur Phänomenologie, Terminologie und gesellschaftlicher Reaktion. In: H.-J. MÖLLER & H.M. van PRAAG (Ed.) 1992. *Aggression und Autoaggression*. Berlin: Springer, p. 171-174.
- SCHULTE, W. & TÖLLE, R. 1973. *Psychiatrie*. Berlin: Springer
- SCHWARZ, J.A. 1991. Die Europäischen GCP-Empfehlungen. *Münchener medizinische Wochenschrift*. 133, 18, p. 285-286.
- SCHWARZER, R. 1994. Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 2, p. 105-123.
- SCHWARZER, R. & WEINER, B. 1990 Die Wirkung von Kontrollierbarkeit und Bewältigungsverhalten auf Emotionen und soziale Unterstützung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 21, 2, p. 118-125.
- SCHWENDTKE, A. (Ed.) 1995 *Wörterbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- SCOTTI, J.R.; EVANS, I.M.; MEYER, L. & WALKER, P. 1991. A meta-analysis of intervention research with problem behavior: treatment validity and standards of practice. *American Journal on Mental Retardation*, Vol 96, 3, p. 235-256.

- SEIDENSTÜCKER, E. 1995. Geistige Behinderung. In: A. SCHWENDTKE (Ed.) Wörterbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Heidelberg: Quelle & Meyer, p. 164.
- SEIFERT, M. 1995 Problemverhalten - eine Herausforderung für Mitarbeiter. *Geistige Behinderung*, 34, 2, p. 120-135.
- SELIGMAN, M.E. 1995. *Erlebte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.
- SELINKOWITZ, M. 1992. Down-Syndrom. Krankheitsbild - Ursache - Behandlung. Heidelberg: Spektrum.
- SELYE, H. 1956. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- SHENTOUB, S.A. & SOULAIRAC, A. 1961. L'enfant automutilateur: Les conduites automutilatrices dans l'ensemble du comportement psychomoteur normal. *Etude de 300 cas. Psychiatrie de l'enfant*, 3 p. 111-145.
- SINASON, V. 1986. Secondary mental handicaps and its relationship to trauma. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2, p. 131-154.
- SINGH, N.N.; SINGH, Y.N. & ELLIS, C.R. 1992. Psychopharmacology of self-injury. In: J.K. LUISELLI; J.L. MATSON & N.N. SINGH (Ed.) *Self-injurious behavior: Analysis, assessment and treatment*. New-York: Springer, p. 307-351.
- SKINNER, B.F. 1953. *Science and human behavior*. New York: MacMillian.
- SORRENTINO, A.M. 1988. *Behinderung und Rehabilitation. Ein systematischer Ansatz*. Dortmund: Verlag modernes lernen. (original: handicap e reabilitazione. Una bussola sistematica nell'universo relationale del bambino handicappato).
- SPECK, O. 1996<sup>3</sup> *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München: Reinhardt.
- SPECK, O. 1990<sup>6</sup>. *Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. ein heilpädagogisches Lehrbuch*. München: Reinhardt.
- SPITZ, R.A. 1972 *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr*. Stuttgart: Klett.
- SPITZ, R.A. 1973 *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen*. Stuttgart: Klett.
- STARK, J.A. & MENOLASCINO, F.J. 1992. Mental retardation and mental illness in the year 200: issues and trends. In: L. ROWITZ (Ed.) *Mental retardation in the year 200*. New York: Springer, p. 149-162.
- STEINERT, T. 1995. *Aggression bei psychisch Kranken*. Stuttgart: Enke.
- STEINHAUSEN, H.-Ch. 1999. Allgemeine und klinische Psychopathologie. In: G. NEUHÄUSER & H.-Ch. STEINHAUSEN (Ed.) 1999<sup>2</sup>. *Geistige Behinderung: Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. Stuttgart: Klinkhammer, p. 72-81.
- STRAßMEIER, W. 1994. Wo drückt der Schuh am meisten? *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 45, 9, p. 612-620.
- STRAßMEIER, W. 1995. Wo drückt der Schuh am meisten? Teil II. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 46, 5, p. 235-243.
- STREICHENWEIN, S.M. & THORNBLY, J.I. 1995. A long-term double blind, placebo-controlled crossover trial of the efficacy of fluoxetine for trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 152, 8, p. 1192-1196.
- STRÖMER, S. & FACION, 1980. *Zuwendungsverhalten von Erziehern gegenüber geistig behinderten autoaggressiven Kindern in einer Kinderheilstätte*. Münster: Universität Münster, unveröffentlichte Diplomarbeit.
- SWIENTEK, Ch. 1982. *Autoaggressivität bei Gefangenen aus pädagogischer Sicht. Ergebnisse sozialpädagogischer Arbeit mit suizidgefährdeten Gefangenen und Vorschläge zur Prophylaxe und Krisenintervention*. Göttingen: Schwartz.
- TANNER, B.A. & ZEILER, M. 1975. Punishment of self-injurious behavior using aromatic ammonia as the aversive stimulus. *Journal of Applied behavior Analysis*, 8, p. 53-57.
- TATE, B.G. 1972. Case study: control of chronic self-injurious behavior by conditioning procedures. *Behavior Therapy*, 3, p. 72-83.
- TATE, B.G. & BAROFF, G.S. 1966. Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behavior Research and Therapy*, 4, p. 281-287.
- TAYLOR, D.V.; RUSH, D.; HETRICK, W.P. & SANDMAN, C.A. 1993. Self-injurious behavior within the menstrual cycle of woman with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 6, p. 659-664.
- TAYLOR, I.; O'REILLY, M.F. LANCIONI, G. 1995. Examining the effects of a consultation model to train teachers to treat self-injury. *International Journal of Disability Development and Education* (in Press).

- TEEGEN, F. & WIEM, S. 1999. Selbstverletzendes Verhalten als dysfunktionale Bewältigungsstrategie – Eine Befragung Betroffener im Internet. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, p. 386-398.
- TEWES, U. & WILDGRUBE, K. 1992. *Psychologie-Leikon*. München: R.Oldenbourg.
- THEUNISSEN, G. 1996. Menschen mit Geistiger Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten zwischen Heilpädagogik und Psychiatrie. *Behinderte: in Familie, Schule und Gesellschaft*. 19. Jhg. 4, p. 5 - 14.
- THEUNISSEN; G. 1997. Non-YARVIS. Über „Grenzfälle“ zwischen Pädagogik und Psychiatrie. In: G. WEBER, 1997. *Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, p.189-209.
- THEUNISSEN; G. 1999. Label: Non-YARVIS. Von der Etikettierung zum Verstehen behinderter Menschen. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 2/99, p.45-56.
- THIMM, W. 1990. Epidemiologische und soziokulturelle Faktoren geistiger Behinderung. In: G. NEUHÄUSER & H.-CH. STEINHAUSEN (Ed.) *Geistige Behinderung: Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. Stuttgart: Klinkhammer, p. 9-23.
- THOMAS, W.J. 1966 On social organisation and social personality [original 1928:] Wiederabdruck in J. MORRIS (Ed.) 1966. „W.J. Thomas. Situational analysis: the behavior pattern and the situation.“ Chicago: University Press.
- TÖRNE, J. von, 1974. Zur Ätiologie der Automutilation im Kinder und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Band 2, Heft 3, p. 261-278.
- TOMM, K. 1994. *Die Fragen des Beobachters - Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie*. Heidelberg: Auer.
- TRÖSTER, H. 1994. Prevalence and functions of stereotyped behaviors in nonhandicapped children in residential care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 1, p. 79-97.
- VALENSTEIN, E.S. 1976. Stereotyped behavior and stress. In: G. SERBAN (Ed.) 1976. *Psychopathologie of human development*. New York: Plenum Press, p. 113-124.
- VOB, R. 1998. Laßt uns Zeit. Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter und die soziale Dimension der Zeit. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 2/98, p. 19-27.
- WARNKE, A. 1995. Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie - was ist das? *Geistige Behinderung*, 34, 4, p. 282-297.
- WARREN, S.A. & BURNS, N.R. 1970. Crib confinement as a factor in repetitive and stereotyped behavior in retardates. *Mental Retardation*, 8, p.25-28.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. & JACKSON, D.D. 1969. *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- WEBER, D. 1970. *Der frühkindliche Autismus*. Bern: Huber.
- WEBER, G. 1996 *Mündliche Mitteilung*.
- WEBER, G. 1997a. (Ed.) *Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung*. Bern, Göttingen: Huber
- WEBER, G. 1997b. *Intellektuelle Behinderung, Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter*. Wien: WUV.
- WEBER, H. 1992. Effektiver Umgang mit Ärger. *Psychomed*, 4, p. 187-190.
- WEGENER, H. 1963. *Die Rehabilitation der Schwachbegabten*. München:
- WENDELER, J. 1993. *Geistige Behinderung - pädagogische und psychologische Aufgaben*. Weinheim & Basel: Beltz.
- WENDT, A. & PETERMANN, F. 1996. Meßverfahren zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 44, 1, p. 3-32.
- WHO (Ed.). 1974. *International Classification of impairments, disabilities, and handicaps*. Geneva: ???
- WEIß, J.; SCHNEEWIND, K.A. & OLSON, D.H. 1995. Die Bedeutung von Stressoren und Ressourcen für die psychische und physische Gesundheit - ein multisystemischer Ansatz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, Heft 3, p. 165-182.
- WIELAND, H. 1991. Die Zuspitzung einer lebenslangen Benachteiligung. Zur Lebenssituation alternder und alter Menschen mit geistiger Behinderung - einige theoretische und empirische Anmerkungen. In: LANDESVERBAND

- RHEINLAND (Ed.) Geistig Behinderte im Alter. Auf der Suche nach geeigneten Wohn- und Betreuungsformen. Köln. Eigenverlag, p. 9-18.
- WIELAND-ECKELMANN, R. 1992. Belastungsbewältigung im Spannungsfeld von Arbeit, Erholung und Persönlichkeit. Psychomed, 4, p. 181-186.
- WIESELER, N.A.; HANSON, R.H. CHAMBERLAIN, T.P. & THOMPSON, T. 1985. Functional taxonomy of stereotypic and self-injurious behavior. Mental Retardation, 23, 230-234.
- WINCHEL, R.M. % STANLY, M. 1991. Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. American Journal of Psychiatry, 3, p.306-317.
- WITTCHEN, H.-U.; SAß, H.; ZAUDIG, M. & KOEHLER, K. 1991<sup>3</sup> Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Weinheim: Beltz, (siehe auch DSMIII-R).
- WITTE, F. 1898. Über einen Fall von Selbstbeschädigung bei einer hysterischen Frau. Kiel Dissertation Universität Kiel.
- WOLF, A. 1996. Ärger: Was tun gegen das Killergefühl. Psychologie Heute, 23, 4, p. 20-25.
- WOLF, M.; RISLEY, T.; MEES,H. 1964. Application of operant conditioning procedures to behavior problems of an autistic child. Behavior Research and Therapy, 1 p. 305-312.
- ZASLOW, R.W. & BREGER, L.A. 1969. A theory and treatment of autism. In BREGER, L.A. (Ed.) clinical cognitive psychology. Models and integration. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- ZERSSEN, D. von, 1976. Die Beschwerdenliste. Weinheim: Beltz
- ZIEGLER, J. 1977. Wahnsinn aus Methode. Bemerkungen zu Watzlawicks populärer Kommunikationstheorie. Argument, Sonderband 15, p. 7-27.
- ZIEGLER, J. 1978. Kommunikation als paradoxer Mythos. Weinheim. Beltz.

