

Wenn Menschen ihren eigenen Körper schädigen: Mögliche Gründe für selbstverletzendes Verhalten (Theo Klauß)

Weshalb schädigen sich Menschen selbst? Warum schlagen, kratzen oder beißen sich manche Schülerinnen und Schüler in Schulen für Geistigbehinderte, für Körperbehinderte und für Blinde und Sehbehinderte und ebenso in Heimen und zu Hause in der Familie? Warum klemmen sich einige von ihnen so ein, dass es für Mitmenschen kaum erträglich erscheint, wieso werden Köpfe an Tischkanten geschlagen und Haare ausgerissen? Lässt sich derart unerklärlich scheinendes Verhalten erklären? Das muss doch wehtun! Wie kann man Betroffene davon abbringen, so mit ihrem eigenen Körper umzugehen? Gibt es nachvollziehbare Begründungen, die Ansatzpunkte für pädagogisches Handeln bieten? Kaum ein anderes Verhalten macht so rat- und hilflos, aber auch ärgerlich und wütend, drängt so zum Eingreifen und bringt auch auf die Idee, psychische, physische oder chemische Gewalt anzuwenden.

Bleibt nur das Akzeptieren von Unverstehbarkeit und Anderssein?

Ich halte dafür, dass das einzige Ziel der Wissenschaft darin besteht, die Mühseligkeit der menschlichen Existenz zu erleichtern (Bert Brecht, Galileo Galilei)

Es scheint unfassbar, weshalb Menschen so mit ihrem Körper umgehen. In hohem Maße führt das zur Einschränkung ihrer Selbstbestimmung (vgl. Hahn 1994): Es wird gefesselt, mit Medikamenten betäubt, zuweilen aus Hilflosigkeit auch geschlagen, Schmerzen und unangenehme Gerüche werden zugefügt. Wir suchen Erklärungen als Grundlage für adäquates Handeln und um selbstverletzendes Verhalten (SVV) auch dann, wenn es sich als unveränderbar erweist (Kane 1994), wenigstens ertragen zu können. Doch es liegt offenbar nahe, betroffene Menschen vorschnell als krank und gestört einzuordnen. Das aber widerspricht der Erkenntnis, dass wir ihnen nicht gerecht werden, wenn wir besondere Verhaltensweisen als unsinnige, mangelhafte und zu beseitigende Reaktionen und nicht als sinnvollen Ausdruck autonomer Subjekte ansehen (vgl. Bradl 1994, Feuser 1985). Mühl (1997) konnte zeigen, dass Förder- und Therapieversuche, die eine Sinnhaftigkeit selbstverletzenden Verhaltens unterstellen, tendenziell erfolgreicher sind als andere, die nur Symptome beseitigen wollen.

Doch ist Verstehen möglich oder müssen wir uns angesichts der Vielfalt der in der Literatur vorfindlichen Befunde Hypothesen wirklich darauf beschränken, diese zusammenzutragen, auf ihre Vielfalt und Komplexität aufmerksam zu machen (Theunissen 2000, 63) und es damit der Beliebigkeit zu überlassen, wer sich was davon auswählt? Oder bleibt als einzige mögliche Antwort auf die Verstehensprobleme die, dass diese Menschen eben anders sind? Muss gerade hier der Versuch, andere Menschen mittels wissenschaftlicher Erkenntnisse verstehen zu wollen, als untauglich zurückgewiesen werden, weil er Menschen verobjektiviere, nicht als Subjekte akzeptiere deshalb zur Gewalt führe (Fornefeld 1989; 1995)? Müssen wir uns nicht erst recht bei diesem Verhalten mit der Unverstehbarkeit von geistiger Behinderung (Kobi 1983) abfinden?