# FRAGEBOGEN

---

ZUR

*BETROFFENHEIT*

VON

*BETREUUNGSPERSONEN*

DURCH

*AUTOAGGRESSIVE VERHALTENSWEISEN*

BEI

MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

---

dipl. Päd. & dipl. Psych.  
Arthur F. Limbach-Reich

- Fachbereich I -  
Pädagogik, Philosophie, Psychologie

Universität Trier

54286 Trier

in Zusammenarbeit mit  
Prof. Dr. H.G. HOMFELDT (Universität Trier)  
Prof. Dr. A. FRÖHLICH (Universität Landau)  
1997

## ALLGEMEINE HINWEISE

Die Datenerhebungen und die Auswertungen erfolgen **absolut anonym**. Sie müssen an keiner Stelle des Fragebogens Ihren Namen nennen oder Ihre Identität preisgeben.

Anliegen der schriftlichen Befragung ist es, Ausmaß und Auswirkungen von Autoaggressionen auf die Betreuungspersonen in Institutionen zu ermitteln.

Unter Autoaggressionen sollen im Folgenden Verhaltensweisen verstanden werden, bei denen eine Person sich selbst z.B. schlägt, beißt, kratzt oder sehr stark stimuliert, oder sich Selbstverletzungen beibringt. Autoaggressionen können sich von harmlosen Formen bis zu schweren und lebensbedrohlichen Verletzungen erstrecken.

Ziel der Untersuchung ist es, ein geeignetes Hilfskonzept zur Bewältigung autoaggressiver Handlungsweisen zu entwickeln.

Neben einigen wenigen Fragen zu statistischen Zwecken liegt uns ausschließlich daran, Ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen kennenzulernen. Daher gibt es hier keine richtigen oder falschen Antworten.

Ihre Meinungen, Erfahrungen, Einstellungen und Gefühle können Sie uns dadurch mitteilen, indem Sie vorformulierte Aussagen an Hand gegebener Meß-Skalen durch Ankreuzen bewerten. Die einzelnen Skalen sehen dabei unterschiedlich aus.

Irrtümlich angekreuzte Antwortvorgaben kreisen Sie bitte ein und vergessen Sie bitte nicht, die nun zutreffende Zahl beziehungsweise den zutreffenden Buchstaben anzukreuzen.

### Korrekturbeispiele:

1	2	3	4	5	6
		a	b		

***vorab, vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit und Mühe***

Zu Beginn benötigen wir einige statistische Daten. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an oder tragen Sie die gewünschte Information ein.

- <sup>1</sup>Ich bin (SEX) ...eine Frau / ...ein Mann
- <sup>2</sup>Mein Geburtsjahrgang ist (GEB) 19\_\_
- <sup>3</sup>Ich habe eine abgeschlossene Berufsausbildung als (AUSBILD) \_\_\_\_\_
- <sup>4</sup>Momentan arbeite ich als (MOMTAET) \_\_\_\_\_
- <sup>5</sup>Ich bin im *Sozialen Bereich* tätig seit (JOBJAHR) 19\_\_
- <sup>6</sup>Ich habe bereits an Fortbildung(en) über autoaggressive Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen teilgenommen. (FORTBIL) nein...  
ja... -> wann zuletzt? 19\_\_
- <sup>7</sup>Ich beobachte autoaggressive Verhaltensweisen mindestens: (BEOBAA) ...1 Mal im Jahr oder seltener  
...ein paar Mal im Jahr  
...monatlich  
...ein paar Mal im Monat  
...wöchentlich  
...ein paar Mal in der Woche  
...täglich  
...ein paar Mal am Tag
- <sup>8</sup>Beschreiben Sie bitte kurz die schlimmste autoaggressive Verhaltensweise, die Sie je bei einer Person mit geistiger Behinderung erlebt haben. (SCHLIAA) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- <sup>9</sup>Haben Sie Gelegenheit zur Supervision oder fachlichen Beratung im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit autoaggressiven Verhaltensweisen? (SUPERVI) 0.. nein, nie  
0.. ca. 1 Mal jährlich  
0.. ca. 1 Mal im Monat  
0.. ca. 1 Mal pro Woche  
0.. ca. \_\_\_\_\_
- <sup>10</sup>Wieviele Personen mit autoaggressiven Verhaltensweisen haben Sie zu betreuen? (AAPERSO) \_\_\_\_\_ autoaggressive Personen

Zunächst ein paar allgemeine Fragen zu Ihrer generellen Handlungsorientierung. Es geht hierbei um die Tendenz, lieber bei einer einmal gewählten Tätigkeit zu verbleiben oder einen Wechsel der Tätigkeiten vorzuziehen. Hier stehen Ihnen nur zwei Antwortmöglichkeiten zur Wahl. Bitte kreuzen Sie jeweils nur die Antwortmöglichkeit an, die für Sie eher zutrifft. (entweder a oder b)

Handlungsorientierung
-----------------------

- <sup>1</sup>Wenn ich ein neues, interessantes Spiel gelernt habe, dann  
 a) habe ich auch bald wieder genug davon und tue etwas anderes.  
 b) bleibe ich lange in das Spiel vertieft.
- <sup>2</sup>Wenn ich für etwas mir Wichtiges arbeite, dann  
 a) unterbreche ich gern zwischendurch, um etwas anderes zu tun.  
 b) gehe ich so in der Arbeit auf, daß ich lange Zeit dabei bleibe.

<sup>3</sup>Wenn ich einen interessanten Film sehe, dann

- a) bin ich meist so vertieft, daß ich gar nicht auf den Gedanken komme zu unterbrechen.
- b) habe ich zwischendurch trotzdem manchmal Lust, zu unterbrechen und etwas anderes zu machen.

<sup>4</sup>Wenn ich mich lange Zeit mit einer interessanten Sache beschäftigt habe, dann

- a) denke ich manchmal darüber nach, ob diese Beschäftigung auch wirklich nützlich ist.
- b) gehe ich meist so in der Sache auf, daß ich gar nicht daran denke, wie sinnvoll sie ist.

<sup>5</sup>Wenn ich einen interessanten Artikel in der Zeitung lese, dann

- a) bin ich meist sehr in das Lesen vertieft und lese den Artikel zu Ende.
- b) wechsele ich trotzdem oft zu einem anderen Artikel, bevor ich ihn ganz gelesen habe.

<sup>6</sup>Auf einer Urlaubsreise, die mir recht gut gefällt,

- a) habe ich nach einiger Zeit Lust, etwas ganz anderes zu machen.
- b) kommt mir bis zum Schluß nicht der Gedanke etwas anderes zu machen.

<sup>7</sup>Wenn ich mit einem Nachbarn über ein interessantes Thema rede, dann

- a) entwickelt sich leicht ein ausgedehntes Gespräch.
- b) habe ich bald wieder Lust, etwas anderes zu tun.

<sup>8</sup>Wenn ich mit einer interessanten Arbeit beschäftigt bin, dann

- a) suche ich mir zwischendurch gern eine andere Arbeit.
- b) könnte ich unentwegt weitermachen.

<sup>9</sup>Wenn ich mich auf einer Party mit jemandem über ein interessantes Thema unterhalte, dann

- a) kann ich mich für lange Zeit in das Thema vertiefen.
- b) wechsele ich nach einiger Zeit gern zu einem anderen Thema.

<sup>10</sup>Wenn ich bei einem Spiel viel besser abgeschnitten habe als die übrigen Spieler, dann

- a) habe ich Lust mit dem Spiel aufzuhören.
- b) möchte ich am liebsten gleich weiter spielen.

<sup>11</sup>Wenn ich etwas Interessantes lese, dann

- a) beschäftige ich mich zwischendurch zur Abwechslung auch mit anderen Dingen.
- b) bleibe ich oft sehr lange dabei.

<sup>12</sup>Wenn ich versuche etwas Neues zu lernen, das mich sehr interessiert, dann

- a) vertiefe ich mich für lange Zeit in diese Sache.
- b) unterbreche ich gern nach einiger Zeit, um mich anderen Dingen zuzuwenden.

(SUMME = HOT)

*Woran liegt es Ihrer Auffassung nach, wenn geistig behinderte Menschen sich selbst verletzen oder autoaggressiv werden beziehungsweise bleiben? Welche Ursachen oder Auslöser sind Ihrer Meinung nach verantwortlich? Was hält Autoaggressionen aufrecht? Hier steht Ihnen folgende Antwortskala zur Verfügung:*

- 1= stimmt gar nicht :=> maximale Ablehnung
- 2= stimmt weitgehend nicht :=> mittlere Ablehnung
- 3= stimmt eher nicht :=> geringe Ablehnung
- + 4= stimmt eher :=> geringe Zustimmung
- ++ 5= stimmt weitgehend :=> mittlere Zustimmung
- +++ 6= stimmt ganz genau :=> maximale Zustimmung

*Kreuzen Sie bitte jeweils die Zahl an, welche ihrer persönlichen Meinung, Erfahrung oder ihrem Gefühl am besten entspricht! Ein Beispiel:*

*A u s s a g e:*

*B e w e r t u n g:*

<i>stimmt</i>	<i>stimmt</i>
<i>gar</i>	<i>ganz</i>
<i>nicht</i>	<i>genau</i>

*Wer sich selbst schlägt, spürt keine Schmerzen*

---	--	-	+	++	+++
1	2	3	4	5	6

*Wenn Sie der Meinung wären, daß diese Aussage "weitgehend stimmt", so sollten Sie die Zahl "5" ankreuzen!*

Auslöser, Ursachen und Faktoren, die Autoaggressionen aufrechterhalten
--

AUSSAGE	BEWERTUNG					stimmt ganz genau
	stimmt gar nicht					
<sup>1</sup> Mondphasen, Jahreszeiten, Wetter (URS1MON)	1	2	3	4	5	6
<sup>2</sup> Medizinische Ursache oder Krankheit (URS2MED)	1	2	3	4	5	6
<sup>3</sup> Folge der geistigen Behinderung (URS3GB)	1	2	3	4	5	6
<sup>4</sup> Eigentümliche Form der Befriedigung des Mitteilungsbedürfnisses (URS4MIT)	1	2	3	4	5	6
<sup>5</sup> Lärm, Enge, Hektik, Streß (URS5LEH)	1	2	3	4	5	6
<sup>6</sup> Psychische oder emotionale Störung (URS6PES)	1	2	3	4	5	6
<sup>7</sup> Austesten der eigenen Körperempfindungen oder Körperregionen (URS7KER)	1	2	3	4	5	6
<sup>8</sup> Suche nach Aufmerksamkeit, Stimulation oder Zuwendung (URS8ASZ)	1	2	3	4	5	6
<sup>9</sup> Reaktion bei Überforderung (URS9RBU)	1	2	3	4	5	6
<sup>10</sup> Vermeiden, verweigern einer Aufgabe (URS10VV)	1	2	3	4	5	6
<sup>11</sup> Bewußte Provokation (URS11BP)	1	2	3	4	5	6
<sup>12</sup> Verhaltensweisen der Eltern URS12EL)	1	2	3	4	5	6
<sup>13</sup> Fehlverhalten von Betreuungsperson(en) (URS13FB)	1	2	3	4	5	6
<sup>14</sup> Unstimmigkeit in der Betreuer/innen-Gruppe (URS-14UB)	1	2	3	4	5	6
<sup>15</sup> Koordinations- oder Leitungsprobleme, bzw. institutionelle Rahmenbedingungen (URS15KL)	1	2	3	4	5	6
<sup>16</sup> Lustvolle Selbststimulation (URS16LS)	1	2	3	4	5	6
<sup>17</sup> Durchsetzung eigener Bedürfnisse, Wünsche oder Interessen (URS17DU)	1	2	3	4	5	6
<sup>18</sup> sonst: (Urs18SO)	1	2	3	4	5	6
_____						
_____						

Wie fühlen Sie sich als Betreuer/in oder Bezugsperson angesichts autoaggressiver und selbstverletzender Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung? Zur Beantwortung steht Ihnen auch hier die gleiche Skala wie oben zur Wahl.

emotionale Betroffenheit durch Autoaggression						
AUSSAGE	BEWERTUNG					stimmt ganz genau 6
	stimmt gar nicht 1	2	3	4	5	
<sup>1</sup> Es macht mir nichts aus zu sehen, wenn sich jemand autoaggressiv verhält. (EB1MANI)	1	2	3	4	5	6
<sup>2</sup> Ich kann ruhig bleiben, auch wenn Selbstverletzungen drohen. (EB2RUHI)	1	2	3	4	5	6
<sup>3</sup> An Autoaggressionen bei geistig behinderten Menschen habe ich mich gewöhnt. (EB3GEWO)	1	2	3	4	5	6
<sup>4</sup> Es gelingt mir auch im Falle von Selbstverletzungen Ruhe zu bewahren. (EB4RUHE)	1	2	3	4	5	6
<sup>5</sup> Ich lasse mir durch Autoaggressionen nicht die Freude an der Arbeit nehmen. (EB5FREU)	1	2	3	4	5	6
<sup>6</sup> Ich bin bisweilen froh, wenn sich Behinderte selbst schlagen, statt andere anzugreifen. (EB6FRO)	1	2	3	4	5	6
<sup>7</sup> Je mehr ich mit autoaggressivem Verhalten zu tun bekomme, um so neugieriger bin ich, mehr darüber zu erfahren. (EB7NEUG)	1	2	3	4	5	6
<sup>8</sup> Ich habe keine Angst vor autoaggressiven Verhaltensweisen während der Arbeit. (EB8KEIA)	1	2	3	4	5	6
<sup>9</sup> Autoaggressionen und Selbstverletzungen flößen mir Angst und Schrecken ein. (EB9SCHR)	1	2	3	4	5	6
<sup>10</sup> Je häufiger Autoaggressionen vorkommen, um so größer wird meine Angst. (EB10GRA)	1	2	3	4	5	6
<sup>11</sup> Ich kann Betreuer/innen verstehen, die sich vor autoaggressiven Personen fürchten. (EB11VBF)	1	2	3	4	5	6
<sup>12</sup> Bei heftigen Autoaggressionen gerate ich in Panik. (EB12PAN)	1	2	3	4	5	6
<sup>13</sup> Ich habe Angst, wenn ich etwas tun muß, was bei Behinderten eine autoaggressive Krise auslösen könne. (EB13ANG)	1	2	3	4	5	6
<sup>14</sup> Ich werde wütend, wenn sich ein Behinderter immer wieder selbst schädigt. (EB14WUT)	1	2	3	4	5	6
<sup>15</sup> Es ärgert mich, wenn Behinderte autoaggressives Verhalten zeigen, um etwas durchzusetzen. (EB15ARG)	1	2	3	4	5	6
<sup>16</sup> Am liebsten würde ich auch einmal hinlängen, wenn sich jemand ständig selbst schlägt, kratzt oder beißt. (EB16HIN)	1	2	3	4	5	6
<sup>17</sup> Ich verstehe Kollegen/innen, die auf autoaggressive Bewohner zornig sind. (EB17ZOR)	1	2	3	4	5	6

18Ich merke, daß ich bei autoaggressiven Personen unruhig und gereizt werde. (EB18GER)	1	2	3	4	5	6
19Je länger ich mit autoaggressiven Menschen zusammen bin, um so aggressiver werde ich bisweilen selbst. (EB19AGG)	1	2	3	4	5	6
20Ich bin unsicher, wie ich mich bei Selbstverletzungen verhalten soll. (EB20UNS)	1	2	3	4	5	6
21Angesichts der Autoaggressionen und Selbstverletzungen behinderter Menschen fühle ich mich hilflos. (EB21HIL)	1	2	3	4	5	6
22Je länger ich mit autoaggressiven behinderten Menschen arbeite, um so größer wird meine Hilflosigkeit. (EB22GHI)	1	2	3	4	5	6
23In der Arbeit mit Autoaggressiven erfahre ich auch Lob und Anerkennung. (EB23LOB)	1	2	3	4	5	6
24Ich bin auf meine Arbeit mit autoaggressiven behinderten Menschen stolz. (EB24STO)	1	2	3	4	5	6
25Ich empfinde die Arbeit mit autoaggressiven Menschen als Erfüllung einer religiösen Aufgabe. (EB25REL)	1	2	3	4	5	6

*Welche Maßnahmen werden bei autoaggressiven Verhaltensweisen von Ihnen in die Wege geleitet und wie schätzen Sie generell den Erfolg der erwähnten Maßnahmen ein. Auch, wenn Sie diese selbst noch nie durchgeführt haben, würden wir gerne Ihre Meinung oder Vermutung dazu erfahren. Es stehen Ihnen daher gleich zwei Skalen zur Verfügung. Mit der Skala "Anwendung" können Sie uns mitteilen wie häufig die Maßnahme (abgestuft von "nie"=1 bis "oft"=6) jeweils eingesetzt wird. Die Skala "Erfolg" erfragt jeweils Ihre diesbezügliche Einschätzung der Maßnahme, ebenfalls in abgestufter Form (1= geringer Erfolg bis 6= guter Erfolg).*

Anwendung und Erfolg von Maßnahmen bei Autoaggressionen
---

Maßnahme	Anwendung						Erfolg					
	nie		3	4	5	oft	gering		3	4	5	gut
	1	2				6	1	2				6
1Ablenken, Aufmerksamkeit auf etwas anderes führen (MA1ABL/A/E)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2Bewußtes Ignorieren, Abwenden, Wegschauen (MA2BIG/A/E)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3Verbal bremsen, anrufen (MA3VBR/A/E)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
4Schimpfen oder drohen (MA4VBR/A/E)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5Klappse und körperliche Bestrafungen (MA5KLA/A/E)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
6Verstärkerentzug, Wegnahme eines angenehmen Reizes oder Objektes (MA6VEN/A/E)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7Timeout: in ein anders Zimmer führen, soziale Isolierung (MA7OUT/A/E)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
8Elektroschocks (MA8ELE/A/E)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

<sup>9</sup> Anbinden, Fixieren, Manschetten, Schutzhelm etc. (MA9AFM/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>10</sup> Einem Facharzt vorstellen (MA10FA /A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>11</sup> Verstärken von Tätigkeiten, die mit Autoaggressionen unvereinbar sind (MA11-VE/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>12</sup> Belohnen in autoaggressionsfreien Zeiten (MA12BE/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>13</sup> Bereitstellen eines alternativen Stimulations / Kommunikationsangebotes (MA13-AK/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>14</sup> Aufmerksamkeit schenken, trösten, körperlichen Kontakt herstellen (MA14AU/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>15</sup> Medikamentöse Behandlung (MA15MB /A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>16</sup> Paradoxe Intervention (z.B. Auffordern zu weiterer Autoaggression) (MA16 PI/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>17</sup> Umlenken der Selbstaggression auf ein anderes Objekt, z.B. Kissen schlagen (MA17UM/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>18</sup> Psychologe/in einschalten (MA18PS /A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>19</sup> Beseitigung äußerer Ursachen oder aufrechterhaltender Bedingungen der Autoaggressionen (MA19BE/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>20</sup> Übereinstimmung im pädagogischen Handeln aller Betreuungspersonen herstellen (MA20UE/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>21</sup> Team-Supervision (MA21TS/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>22</sup> Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen der Arbeit (MA22IR /A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>23</sup> Akzeptanz der Autoaggression als spezifische Lebensäußerung der betreffenden Person (MA23AAA/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<sup>24</sup> sonst: _____ _____ (MA24SO/A/E)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

Was finden Sie wichtig, um die Belastungen durch autoaggressive Verhaltensweisen bewältigen zu können und in welchem Ausmaß stehen Ihnen diese Entlastungen zur Verfügung? Auch hier finden Sie wieder eine doppelte Skala vor. Die Skala "Bedeutsamkeit" erfragt die Wichtigkeit des Entlastungsfaktors, während Sie auf der Skala "Verfügbarkeit" angeben können, in wie weit Ihnen diese Entlastung zur Verfügung steht. Die Abstufungen reichen hier für beide Skalen von: 1="gering" bis 6="hoch"

Bedeutsamkeit und Verfügbarkeit entlastender Faktoren												
Entlastungsfaktoren	Bedeutsamkeit						Verfügbarkeit					
	gering		3	4	5	hoch	gering		3	4	5	hoch
<sup>1</sup> Eine bessere finanzielle Anerkennung (EF1FIN/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>2</sup> Vermeehrt Pausen während der Arbeit und freie Tage (EF2VPF)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>3</sup> Ein vertrauensvolles Verhältnis zu Kollegen/innen und Vorgesetzten (EF3VKO/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>4</sup> Gutes Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen (EF4GSB/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>5</sup> Regelmäßige Supervision direkt am Arbeitsplatz (EF5RSU/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>6</sup> Einen haltgebenden Freundeskreis, eine Partnerschaft oder eine Familie (EF6HGF/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>7</sup> Eine psychologische Schulung oder Beratung (EF7PSB/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>8</sup> Eine ausgleichende Freizeitbeschäftigung, Hobbies, Sport, usw. (EF8FHS /B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>9</sup> Einen Rückhalt in religiösem Glauben (EF9REL/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>10</sup> Eine hohe Belastbarkeit und innere Gelassenheit (EF10BG/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>11</sup> Beherrschung von Entspannungsverfahren wie Muskelrelaxation, Joga, Autogenes Training etc. (EF11AT/B/V)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<sup>12</sup> sonst: _____ (EF12SON/B/B)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