In der Tat ist die Gefahr bei SVV besonders groß, Menschen nur zum Objekt eigener Vorstellungen zu machen. Deshalb ist die Mahnung, den Anderen als Anderen zu akzeptieren und nicht zu dem zwingen zu wollen, was einem selbst als richtig, notwendig, altersgemäß, normal etc. erscheint, insbesondere bei Menschen mit schwerster Behinderung und auffälligen Verhaltensweisen sehr berechtigt. Diese sind auf Grund ihrer großen Abhängigkeit von anderen Menschen in dieser Hinsicht besonders gefährdet. Doch das Hervorheben des Andersseins - das übrigens für jedes Individuum zutrifft - darf nicht dazu führen, dass wir übersehen, dass jeder Mensch zunächst ein

Mensch und damit jedem anderen Menschen gleich ist (Spezies-Argument, vgl. Antor/Bleidick 1995). Neben der Akzeptanz der Andersheit sind Wissen von und Sensibilität für die Gleichheit unabdingbar. Zur Vermeidung defizitärer Sichtweisen sollte die Wissenschaft zunächst von der Annahme ausgehen, dass alle Menschen grundsätzlich, also in ihrer Art zu leben gleich sind. Andersheit und Nichtverstehbarkeit sind eine Seite eines dialektischen Verhältnisses, bei dem die Gegenthese ebenfalls zutrifft: Wir sind alle Menschen, und insofern gleich, und als solche verstehen wir uns grundsätzlich gegenseitig, sonst wäre ein Zusammenleben und Verständigung nicht möglich. Die Pädagogik sollte gegenüber pädagogischen oder psychologischen Erfolgsrezepten, die den Eindruck vermitteln, mit ihrer Anwendung stelle sich das Glück in Form von totaler Kommunikation, von Kreativität oder Selbstbestimmung etc. unweigerlich ein (Klauß 1999), die Einzigartigkeit jedes Menschen ins Bewusstsein rücken, aber andererseits auch bewusst machen, dass uns kein Mensch fremd ist, weil keine Grenze begründet werden kann, von der ab Gleichheit in Ungleichheit und Verstehbarkeit in Nichtverstehbarkeit umschlagen könnte.

Am Beispiel des SVV lässt sich exemplarisch belegen, dass auch völlig unsinnig erscheinende Verhaltensweisen nicht nur subjektiv sinnhaftig (Feuser 1985), sondern im Prinzip uns allen bekannt sind. SVV erweist sich als keineswegs auf Menschen mit besonderen Behinderungen beschränkt, sondern als eine allgemein-menschliche, uns allen vertraute Verhaltensmöglichkeit. Um diese Erkenntnis zu begründen, ist es notwendig, sich mit der wissenschaftlichen Frage zu beschäftigen, was wir darüber wissen können, weshalb sich Menschen selbst verletzen. Auch intuitive, von subjektiven Theorien geleitete Eindrücke, verobjektivieren den Anderen und bedürfen deshalb der Überprüfung. Das sehr verbreitete Gefühl, SVV sei in den meisten Fällen provozierend gemeint oktroyiert beispielsweise dem Gegenüber einen eigenen, subjektiv empfundenen Eindruck auf, der vermutlich in vielen Fällen nicht zutrifft.

Empirische Erkenntnisse und Erklärungsversuche zum Selbstverletzenden Verhalten

Doch was wissen wir über SVV und welche Erklärungen werden dazu angeboten? Einige Übersichten (z.B. von Brezovsky 1985; Klauß 1987; 2003, Mühl/ Neukäter/ Schulz 1996; Theunissen 2000) referieren, was zu Vorkommen, Häufigkeit, Erklärungs- und (Be-) Handlungsversuchen bzgl. SVV in der einschlägigen Literatur zu finden ist. Der folgende Überblick zeigt, welche empirischen Erkenntnisse bzw. referierten Erfahrungen für welche Erklärungsansätze als Belege in Anspruch genommen werden. Dann werden Probleme und Unklarheiten verschiedener Ansätze diskutiert und ein Modell angeboten, das eine schlüssige Einordnung der vorliegenden Erkenntnisse erlaubt und zudem Ansatzpunkte für pädagogisches Handeln liefert.