Der folgende Teil des Fragebogens wurde speziell für berufstätige Personen in "helfenden Berufen" entwickelt, um den Grad des "Burnout" zu ermitteln. Bitte geben Sie jeweils zu den folgenden 22 Aussagen an, ob diese für Sie in der Arbeit zutreffen und wenn ja, wie häufig Sie so empfinden. Hier ist die Bedeutung der Zahlenwerte nun folgendermaßen:

0 = niemals

1 = ein paar Mal im Jahr oder weniger

2 = monatlich

3 = ein paar Mal im Monat

4 = wöchentlich

5 = ein paar Mal in der Woche

6 = täglich

Burnout							
	niemals						täglich
	0	1	2	3	4	5	6
<sup>1</sup> Ich fühle mich von meiner Arbeit emotional ausgelaugt. (BO1EMAU)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>2</sup> Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages geschafft. (BE2GESC)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>3</sup> Ich fühle mich erschöpft, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe. (BO3ERSC)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>4</sup> Ich kann mich gut in die Gefühle der mir anvertrauten autoaggressiven und geistig behinderten Personen hineinversetzen. (BO4GEHI)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>5</sup> Ich fühle, daß ich manche autoaggressive Behinderte so behandle, als ob sie unpersönliche Objekte wären. (BO5OBJE)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>6</sup> Tagaus, tagein mit Menschen zu arbeiten, bedeutet wirklich eine Anspannung für mich. (BO6ANSP)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>7</sup> Ich gehe sehr erfolgreich mit den Problemen der mir anvertrauten autoaggressiven geistig behinderten Menschen um. (BO7ERFO)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>8</sup> Ich fühle mich ausgebrannt von meiner Arbeit. (BO8AUSG)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>9</sup> Ich fühle, daß ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse. (BO9POSE)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>10</sup> Ich bin abgestumpfter gegenüber den Menschen geworden, seitdem ich in diesem Beruf arbeite. (BO10ABG)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>11</sup> Ich fürchte, daß dieser Beruf mich innerlich verhärtet. (BO11VER)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>12</sup> Ich fühle mich voller Energie. (BO12VEN)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>13</sup> Ich fühle mich frustriert in meinem Beruf. (BO13FRAU)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>14</sup> Ich fühle, daß ich in meinem Beruf zu hart arbeite. (BO14ZUH)	0	1	2	3	4	5	6

<sup>15</sup> Bei manchen autoaggressiven Behinderten kümmere ich mich nicht wirklich darum, was mit ihnen passiert. (BO15KUM)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>16</sup> Es bedeutet für mich zu viel Streß, direkt mit Menschen zu arbeiten. (BO16STR)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>17</sup> Es fällt mir leicht, für die mir anvertrauten autoaggressiven Behinderten eine entspannte Atmosphäre zu schaffen. (BO17LEI)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>18</sup> Ich fühle mich angeregt, wenn ich sehr eng mit den mir anvertrauten autoaggressiven Menschen zusammen gearbeitet habe. (BO18ANG)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>19</sup> Ich habe viele wertvolle Dinge in diesem Beruf geleistet. (BO19VWD)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>20</sup> Ich habe das Gefühl, als ob ich am Ende wäre. (BO20AME)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>21</sup> In meiner Arbeit gehe ich mit Gefühlsproblemen sehr ruhig um. (BO21GRU)	0	1	2	3	4	5	6
<sup>22</sup> Ich fühle, daß mir manche autoaggressive geistig Behinderte die Schuld für ihre Schwierigkeiten geben. (BO22SCH)	0	1	2	3	4	5	6

Die letzte Skala betrifft das Ausmaß an bereits eingetretenen Beschwerden bei Betreuungspersonen. Auf dieser vierstufigen Skala können Sie uns mitteilen, welche Beschwerden auf Sie zutreffen. Als Antwortkategorien stehen Ihnen hier zur Verfügung: 1="stark"; 2="mäßig"; 3="kaum"; 4="gar nicht".

Beschwerdenliste				
	stark	mäßig	kaum	gar nicht
<sup>1</sup> Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals (BE1KEWH)	1	2	3	4
<sup>2</sup> Kurzatmigkeit (BE2KURZ)	1	2	3	4
<sup>3</sup> Schwächegefühl (BE3SWAE)	1	2	3	4
<sup>4</sup> Schluckbeschwerden (BE4SLUK)	1	2	3	4
<sup>5</sup> Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust (BE5SSZB)	1	2	3	4
<sup>6</sup> Druck oder Völlegefühl im Leib (BE6DVIL)	1	2	3	4
<sup>7</sup> Mattigkeit (BE7MATT)	1	2	3	4
<sup>8</sup> Übelkeit (BE8UEBE)	1	2	3	4
<sup>9</sup> Sodbrennen oder saures Aufstoßen ((BE9SODB)	1	2	3	4

<sup>10</sup> Reizbarkeit (BE10REI)	1	2	3	4
<sup>11</sup> Grübeleien (BE11GRU)	1	2	3	4
<sup>12</sup> Starkes Schwitzen (BE12SWI)	1	2	3	4
<sup>13</sup> Kreuz- oder Rückenschmerzen (BE13KRE)	1	2	3	4
<sup>14</sup> Innere Unruhe (BE14INU)	1	2	3	4
<sup>15</sup> Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen (BE15SMB)	1	2	3	4
<sup>16</sup> Unruhe in den Beinen (BE16UNB)	1	2	3	4
<sup>17</sup> Überempfindlichkeit gegen Wärme (BE17WAM)	1	2	3	4
<sup>18</sup> Überempfindlichkeit gegen Kälte (BE18KAL)	1	2	3	4
<sup>19</sup> Übermäßiges Schlafbedürfnis (BE19SLB)	1	2	3	4
<sup>20</sup> Schlaflosigkeit (BE20SLL)	1	2	3	4
<sup>21</sup> Schwindelgefühl (BE21SWI)	1	2	3	4
<sup>22</sup> Zittern (BE22ZIT)	1	2	3	4
<sup>23</sup> Nacken- oder Schulterschmerzen (BE23NAS)	1	2	3	4
<sup>24</sup> Gewichtsabnahme (BE24GEW)	1	2	3	4

*Wir danken Ihnen recht herzlich für Ihre Mühe und Aufmerksamkeit. Sie haben uns sehr geholfen, dem Phänomen der Autoaggression etwas näher zu kommen. Wir wünschen Ihnen alles Gute für Ihre berufliche wie private Zukunft.*

**Ihre Kritik / Anmerkungen:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Anhang II ausgewählte Item-,Faktoren- und Skalenstatistiken sowie Scree-Plots

Abbildung 50 Scree-Plot der Skala HOT

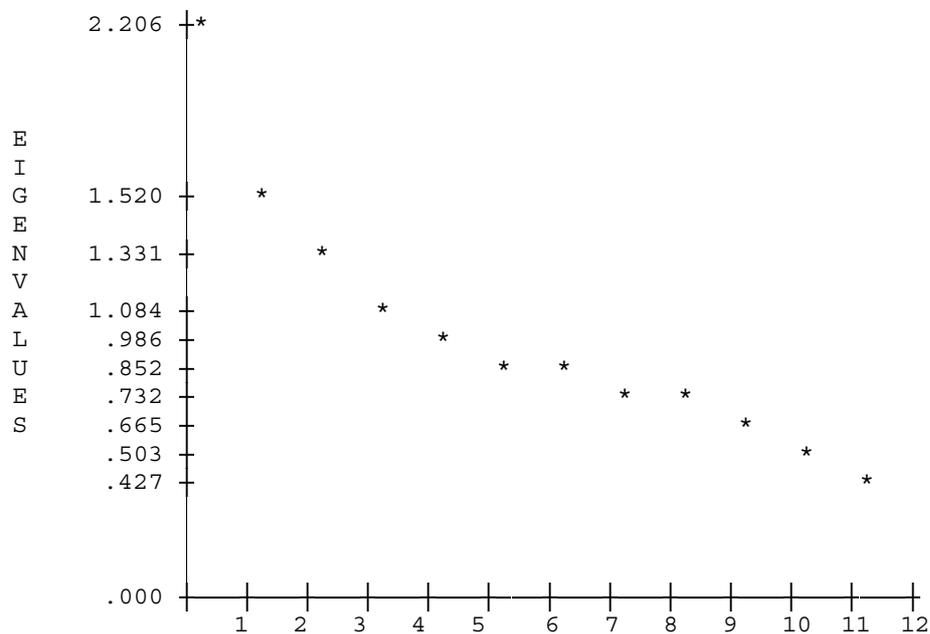


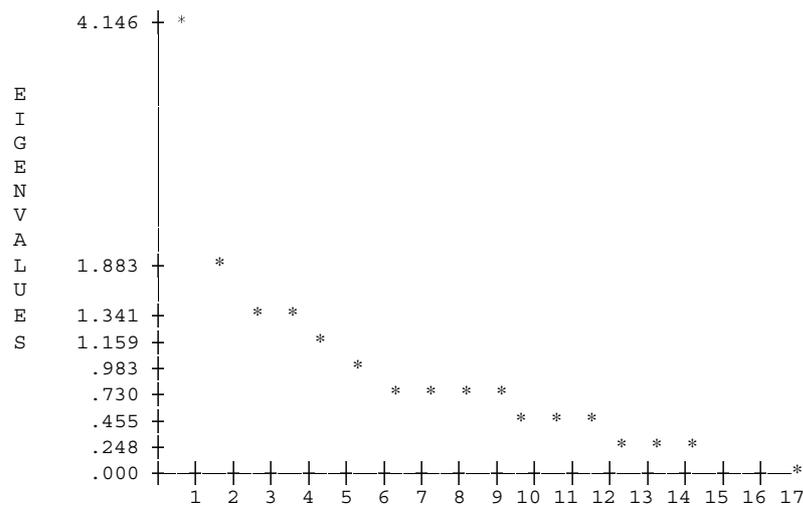
Tabelle 79 Kommunalitäten, Eigenwerte und Varianzaufklärung der varimax-rot. Skala HOT

Variable	Communality	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
HO1SPIB	.59868*	1	2.20620	18.4	18.4
HO2WICB	.68716*	2	1.51996	12.7	31.1
HO3FILA	.16186*	3	1.33129	11.1	42.1
HO4SACB	.33376*	4	1.08381	9.0	51.2
HO5ZEIA	.47878*				
HO6URLB	.42829*				
HO7NACA	.63811*				
HO8ARBB	.56991*				
HO9PARA	.64352*				
HO10SPB	.54627*				
HO11INB	.50911*				
HO12NEA	.54580*				