Definition und Auftretenshäufigkeit

Schon bei der Definition zeigen sich Probleme. In der Literatur finden sich mindestens 30 Varianten (Brezovsky 1985, 2), und zur näheren Bestimmung werden diese in der Regel durch eine Aufzählung der wichtigsten charakteristischen Arten selbstverletzenden Verhaltens ergänzt.

Arten von selbstverletzendem Verhalten

In den Augen bohren, sich kratzen, beißen, Haare ausreißen	Sich mit den Händen schlagen, gegen die Ohren klopfen
--	---

Den Kopf gegen Boden, Kanten, Gegenstände schlagen	Sich einklemmen, verrenken, zerren
--	------------------------------------

Nach Klauß 1995

Die Schwierigkeiten setzen sich - angesichts der unklaren Definition nicht überraschend - bei den Häufigkeitsangaben fort. Nach Fröhlich/ Heringer (1997) kommen solche Verhaltensweisen in rheinland- pfälzischen Schulen für Geistigbehinderte bei 8% der SchülerInnen vor. In Wohneinrichtungen variieren die Anteile zwischen 8% und 35%, Klauß (1987a und 1995) fand unter fast 800 im Elternhaus lebenden Gästen eines Kurzzeitheims einen Anteil von ca. 15% und nach Rocker (2000, 55) berichteten 26% der Eltern von Besuchern einer Kurzzeiteinrichtung über autoaggressive Verhaltensweisen ihrer Tochter bzw. ihres Sohnes. Insgesamt schwanken die Angaben zwischen 2,6% und 41% der Menschen mit geistiger Behinderung (Fröhlich/ Heringer 1997, 27).

SVV tritt selten isoliert, sondern oft gemeinsam mit weiteren besonderen Verhaltensweisen auf. Insbesondere wird es sehr häufig bei Menschen mit autistischem Verhalten beobachtet. Es kommt kaum gleichzeitig mit, häufig aber alternierend zu aggressivem, aber auch mit unauffällig-angepasstem Verhalten vor. Oft zeigen die betroffenen Menschen auch Stereotypien, Schaukeln, Schreien, geringe sprachliche Kompetenzen etc. Fröhlich/ Heringer (1997) errechnen in einer Studie an Schulen für Geistigbehinderte "durchschnittlich 4,8 weitere Verhaltensauffälligkeiten" (36), isoliert komme SVV nur bei 1,6% vor. Bei 76% sind neben SVV auch Stereotypien zu beobachten (37); dies wird als Beleg dafür angesehen, dass sich SVV aus diesen entwickle bzw. dass (mit Feuser 1985) "der Problembereich der Stereotypien nicht aus dem Kontext des SVV herausgelöst werden kann" (37).

Erklärungen

Eine scheinbar unauflösbare Vielfalt von Erklärungsversuche ist auf der Grundlage von empirischen Untersuchungen, therapeutischen Studien, Alltagserfahrungen und mehr oder weniger plausiblen Überlegungen entstanden. Ihre Uneinheitlichkeit fördert nicht nur das Gefühl fördert, SVV sei eben doch nicht verstehbar, sondern verstärken auch die Ratlosigkeit bzgl. des praktischen Handelns. Die in der einschlägigen Literatur vorfindlichen Erklärungsversuche für SVV lassen sich - in Anlehnung an Brezovsky 1985, Mühl u.a. 1996 und Theunissen 2000 folgendermaßen ordnen:

- Entwicklungspsychologische Annahmen
- Homöostatische Funktion
- Lerntheoretische Annahmen
- Organische Verursachungsfaktoren
- Psychodynamischer Erklärungsansatz
- Materialistischer Erklärungsansatz
- SVV als Kommunikation(sproblem)
- SVV als panikartige Reaktionen auf Frustration, Unruhe, Sicherheitsverlust etc.
- Automatisiertes, kaum beeinflussbares SVV

SVV als Begleiterscheinung von schwerster geistiger Behinderung - Stehenbleiben oder Rückfall auf eine(r) niedrigen Entwicklungsstufe (Entwicklungspsychologische Annahmen)

SVV nimmt mit geringeren Kompetenzen bei Selbstversorgung und Beschäftigung zu - aber nicht linear. Es gibt Belege für ein gehäuftes Vorkommen der beschriebenen Arten von SVV bei Menschen mit schwersten Behinderungen (vgl. Brezovsky 1985), wobei keineswegs davon auszugehen ist, dass dieses Verhalten überwiegend in stationären Wohneinrichtungen auftritt. Auch wenn die Gäste von Kurzzeiteinrichtungen beispielsweise zu einem größeren Teil schwerstbehindert sind als Schüler der Schule für Geistigbehinderte, belegen die Ergebnisse von Klauf (1993), Roker (2000) und Untervoßbeck/Klauf (2003) doch, dass SVV auch im familiären Zusammenleben ein erhebliches Problem darstellen kann. Menschen mit differenzierten sprachlichen Kompetenzen neigen deutlich seltener zu diesen Reaktionen als solche mit geringeren verbalen Fähigkeiten. In einer eigenen Untersuchung (Klauf 1995) zeigen von 175 Personen, die keine Sprache verwenden, 21,1% selbstverletzendes Verhalten, dagegen sinkt dieser Anteil bei den 306 Personen mit differenzierterer Sprache auf 8,1%. Diese Beziehung ist jedoch nicht linear. Wer Mehrwortsätze beherrscht, zeigt kaum weniger selbstverletzendes Verhalten als Menschen, die gar nicht sprechen. Teilt man die betroffenen Menschen bezüglich einiger Alltagsfertigkeiten wie Essen, Anziehen, Toilettenbenutzung und Spielverhalten in die drei Gruppen unselbständig, hilfeabhängig und selbständig ein, so ist selbstverletzendes Verhalten zwar bei den selbständigeren Menschen am seltensten, aber nicht bei den unselbständigen am häufigsten, sondern bei denen, die trotz gewisser Fähigkeiten von Hilfe abhängig sind.

Selbstverletzendes Verhalten und Selbstversorgungs-Kompetenzen

	unselbständig	davon mit SVV %		Hilfe notwendig	davon mit SVV %		selbständig	davon mit SVV %	
Kontinenz	143	23	16,1	201	39	19,4	451	56	12,4
Essen	210	36	17,1	101	22	21,8	484	63	13,0
Ankleiden	202	30	14,9	271	53	19,6	322	35	10,9
Spielverhalten	74	15	20,3	178	46	25,8	543	57	10,5

Klauf 1995

Mit der Feststellung eines meist geringen Entwicklungsniveaus korrespondiert am ehesten die Annahme, es handele sich um das Stehenbleiben auf einer niedrigen Entwicklungsstufe bzw. eine Regression dorthin. Da SVV im ersten Lebensjahr auch bei nicht behinderten Kindern auftreten kann, wird auf eine mögliche Fixierung auf ein frühes Entwicklungsniveau oder auf eine Regression geschlossen (vgl. Brezovski 1985, Piaget 1975, Baumeister/ Rollings 1976). Doch hier zeigt sich auch, dass SVV selbst eine Kompetenz darstellt, die zunächst ausgebildet werden muss. Menschen mit sehr geringen allgemeinen Kompetenzen haben möglicherweise die für SVV notwendigen Bewegungsabläufe bzw. die entsprechende Nutzung von Gegenständen nicht entdeckt und angeeignet. Auch das besonders häufige Auftreten von SVV bei Unselbständigkeit bzw. Hilfeabhängigkeit im "Spielverhalten" spricht dafür, dass dieses bei gering entwickelten Möglichkeiten, sich selbst zu beschäftigen, an möglicherweise an die Stelle nicht ausgebildeter Beschäftigungsmöglichkeiten tritt.