Tabelle 80 Faktormatrix der Skala HOT

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
HO11INB	.67260	.13383	.00435	.19696
HO6URLB	.65227	.03155	.01051	.04149
HO4SACB	.50589	.03178	.27011	-.06222
HO3FILA	.39703	-.01785	-.06141	.01147
HO2WICB	-.08371	.80320	-.13510	.12949
HO8ARBB	.07720	.74439	.07722	-.06221
HO12NEA	.35221	.55447	.26436	.21077
HO10SPB	.23183	.01047	.68969	-.12939
HO9PARA	-.03170	-.12319	.67835	.40888
HO1SPIB	-.36000	.30825	.60133	-.11164
HO7NACA	-.07121	.12203	-.03001	.78565
HO5ZEIA	.33990	.01601	.01949	.60217

**Abbildung 51** Scree-Plot der Ursachenskala



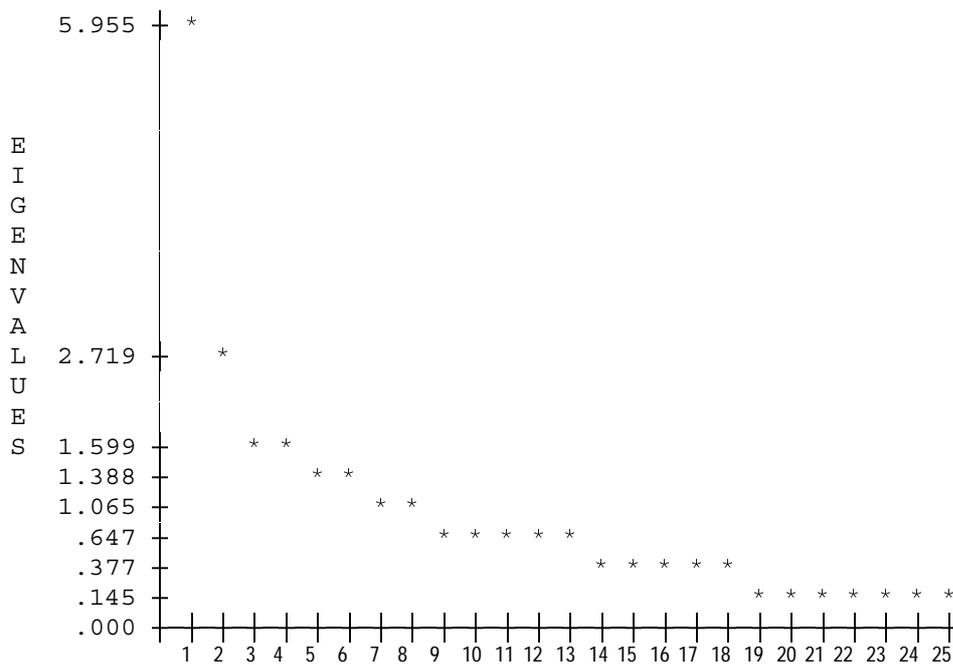
**Tabelle 81** Kommunalitäten, Eigenwerte, Varianzaufklärung der varimax-rot. Ursachenskala

Variable	Communality	*Factor	Eigenvalue	*Pct of Var	Cum Pct
URS1MON	.52375*	1	4.14591	24.4	24.4
URS2MED	.47510*	2	1.88295	11.1	35.5
URS3GB	.59103*	3	1.48813	8.8	44.2
URS4MIT	.56534*	4	1.34148	7.9	52.1
URS5LEH	.54922*	5	1.15913	6.8	58.9
URS6PES	.52147*				
URS7KER	.52476*				
URS8ASZ	.55116*				
URS9RBU	.56208*				
URS10VV	.65469*				
URS11BP	.65884*				
URS12EL	.50247*				
URS13FB	.69175*				
URS14UB	.77010*				
URS15KL	.73404*				
URS16LS	.62164*				
URS17DU	.52016*				

**Tabelle 82** Faktormatrix der Ursachenskala

	Factor 1	Factor2	Factor 3	Factor4	Factor 5
URS10VV	<b>.73095</b>	.09281	-.00580	.17830	.28279
URS9RBU	.72403	.03319	-.03162	.18651	-.03128
URS17DU	.65047	.22304	.19455	.05248	.08185
URS11BP	.61489	-.03965	.32822	.07951	.40637
URS5LEH	.54712	.25495	.05440	.32327	-.27824
URS12EL	.47864	.41038	-.10682	-.29707	-.07284
URS14UB	.09078	.84469	.13090	.07980	.15768
URS13FB	.27844	.73092	-.05119	-.25165	.11841
URS15KL	.06306	.69265	.07716	.46698	.16208
URS3GB	-.14855	.13950	<b>.73008</b>	.10890	.06798
URS2ME	.11053	.00337	.67945	-.01678	-.03058
URS6PE	.11683	.02774	.57556	.20550	-.36545
URS1MO	.23674	-.13030	.54723	-.12589	.36799
URS4MIT	.12647	-.13387	.09547	<b>.70031</b>	.17855
URS8ASZ	.29777	.18616	.00650	.65139	.05911
URS16LS	.07920	.20797	.01577	.20779	<b>.72711</b>
URS7KER	.10672	.40966	-.06138	.14593	.56612

**Abbildung 52** Scree Plot der ursprünglichen Skala emotionale Belastung



**Tabelle 83** Faktormatrix der reduzierten Skala emotionale Belastung

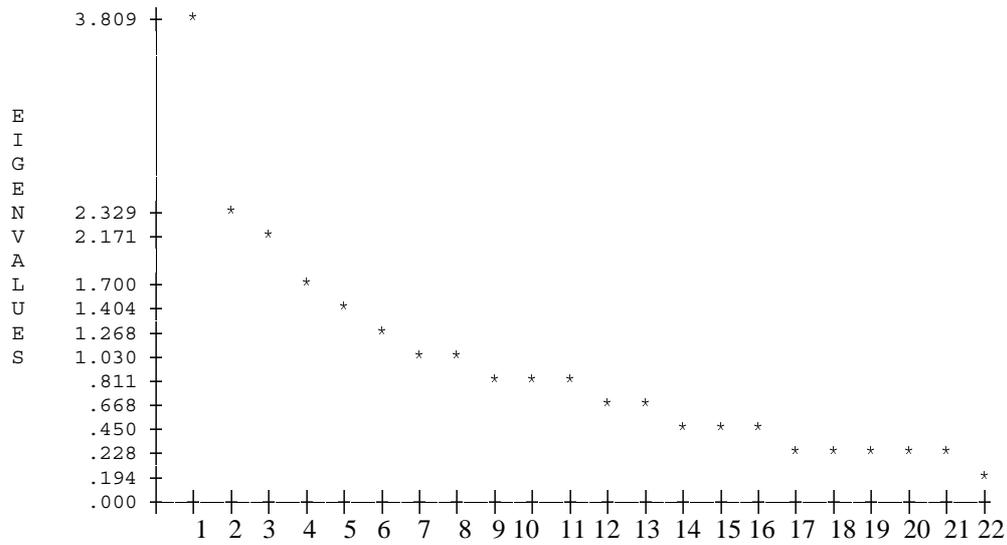
ITEM	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	FAKTOR 4	FAKTOR 5
16	<b>.79573</b>	-.00520	.02671	.17920	.05217
14	<b>.72853</b>	.12604	-.00206	.22752	-.05854
18	<b>.71160</b>	.17502	.24272	-.01063	.36364
19	<b>.64572</b>	.01459	.14269	.01784	.47251
17	<b>.61770</b>	-.03248	.36083	.02581	-.11912
2	.09093	<b>.86021</b>	.16306	.17582	-.04529
4	.16174	<b>.79317</b>	.04698	.11832	.18831
3	-.04572	<b>.60365</b>	.11305	.13569	.41285
1	-.02671	<b>.52935</b>	.33516	.01275	.26460
21	.11023	.07941	<b>.86097</b>	.16331	.05498
22	.12741	.13505	<b>.76031</b>	.18891	.18960
20	.23399	.28724	<b>.67275</b>	.12815	.05330
10	.08718	.15917	.12275	<b>.85446</b>	-.02605
9	.04382	.10434	.13331	<b>.83197</b>	.22594
13	.21269	.04170	.13575	<b>.52336</b>	.35390
12	.29164	.15510	.18563	<b>.43464</b>	.15200
8	.12651	.16056	.21023	.30193	<b>.74934</b>
5	.04409	.34713	.00314	.16206	<b>.72761</b>

(Item 5 und 8 wurden nachträglich aus der Skala entfernt)

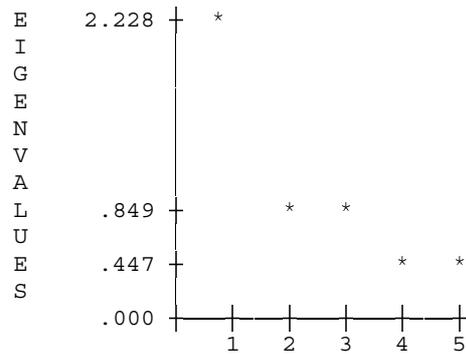
**Tabelle 84** Kennwerte der Maßnahmenitems: Anwendung(An), Erfolg(Er) und Effizienz(Ef)

Item	x/An	s/An	x/Er	s/Er	x/Ef	s/Ef
<sup>1</sup> Ablenken, Aufmerksamkeit auf etwas anderes führen	4.83	1.09	4.08	1.37	5.05	1.00
<sup>2</sup> Bewusstes Ignorieren, Abwenden, Wegschauen	3.48	1.70	3.33	1.61	5.09	1.18
<sup>3</sup> Verbal bremsen, anrufen	4.69	1.26	2.77	1.55	4.86	1.15
<sup>4</sup> Schimpfen oder drohen	2.77	1.55	2.45	1.43	5.16	1.07
<sup>5</sup> Klappse und körperliche Bestrafungen	1.22	.724	1.36	.951	5.67	.86
<sup>6</sup> Verstärkerentzug, Wegnahme eines angenehmen Reizes etc.	3.12	1.71	3.09	1.71	5.41	.79
<sup>7</sup> Time out: in ein anders Zimmer führen, soziale Isolierung	3.71	1.64	3.95	1.55	5.31	.85
<sup>8</sup> Elektroschocks	1.01	.088	1.20	.776	5.81	.77
<sup>9</sup> Anbinden, Fixieren, Manschetten, Schutzhelm etc.	2.89	1.86	3.14	1.88	5.31	1.10
<sup>10</sup> Einem Facharzt vorstellen	4.14	1.66	3.51	1.56	4.93	1.25
<sup>11</sup> Verstärken von Tätigkeiten, die mit Autoaggressionen unvereinbarer sind	3.18	1.65	3.45	1.64	5.38	1.10
<sup>12</sup> Belohnen in autoaggressionsfreien Zeiten	4.13	1.62	4.06	1.50	5.32	1.00
<sup>13</sup> Bereitstellen eines alternativen Stimulations/Kommunikationsangebotes	3.92	1.49	4.18	1.31	5.31	.97
<sup>14</sup> Aufmerksamkeit schenken, trösten, körperlichen Kontakt herstellen	4.55	1.40	4.27	1.44	5.37	.84
<sup>15</sup> Medikamentöse Behandlung	3.62	1.61	3.48	1.51	4.93	1.30
<sup>16</sup> Paradoxe Intervention	2.76	1,65	2.97	1.71	5.41	.96
<sup>17</sup> Umlenken der Selbstaggression auf ein anderes Objekt	2.88	1.69	3.15	1.61	5.20	1.09
<sup>18</sup> Psychologe/in einschalten	3.61	1.88	3.59	1.49	5.00	1.24
<sup>19</sup> Beseitigung äußerer Ursachen oder aufrechterhaltender Bedingungen	4.35	1.34	4.31	1.30	5.52	.811
<sup>20</sup> Übereinstimmung im pädagogischen Handeln herstellen	4.93	1.32	4.82	1.31	5.40	.97
<sup>21</sup> Team-Supervision	2.94	1.99	4.32	1.54	4.43	1.76
<sup>22</sup> Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen der Arbeit	3.18	1.64	4.09	1.51	4.84	1.42
<sup>23</sup> Akzeptanz der Autoaggression als spezifische Lebensäußerung	3.75	1.50	3.59	1.45	5.38	.89