SVV in Zusammenhang mit Einschränkungen der Stimulation und Bewegung - Selbststimulationshypothese (Homöostatische Funktion)

Damit ist ein Aspekt angesprochen, der der so genannten Selbststimulationshypothese zugeordnet wird. Kane (1994) fiel auf, dass Menschen mit erheblichem SVV über sehr wenige Bewegungsmöglichkeiten verfügen. Er bot ihnen deshalb erfolgreich Bewegungsangebote wie z.B. Trampolinspringen an, hatte allerdings dabei das Problem, dass sie über diese neu gewonnene Bewegungsmöglichkeit nicht alleine verfügen konnten und diese nicht in den Alltag dauerhaft integrieren konnten. Bei Klauß (1987) finden sich Beispiele dafür, dass Personen, die in ihrer Beweglichkeit beeinträchtigt sind, in solchen Situationen verstärktes SVV zeigen, in denen diese Beeinträchtigung relevant wird. So schlug sich ein Mädchen verstärkt, wenn sie auf einem Stuhl mit Lehnen saß; sie konnte sich nicht selbstbestimmt fortbewegen. Gemäß wahrnehmungstheoretischer Annahmen soll selbstverletzendes Verhalten eine sensorische Über- bzw. Unterempfindlichkeit kompensieren (z.B. Delacato 1974) oder ein vermutetes Wahrnehmungschaos strukturieren und in einer deshalb unverständlichen Umwelt Sicherheit geben (z.B. Feuser 1985). Für Kane/ Hettinger (1987) hat selbstschädigendes Verhalten u.a. die Funktion "eine Untererregung infolge mangelnder äußerer Reize bzw. als Folge von Bewegungsmangel auszugleichen"; außerdem könnten "allgemeine Spannungszustände" eine Rolle spielen, so dass intensive körperliche Tätigkeit auch zur Reduktion von SVV führen müsste (17). Es wird angenommen, die betroffenen Menschen suchten durch Selbststimulation eine sonst nicht zu erreichende Homöostase (Brezovsky 1985, 17). Sie fügen sich in Folge sensorischer Deprivation selbst Reize zu, die ihnen bekannt sind und deshalb Sicherheit geben, und bewältigen so unüberschaubare Situationen und Reizüberflutung. Als Beleg wird u.a. auf Hospitalismus-Symptome hingewiesen.

SVV wird als "Provokation" oder Durchsetzungsversuch erlebt und ist teilweise durch positive und negative Konsequenzen beeinflussbar - Lerntheoretische Annahmen (Vermeidungshypothese, positive Verstärkung)

Von vielen Bezugspersonen wird SVV als provokativ erlebt, also als Versuch der sozialen Beeinflussung. Nach Fröhlich/ Heringer (1997) werden 65% der berücksichtigten SchülerInnen als "provozierend und aufmerksamkeitsüchtig" erlebt, mehr als Drittel davon "oft und in starkem Ausmaß" (39). Eine genauere Analyse zeigt, dass sich das vor allem auf SchülerInnen mit seltenem, aber starkem SVV bezieht, sie werden zu 80,6% als provokativ empfunden. Wer sich dagegen häufig stark verletzt, wird nur zur Hälfte (51%) so erlebt. In einer Nacherhebung fanden Fröhlich/ Heringer (1997) allerdings, dass dort die befragten Lehrkräfte nur bei 28% das Auftreten von SVV in Zusammenhang mit nicht durchgesetzten Willensäußerungen brachten (23).

Es wird angenommen, SVV werde als "probates Mittel eingesetzt, um unangenehme oder Belastungssituationen zu vermeiden", um Aufforderungen auszuweichen oder Aufmerksamkeit herauszufordern (Theunissen 2000, 64). SVV sei ein Mittel, um auf sich aufmerksam zu machen und Beachtung zu bewirken oder ein Hilferuf, nicht alleine gelassen zu werden, ein "Mittel, um körperliche und kommunikative Zuwendung ... zu bekommen" oder "um sich erfolgreich durchzusetzen" (67). Gemeinsam ist diesen Erklärungen, dass angenommen wird, das SVV werde um des damit bei anderen Menschen zu erreichenden Erfolges willen gezeigt.