**Abbildung 53** Scree-Plot der vollständigen Effizienzskala



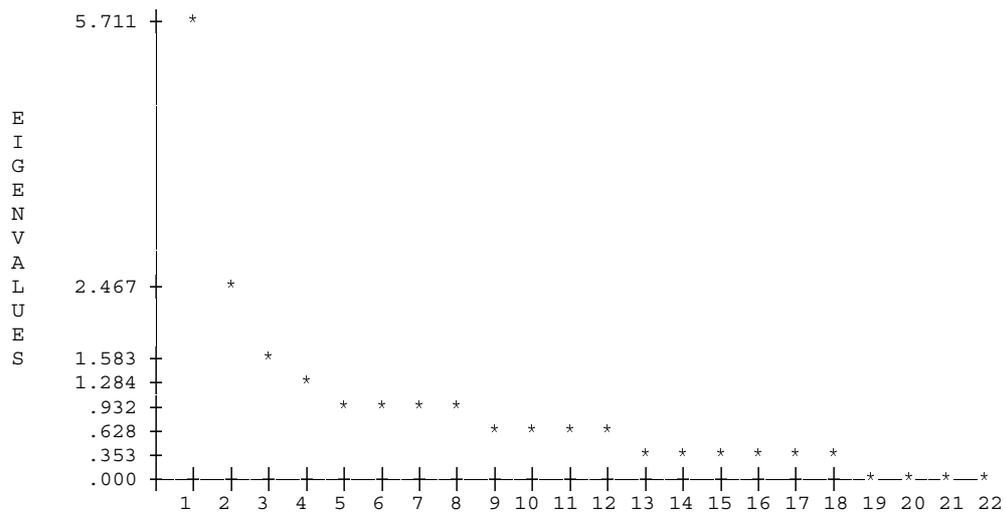
**Abbildung 54** Scree-Plot der optimierten Skala Entlastung



**Tabelle 85** Faktormatrix der optimierten Skala Entlastung

Item	Factor1	Factor2
EF8FHS1	.80651	-.30955
EF6HGF1	.70669	-.35259
EF10BG1	.64479	-.26245
EF3VKO1	.62151	.50203
EF4GSB1	.50995	.69820

**Abbildung 55** Scree-Plot der Burnout-Skala

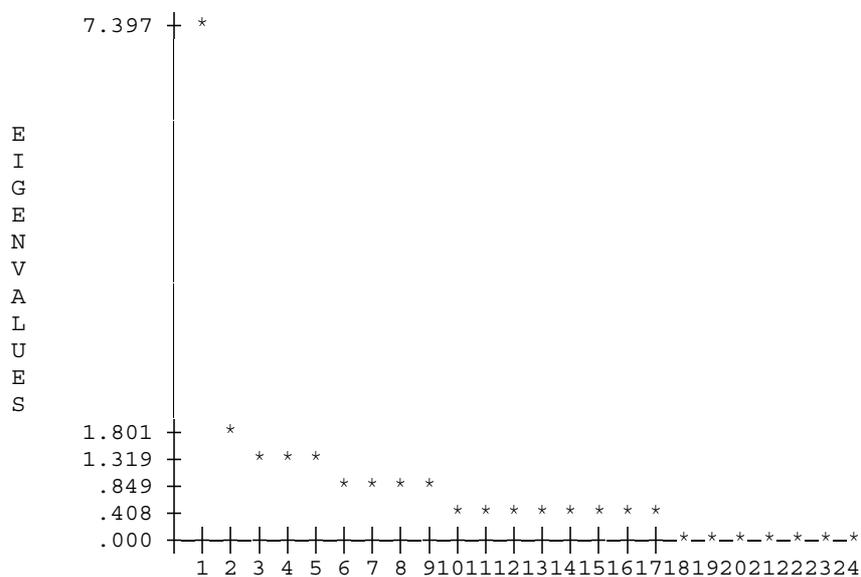


**Tabelle 86** Faktorstruktur des modifizierten MBI

Item	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	h <sup>2</sup>
1	<b>.72779</b>	.11122	.04261	.54386
2	<b>.69739</b>	.10898	.08613	.50565
3	<b>.53060</b>	.11882	-.27353	.37047
6	<b>.58590</b>	.08810	-.08516	.35829
8	<b>.68070</b>	.29774	.02230	.55250
13	<b>.58138</b>	.30670	-.08848	.43989
14	<b>.65333</b>	-.07651	.15143	.45562
16	.32975	<b>.50101</b>	-.22408	.40996
20	.48816	<b>.56896</b>	.02343	.56257
5	.34327	<b>.48819</b>	-.17872	.38810
10	.25709	<b>.60911</b>	-.10587	.44832
11	.38983	<b>.58617</b>	-.08190	.50227
15	-.06941	<b>.68589</b>	-.12022	.48971
22	.16425	<b>.56040</b>	.13501	.35926
4	-.23640	.18922	.38678	.24129
7	.07406	-.23445	<b>.62309</b>	.44869
9	.11164	-.35319	.32482	.24272
12	-.51079	-.29718	.40285	.51152
17	-.16123	-.01648	<b>.81622</b>	.69248
18	-.00895	.00527	<b>.75457</b>	.56948
19	.14440	-.35217	.48179	.37700
21	-.41838	-.15915	.30109	.29102

N=115

**Abbildung 56** Scree-Plot der Beschwerdenliste



**Tabelle 87** Kommunalitäten, Eigenwerte, Varianzaufklärung der varimax-rotierten Faktoren der Beschwerdenliste

Variable	Communality	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
BE1KEWH	.73049	1	7.39695	30.8	30.8
BE2KURZ	.65880	2	1.80114	7.5	38.3
BE3SWAE	.58088	3	1.51666	6.3	44.6
BE4SLUK	.70249	4	1.46474	6.1	50.7
BE5SSZB	.72245	5	1.31910	5.5	56.2
BE6DVIL	.74017	6	1.15520	4.8	61.1
BE7MATT	.68845	7	1.06429	4.4	65.5
BE8UEBE	.58951				
BE9SODB	.63655				
BE10REI	.69615				
BE11GRU	.44345				
BE12SWI	.71045				
BE13KRE	.79879				
BE14INU	.74263				
BE15SMB	.69442				
BE16UNB	.60200				
BE17WAM	.66905				
BE18KAL	.42368				
BE19SLB	.51090				
BE20SLL	.70297				
BE21SWI	.76202				
BE22ZIT	.65253				
BE23NAS	.73028				
BE24GEW	.52900				

**Tabelle 88** Korrelative Zusammenhänge zwischen Maßnahmenpräferenzen und soziodemographischen Merkmalen

Item	ALTER	BERUF	FORTBIJN	JOBJAHR
MA1ABLA Ablenken	.27**			.29**
MA10FAA Facharzt einschalten				.30**
MA11VEA Verstärken unvereinbarer Tätigkeiten		.16*		
MA12BEA Belohnen in autoaggressionsfreien Zeiten	.19*	.16*		.21**
MA13AKA Alternatives Angebot bereitstellen				
MA14AUA Aufmerksamkeit schenken	.20*			
MA16PIA Paradoxe Intervention		.16*		
MA17UMA Umlenken auf ein anderes Objekt	.18*			
MA18PSA Psychologe einschalten				.19*
MA22IRA Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen	.18*		.18*	
MA23AAA Akzeptanz der Autoaggression				-.17*

**Tabelle 89** Regression Ursachenannahmen auf Autoaggressionsparameter

Kriterium	Prädiktor	r	R	R <sup>2</sup>	B	SEB	Beta	T	df	P
URS5LEH Lärm, Enge, Streß	AAPERSO Anzahl der zu betreuenden Personen F=4.330 sigF=.039	.18	.177	.031	.024	.012	.177	2.081	134	.039
URS7KER Austesten der eigenen Körperempfindungen oder Körperregionen	SCHLIAA Schlimmste je beob- achtete Autoaggression F=4.688 sigF=.032	.19	.185	.034	.220	.102	.185	2.165	132	.032
URS8ASZ Suche nach Aufmerksamkeit, Stimulation und Zuwendung	BEOBAA Beobachtete Häufig- keit der Autoaggression F=5.331 sigF=.023	.20	.197	.039	.100	.043	.197	2.309	132	.023
URS11BP Bewusste Provokation	BEOBAA Beobachtete Häufig- keit der Autoaggression F=5.835 sigF=.017	.21	.206	.043	.169	.070	.206	2.415	96	.017
URS17DU Durchsetzung eigener Bedürfnisse, Wünsche oder Interessen	BEOBAA Beobachtete Häufigkeit der Autoaggression F=7.591 sigF=.007	.24	.237	.056	.162	.060	.237	2.755	128	.007
URS4MIT Form der Mitteilung	AAPERSO Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen F=8.331 sigF=.005	.24	.244	.059	.045	.016	.244	2.886	132	.005
URS12EL Verhaltensweisen der Eltern	Interaktion der drei AA- Parameter F=8.204 sigF=.005	-.25	-.245	.060	-.002	.0001	-.245	-2.864	128	.005

**Tabelle 90** Korrelation Autoaggression und emotionale Reaktion

Variable	AAEXPOA	BEOBAA	SCHLIAA	AAPERSO
EB2RUHI	.16*			.15*
EB3GEWO		-.16*		
EB5FREU		-.16*		
EB7NEUG	-.24**	-.18*		-.23**
EB8KEIA	-.16*	-.26**		
EB9SCHR		-.20*		
EB11VBF		-.22**	.15*	
EB13ANG		-.17*		
EB17ZOR	-.21**			-.23**
EB18GER				-.16*
EB23LOB	-.16*			
EB24STO	-.31**	-.27**		-.27**
EB25REL			-.15*	
ANGST		-.16*		
AERGER				-.17*

## ANHANG III Abbildungsverzeichnis

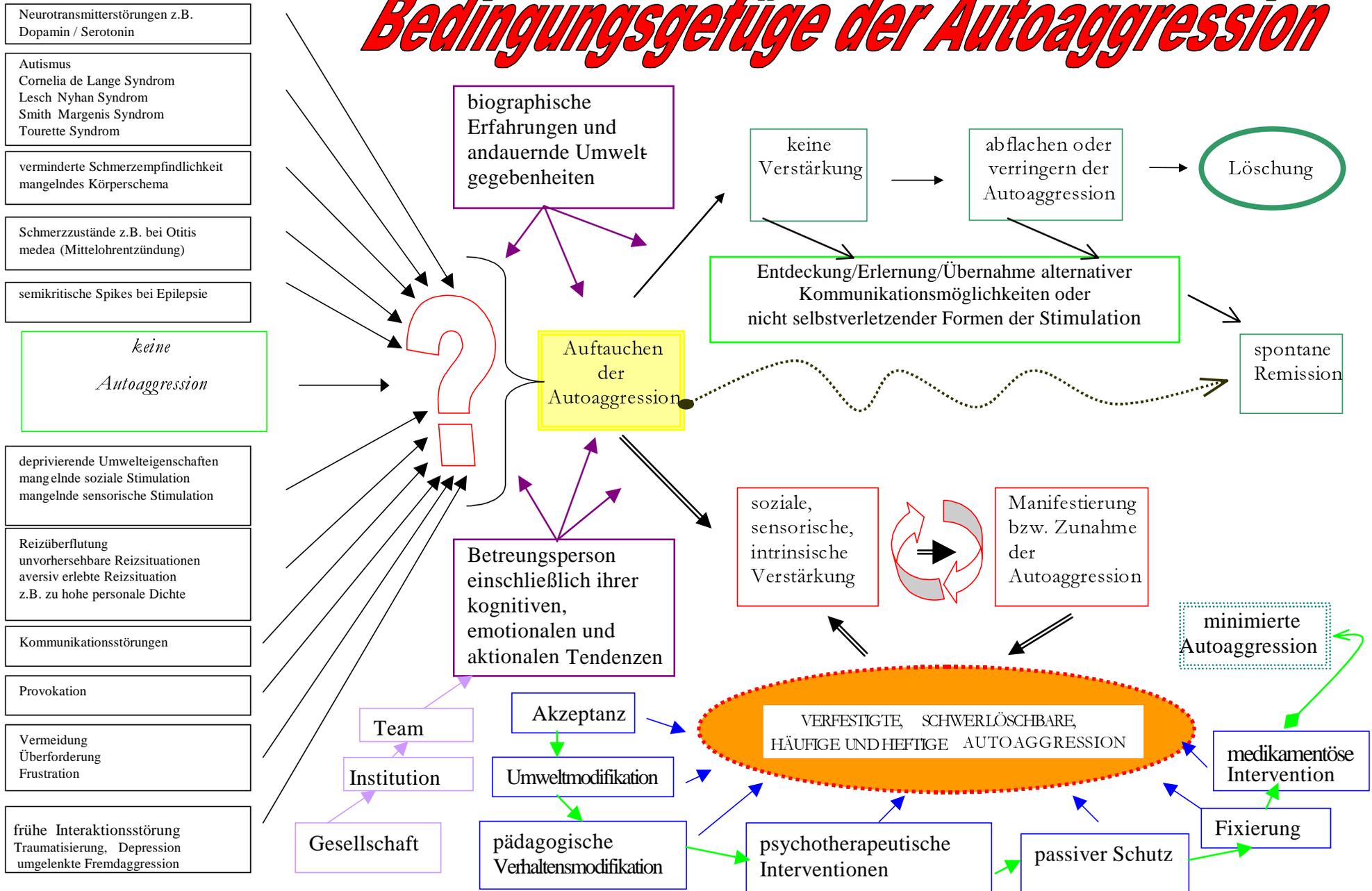
Abbildung 1	Autoaggression als multidisziplinäre Herausforderung	6
Abbildung 2	Systemische Einbettung der Autoaggression	9
Abbildung 3	Normalverteilung der Intelligenz und Geistige Behinderung	12
Abbildung 4	Eskalativer Verlauf der Autoaggression	35
Abbildung 5	Autoaggressionstheorien im Überblick	38
Abbildung 6	Stufen der Entwicklung von der Autoaggression zu sozial angepasstem Verhalten	48
Abbildung 7	Lerntheoretische Kontingenzmodelle und Autoaggression	50
Abbildung 8	Verhaltenstheoretisches Modell der Autoaggression	54
Abbildung 9	Bedürfnispyramide (MASLOW, 1954)	59
Abbildung 10	Störungsgenese der Autoaggression nach JANTZEN & von SALTZEN (1990)	67
Abbildung 11	Ökologisches Entwicklungsmodell der Autoaggression in Anlehnung an Bronfenbrenner (1981)	68
Abbildung 12	Verortungsmodell der Entstehung und Behandlung von Autoaggressionen	73
Abbildung 13	Theoretisches Arbeitsmodell der Verarbeitung selbstverletzenden Verhaltens	80
Abbildung 14	Geschlechterverteilung der Stichprobe	88
Abbildung 15	Altersverteilung der Stichprobe	89
Abbildung 16	Balkendiagramm der Berufserfahrung in Jahren	90
Abbildung 17	Häufigkeitsverteilung der Autoaggression	93
Abbildung 18	Schlimmste je beobachtete Autoaggression	95
Abbildung 19	Anzahl zu betreuender autoaggressiver Personen (AAPERSO)	95
Abbildung 20	Modell der Regressionsanalyse	122
Abbildung 21	Handlungsorientierung als Funktion der Häufigkeitsbeobachtung selbstverletzenden Verhaltens	126
Abbildung 22	Glockenkurve der einbezogenen Ursachen und Funktionen der Autoaggression	129
Abbildung 23	Mittelwertvergleich der Ursachenskalen	130
Abbildung 24	Provokationsattribution und medizinische Ursachenannahme in Abhängigkeit der Häufigkeit der Autoaggression	131
Abbildung 25	Differentielle Zuschreibung der Autoaggression als Krankheit	134
Abbildung 26	Emotionale Belastung bei dichotomisierter Skala BEOBAA	136
Abbildung 27	Emotionale Belastung als Funktion der Beobachtungshäufigkeit selbstverletzenden Verhaltens	137
Abbildung 28	Emotionen und Beobachtung autoaggressiver Handlungen	139
Abbildung 29	Emotionale Belastung und Beobachtung autoaggressiver Handlungen	140
Abbildung 30	Differentieller emotionaler Belastungsverlauf bei Männern und Frauen	140
Abbildung 31	Bestrafung und Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens	144
Abbildung 32	Medikamentöse Behandlung Anzahl zu betreuender Personen	145
Abbildung 33	Differentielle Aufmerksamkeitszuwendung bei Autoaggression	146
Abbildung 34	Maßnahmeneffizienz (MAEFF) und Häufigkeit der Autoaggression (BEOBAA)	149
Abbildung 35	Effizienz, Anwendung und Erfolgserwartung des Schimpfens/Dohens in Abhängigkeit zur Häufigkeit der Autoaggression	151
Abbildung 36	Burnout in Abhängigkeit der am Median dichotomisierten Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens	162
Abbildung 37	Burnout in Abhängigkeit zur Anzahl der zu betreuenden Personen mit selbstverletzendem Verhalten	164
Abbildung 38	Burnout in Abhängigkeit der beobachteten Häufigkeit der Autoaggression	165
Abbildung 39	Burnout und Geschlecht in Abhängigkeit der beobachteten Häufigkeit der Autoaggression	165
Abbildung 40	Kategorisierter Burnout in Abhängigkeit der beobachteten Häufigkeit der Autoaggression	166
Abbildung 41	Verteilung psychosomatischer Beschwerden innerhalb der Stichprobe	170
Abbildung 42	Psychosomatische Beschwerden in Abhängigkeit von der beobachteten Häufigkeit autoaggressiver Verhaltensweisen	171
Abbildung 43	Psychosomatische Beschwerden in Abhängigkeit von der Anzahl der zu betreuenden Personen	171
Abbildung 44	Differentielle Entwicklung psy.-somat. Beschwerden in Abhängigkeit von der Häufigkeit autoaggressiver Verhaltensweisen	172
Abbildung 45	Verteilung psychosozialer Entlastung	174
Abbildung 46	Burnout als Funktion psychosozialer Entlastungsfaktoren	175
Abbildung 47	Burnout, Entlastung und viel (2) versus wenig (1) Autoaggressionsbeobachtungen	176
Abbildung 48	Geschlechtsspezifischer Verlauf der Entlastung	177
Abbildung 49	Empirisches Pfadmodell der Variablen	180
Abbildung 50	Scree-Plot der Skala HOT	229
Abbildung 51	Scree-Plot der Ursachenskala	230
Abbildung 52	Scree Plot der ursprünglichen Skala emotionale Belastung	231
Abbildung 53	Scree-Plot der vollständigen Effizienzskala	233
Abbildung 54	Scree-Plot der optimierten Skala Entlastung	233
Abbildung 55	Scree-Plot der Burnout-Skala	233
Abbildung 56	Scree-Plot der Beschwerdenliste	234