Für eine solche Bedingtheit spricht, dass SVV sich durch positive und negative Konsequenzen begrenzt beeinflussen lässt. Verhaltenstherapeutische Fallstudien (vgl. Klauß 1987, Brezovsky 1985, Duker 1975) belegen die Modifizierbarkeit selbstverletzenden Verhaltens, das sich damit als durch soziales Lernen beeinflussbar erweist. Aversive Methoden wie leichte Stromschläge, unangenehme Gerüche oder Geräusche, overcorrection und time out reduzieren es teilweise. "Interventionen mit aversiven und non-aversiven Komponenten sind wirksamer als solche mit

ausschließlich non-aversiven Komponenten", schlussfolgern Schlosser/ Goetze (1991, 138) aus einer Analyse von 74 Einzelfallstudien mit insgesamt 108 Probanden zwischen 1976 und 1990, und "aversive Interventionen sind nicht notwendigerweise effektiver als nicht-aversive Behandlungen" (ebd.). Die als am häufigsten erfolgreich angesehenen Kombinationen verbinden z. B. Time-out oder Verhaltensunterbrechung mit Verstärkungen (145). Die Wirkungen sind jedoch kaum dauerhaft, am ehesten wirksam scheint die Kombination aversiver Methoden mit der spontanen oder geförderten Aneignung alternativer Kompetenzen.

Weitere Ergebnisse deuten einen möglichen Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und sozialer Abhängigkeit bzw. Möglichkeiten zur Selbstbestimmung an. Menschen, die bzgl. ihrer Kontinenz Hilfe brauchen und über geringe sprachliche Kompetenz verfügen, zeigen besonders häufig SVV. Wer alleine die Toilette benutzt, kann in Bezug auf seine Kontinenz autonom handeln (wenn die Toilette zugänglich ist!). Wer den unangenehmen Zustand sprachlich eindeutig mitteilen kann, hat auch kaum Probleme damit. Wer aber Hilfe braucht, diese jedoch nicht eindeutig mitteilen kann, kann nur diffus Hilfebedarf signalisieren. Er braucht ein besonders wirksames Signal, um Aufmerksamkeit zu erreichen. Wer noch gar nicht gelernt hat, dass er Menschen beeinflussen kann und muss, um seinem Bedürfnis gerecht zu werden, greift wiederum zumindest nicht aus diesem Grund zum Mittel des selbstverletzenden Verhaltens (Klauß 1995).

Auftreten von SVV bei organischen Störungen und Syndromen - Organische Verursachungsfaktoren (Schmerzen, genetische bzw. neurophysiolog. Bedingungen)

Hier sind drei Bedingungsgruppen zusammengefasst: Genetische oder neurophysiologische Bedingungen von SVV und SVV als Versuch der Bewältigung von Schmerzen etc.

SVV gilt als zugehörig zu bestimmten klinischen Syndromen (Neuhäuser 1990, Sarimski 1997). Im Rahmen der in den letzten Jahren massiv geförderten Forschung im Bereich der Gene werden zunehmend sog. Verhaltensphänotypen identifiziert, die neben spezifischen Arten der Behinderung auch bestimmte besondere Verhaltensweisen auf identifizierbare genetische Störungen zurückführen (Neuhäuser 1997). So wurde beispielsweise festgestellt, dass bei bestimmten chromosomalen Störungen bestimmte Verhaltenseigenarten auffallend gehäuft auftreten (Sarimski 1997), beispielsweise zeigen 22% der Menschen mit Marker- X- Syndrom SVV und Handbeißen tritt zu 66% bei Beuron- Syndrom auf. Das Konzept eines "Verhaltensphänotyps" wurde erstmals von Nyhan (1972) formuliert. Beim sog. Lesch-Nyhan-Syndrom konnte nach seiner Ansicht von organisch determinierten Verhaltensbesonderheiten ausgegangen werden, wenn auch der biochemische oder neurophysiologische Mechanismus, wie diese bewirkt werden, noch unbekannt sei. Harris (1987) sprach von "nicht gelernten Verhaltensstörungen". Auch wenn ein solch enges Verständnis einer eindimensionalen biologischen Verursachung von Verhaltensbesonderheiten den inter- und intraindividuellen Variationen, die bei den meisten genetischen Syndromen anzutreffen sind, nicht gerecht wird, gelten doch manche Verhaltensweisen, wie zum Beispiel die Freundlichkeit beim Down-Syndrom oder die selbstverletzenden Verhaltensweisen beim Corneliade-Lange Syndrom, als relativ spezifisch für bestimmte Syndrome (nach Sarimski 1997).

Es gibt Forschungen zum Zusammenhang von Zwang, SVV und Hirnschädigung (King 1993, 100ff. nach Theunissen 2000, 70). Zu viel Dopamin oder zu geringer Serotoninspiegel sollen bedingen, dass in Krisen Impulsivität und SVV ansteigen.

Es wird angenommen, SVV könne ein Mittel zur Schmerzlinderung sein, etwa durch Balancierung des Endorphinhaushalts oder indem Schmerzen überdeckt werden. SVV tritt im Zusammenhang mit

Schmerzen und körperlichem Unwohlbefinden auf. Auch wenn hierzu kontrollierte empirische Erhebungen bislang fehlen, sprechen doch zahlreiche Erfahrungen aus der Praxis dafür, dass häufig ein Zusammenhang mit Schmerzen und beeinträchtigtem körperlichem Wohlbefinden und dem Auftreten von SVV besteht. Brezovski (1985) berichtet, dass 3,5% bis 6,5% nichtbehinderter Säuglinge im Alter bis zu 32 Monaten Kopfschlagen zeigen, während die Schneidezähne durchbrechen. Bei Mittelohrentzündungen und anderen Schmerzen gibt es Erfahrungen, dass diese zu SVV führen, wenn verbale Verständigung nicht möglich ist. Neuere Forschungen von Kane (2000, erscheint demnächst) sprechen dafür, dass beispielsweise Juckreiz und andere Hautprobleme mit dem Auftreten von starkem und anhaltendem Kratzen, aber auch indirekt über Schlafstörungen etc. zu allgemeiner Unausgeglichenheit und daraus resultierenden selbstschädigenden Verhaltensweisen auslösen und aufrecht erhalten können. Auch bei Klauß (1987) sind Beispiele erwähnt, die belegen, dass das Auftreten von SVV mit lange unentdeckten Zahnschmerzen ebenso zusammenhängen kann wie mit unangenehm drückenden Schuhen u.a.m.

SVV stellen Aggressionen gegen sich selbst dar - Psychodynamischer Erklärungsansatz ("Autoaggressionen")

Im Bereich der Psychoanalyse gelten Selbstverletzungen als gegen sich selbst gewendete Aggressionen, die nicht nach außen gerichtet werden können oder dürfen. Die Phänomenologie des beobachtbaren Verhaltens legt diese Sicht nahe: es handelt sich um Akte der Aggressivität, bei denen allerdings klärungsbedürftig erscheint, weshalb diese gegen die eigene Person gerichtet werden. Starke Aggressionshemmung und Fehlen aggressionsmildernder Mechanismen gelten als Bedingung für SVV. Versuche empirischer Überprüfung (z.B. Lovaas u.a. 1965 nach Carr 1977) blieben allerdings offenbar erfolglos. In diesen Zusammenhang lassen sich auch SVV in Form von Selbstbestrafungstendenzen einordnen. Da SVV auch bei Depressionen auftritt, wird beispielsweise angenommen, das "Selbst" werde bestraft (Gaedt/Gärtner 1990, 33f, nach Theunissen 2000, 67), oder es handle sich um die Folge von Selbsthass bzw. der Annahme, dass andere einen "nicht mögen bzw. hassen", Verfestigung einer negativen Zuschreibung (67).