## ANHANG IV Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Internationale psychiatrische Nomenklatur der Oligophrenie	14
Tabelle 2 Geistige Behinderung nach DSM-IV und ICD-10	19
Tabelle 3 Psychische Störungen bei Menschen mit Geistiger Behinderung	26
Tabelle 4 Ausgewählte Punktprävalenz bei Klienten von Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Geistiger Behinderung	27
Tabelle 5 Gegenüberstellung traditioneller und systemischer Perspektive	63
Tabelle 6 Entwicklungsmodell der Autoaggression nach JANTZEN	66
Tabelle 7 Stichprobenumfang und Rücklauf.	87
Tabelle 8 Geschlechterverteilung	88
Tabelle 9 Häufigkeit der Beobachtung autoaggressiven Verhaltens	91
Tabelle 10 Auf beobachtete Autoaggression pro Monat transformierte Werte	92
Tabelle 11 Ausmaß der schwersten beobachteten Autoaggression	94
Tabelle 12 Interkorrelation der Autoaggressionsparametern	96
Tabelle 13 Handlungsorientierung bei Tätigkeitsorientierung	100
Tabelle 14 Varimaxrotierte Faktoriösung der Ursachenskala	102
Tabelle 15 Autoaggression als Vermeidung	103
Tabelle 16 Bedeutung des sozialen Umfelds für Autoaggressionen	103
Tabelle 17 Autoaggression als Krankheit	104
Tabelle 18 Autoaggression als Kommunikationsmittel	104
Tabelle 19 Autoaggression als Lebensqualität	105
Tabelle 20 Faktorenstruktur der unrotierten Skala Emotionale Belastung	106
Tabelle 21 Emotionale Belastung	106
Tabelle 22 Faktorielle Struktur der Skala emotionale Belastung	108
Tabelle 23 Ärger	108
Tabelle 24 Erregung	109
Tabelle 25 Hilfflosigkeit	109
Tabelle 26 Angst	110
Tabelle 27 Bestrafung	111
Tabelle 28 Skala Maßnahmeneffizienz	112
Tabelle 29 Entlastung	114
Tabelle 30 Burnout-Skala Emotionale Erschöpfung	117
Tabelle 31 Item - und Skalenkennwerte Depersonalisation	117
Tabelle 32 Item - und Skalenkennwerte Reduzierte Leistungsfähigkeit	118
Tabelle 33 Beschwerdenliste	120
Tabelle 34 Korrelation biographische Merkmale und Autoaggression	124
Tabelle 35 Regression Anzahl der zu betreuenden autoaggressiven Personen auf Beruf, Geschlecht, Alter und Berufserfahrung	125
Tabelle 36 Häufigkeitstafel HOT	125
Tabelle 37 Korrelationen Autoaggression und HOT	126
Tabelle 38 Regression Handlungsorientierung (HOT) auf Autoaggression	126
Tabelle 39 Mittelwerte und Standardabweichungen Ursachen der Autoaggression	128
Tabelle 40 Korrelationen zwischen Autoaggression und Ursachenannahmen	130
Tabelle 41 Regression Ursachenannahmen auf Autoaggressionsparameter	132
Tabelle 42 Regression biographische Merkmale auf kognitive Muster	133
Tabelle 43 Regression Ursache Vermeidung und soziales Umfeld auf Autoaggression	134
Tabelle 44 Regression Ärger auf Vermeidung und soziales Umfeld	135
Tabelle 45 Korrelation Emotionsfaktoren mit Autoaggression	137
Tabelle 47 Korrelation Interventionen und Autoaggression	143
Tabelle 48 Regression Ursache UREGO auf Maßnahmenfaktor BESTRAF	144
Tabelle 49 Geschlechtsspezifische Maßnahmenpräferenzen	146
Tabelle 50 Maßnahmenerfolg und Autoaggression	148
Tabelle 51 geschlechtsspezifische Erfolgserwartung	149
Tabelle 52 Korrelation Effizienz einzelner Maßnahmen und Autoaggression	150
Tabelle 53 Maßnahmeneffizienz und soziodemographische Merkmale	151
Tabelle 54 Regression Ursache Provokation (URS11BP) auf Maßnahme Ignorieren (MA2BIGA)	152
Tabelle 55 Korrelation Ursachenannahme Provokation (URS11BP) und Maßnahmenanwendung	153
Tabelle 56 Regression Provokationsannahme auf Maßnahmenanwendungen	153
Tabelle 57 Regression Maßnahmenerfolg und Ursachenannahme Provokation	154
Tabelle 58 Regression Maßnahmenanwendung und Ursachenannahme Vermeidung	155
Tabelle 59 Maßnahmenerfolg und Ursachenannahme Vermeidung	155
Tabelle 60 Regression Autoaggression als Krankheit auf Maßnahme Aufmerksamkeit schenken	156
Tabelle 61 Maßnahmenerfolgseinschätzung und medizinische Ursachenannahme	156
Tabelle 62 Regression Maßnahmenanwendung und Erfolg auf Autoaggression als „Lebensqualität“	157
Tabelle 63 Regression Maßnahmen auf Ursache des sozialen Umfeldes	157
Tabelle 64 Regression Maßnahmenerfolg auf Ursache des sozialen Umfeldes	158
Tabelle 65 Übersicht Regressionen Maßnahmen auf Ursache/Funktion der Autoaggression	158
Tabelle 66 Gesamtburnout	161
Tabelle 67 Burnoutvergleichsdaten (Summenmittelwerte -x-)	162

Tabelle 68 Profilauswertung Burnout	163
Tabelle 69 Korrelation Autoaggression und Burnout-Skala BOPA	164
Tabelle 70 Regression Beobachtete Häufigkeit auf Reduzierte Leistungsfähigkeit	167
Tabelle 71 Korrelation Maßnahmenerfolg und Burnout	168
Tabelle 72 Regression Maßnahmeneffizienz auf BOEE, BOPA, BOD und Burnout	169
Tabelle 73 Rangreihe Entlastungsfaktoren bei Autoaggressionen	173
Tabelle 74 Entlastungsfaktoren Bedeutsamkeit(Be) Verfügbarkeit(Ve) und Wertigkeit(We)	174
Tabelle 75 Korrelationen Entlastung zu Burnout	175
Tabelle 76 Regression Entlastungsfaktoren auf Beschwerden, Burnout Emotionale Belastung	176
Tabelle 77 Wirkungen und Rückwirkungen innerhalb des Modells	178
Tabelle 78 Regression Aufmerksamkeitschenken und Bestrafung auf Emotionsaspekte	179
Tabelle 79 Kommunalitäten, Eigenwerte und Varianzaufklärung der varimax-rot. Skala HOT	229
Tabelle 80 Faktormatrix der Skala HOT	229
Tabelle 81 Kommunalitäten, Eigenwerte, Varianzaufklärung der varimax-rot. Ursachenskala	230
Tabelle 82 Faktormatrix der Ursachenskala	230
Tabelle 83 Faktormatrix der reduzierten Skala emotionale Belastung	231
Tabelle 84 Kennwerte der Maßnahmenitems: Anwendung(An), Erfolg(Er) und Effizienz(Ef)	232
Tabelle 85 Faktormatrix der optimierten Skala Entlastung	233
Tabelle 86 Faktorstruktur des modifizierten MBI	234
Tabelle 87 Kommunalitäten, Eigenwerte, Varianzaufklärung der varimax-rotierten Faktoren der Beschwerdenliste	235
Tabelle 88 korrelative Zusammenhänge zwischen Maßnahmenpräferenzen und soziodemographischen Merkmalen	235
Tabelle 89 Regression Ursachenannahmen auf Autoaggressionsparameter	236
Tabelle 90 Korrelation Autoaggression und emotionale Reaktion	236

# Bedingungsgefüge der Autoaggression



## **ANHANG V**

### ***Erfassungsbogen selbstverletzenden Verhaltens bei Personen mit ausgedehnten autoaggressionsfreien Phasen***

Name \_\_\_\_\_

<i>Zeit</i>	<i>Vorausgehende Situation</i>	<i>Art und Heftigkeit des selbstverletzenden Verhaltens</i>	<i>Maßnahme</i>	<i>Danach?</i>	<i>Bemerkung</i>

Hypothese: \_\_\_\_\_

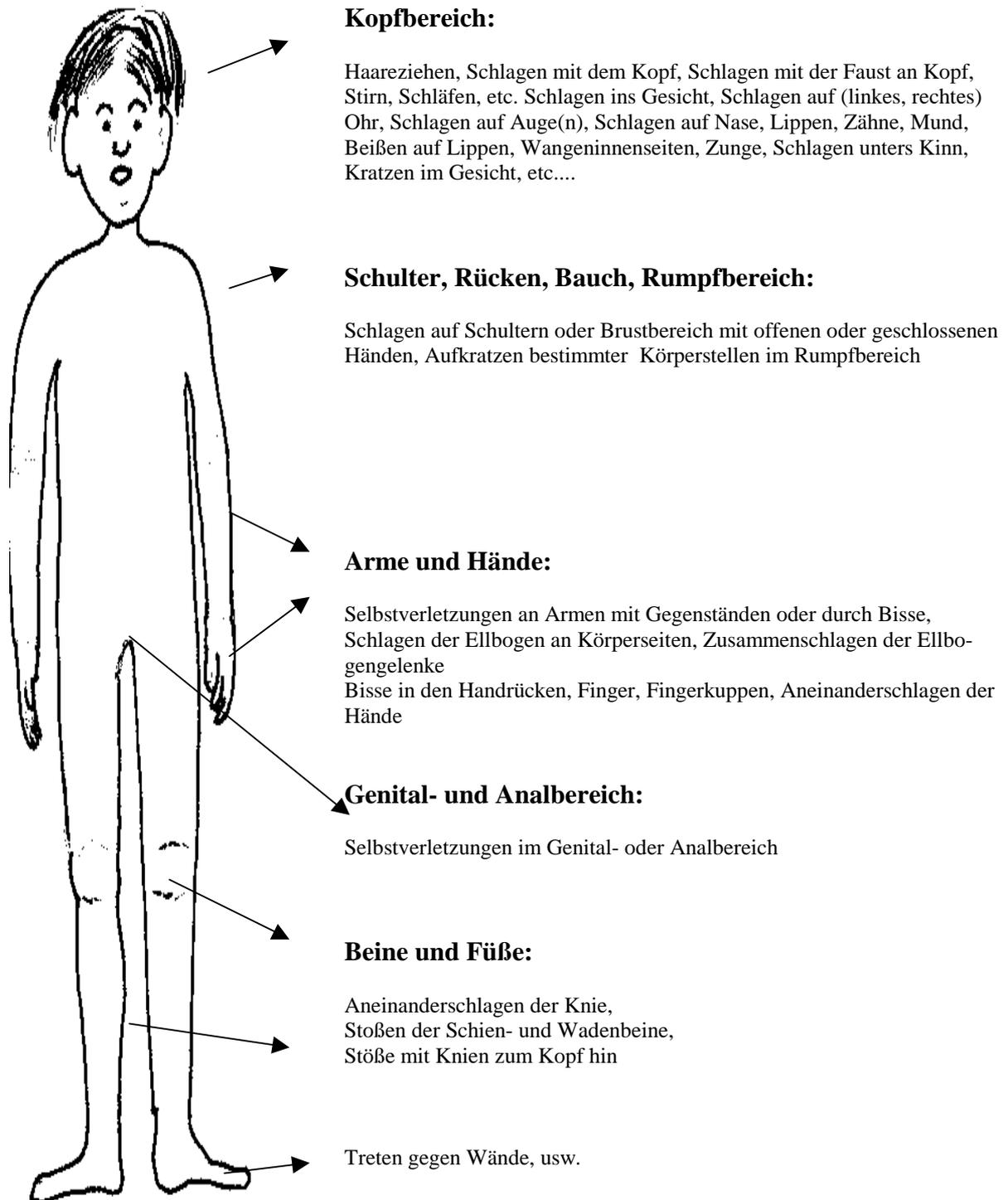
# Erfassungsbogen selbstverletzenden Verhaltens für Personen mit Phasen hoher Autoaggressionsraten

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Beobachtungszeitraum: _____ Minuten											Bemerkung
Anzahl SVV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Situation											
Aufstehen											
Toilette											
Duschen											
Ankleiden											
Frühstück											
etc.											
etc.											
etc.											
zu Bett gehen											
Einschlafen											
sonstiges Verhalten											
Fremdaggression											
Verbalisieren											
etc.											
intervenierende Maßnahmen											
Ignorieren											
Anrufen											
Fixieren											
etc.											
etc.											
Hypothesen											

# Topologie selbstverletzenden Verhaltens zur Erfassung von Verschiebungen

betroffene Körperpartien können farblich hervorgehoben werden



*Bereits die Abkehr von einseitiger auf den Kopf fixierter Autoaggressionen kann ein (kleiner) Erfolg darstellen.*