SVV ist Bewältigung von sozial sowie neurophysiologisch bedingter Isolation - Materialistischer Erklärungsansatz (Verbindung lerntheoretischer, psychodynamischer Annahmen mit solchen der kulturhistorischen Schule)

SVV soll als Mittel zur Herstellung von angenehmen Schwingungen im vertrauten Alpha-Rhythmus dienen (Feuser 1985) und eine spezifische Form der Aufnahme von Beziehungen zur Welt unter Isolationsbedingungen (Jantzen/Salzen 1986, 60) darstellen. Jantzen (1980) ordnet SVV der Entwicklungsphase der manipulierenden Tätigkeit (etwa bis 12. Monat) zu. Wird dort der Aneignungsprozess gestört, etwa weil keine sichere Objekt- und Personenkonstanz vorhanden ist, versuche der Mensch, mit den verfügbaren Mitteln Realitätskontrolle und einen subjektiven Sinn zu erhalten. Auf der Stufe der manipulierenden Tätigkeit entstehe in Folge schwerer Isolation Autoaggression. Feuser (1985) greift hier auf die Annahme (siehe homöostatische Hypothese) zurück, auf Grund von Wahrnehmungsstörungen könnten autistische Kinder "komplexe soziale Beziehungen nicht angemessen wahrnehmen" und litten an Reizüberflutung. Zur Angstreduzierung griffen sie auf Nah- und Körpersinne zurück, die eine geringere Redundanzbildung erforderlich machten. So verstanden seien Selbstverletzungen "Kompetenzen, hoch zweckmäßige und intelligente Versuche der Sicherung der eigenen Existenz, auch wenn diese, wie im Falle schwerster SVV selbst den Tod bedingen können", zu denen Menschen greifen, deren "kooperative Prozesse"

grundlegend gestört sind (Feuser o. J., 2).

SVV bei stark eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten und Kommunikationsdefiziten - SVV als Kommunikation(s)problem

Einige Erklärungsversuche bringen SVV vorrangig mit beeinträchtigten kommunikativen Möglichkeiten in Zusammenhang (vgl. Hettinger 1996). Fröhlich/ Heringer (1997) weisen darauf hin, dass sich in ihrer Untersuchung von SchülerInnen mit geistiger Behinderung in Rheinland-Pfalz eine deutliche Zunahme von Häufigkeit und Intensität des SVV und Stereotypen bei den Menschen zeigt, die nicht sprechen oder nur elementar kommunizieren (24). Sie sehen damit die Hypothese belegt, "daß SVV überdurchschnittlich oft mit einer Störung oder Einschränkung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit einhergehen" (24f) und schließen daraus, eine "Förderung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit sowie der Selbstbestimmung" könne "somit u.a. auch zu einem Rückgang von SVV und anderer problematischer Verhaltensweisen führen" (25). Bernard-Opitz (1991) schlussfolgert aus einigen Forschungsergebnissen, dass "Behinderte oft durch SVV kommunizieren" und deshalb "die Entwicklung entsprechender Handzeichen (Abwehr, Wunsch nach Zuwendung, Fixierung etc.) SVV reduzieren" konnte" (174). Hettinger (1996) fragt, "wie sich die Förderung der Kommunikation auf stereotype und selbstverletzende Verhaltensweisen auswirkt. Es zeigte sich, dass der Anteil stereotyper Verhaltensweisen ... zurückging zugunsten kommunikativer und sachbezogener Verhaltensweisen" (393). Für Hartmann/ Jakobs (1993) leitet sich aus der Annahme, SVV sei vor allem ein Kommunikationsproblem: "eine erste Antwort auf die Frage ab, was kann ich zur Verminderung aggressiven und autoaggressiven Verhaltens tun: Verbessere die Kommunikation mit Deinem aggressiven oder autoaggressiven Gegenüber." (38). Auch Kane/ Hettinger (1987) vermuten u.a., dass "selbstschädigendes Verhalten ein Versuch des Behinderten ist, sich verständlich zu machen" (14).

SVV bei Unruhe, Frustration oder Wut, Stress und vermuteter Überforderung - Panikartige Reaktionen auf Sicherheitsverlust

Aus dem häufigen Auftreten von SVV in Zusammenhang mit Unruhe, Frustrationen oder Wut (Brezovsky 1985, 11) wird geschlossen, dass es ein Mittel sei, um mit Unruhe, Frustrationen, Angst, Irritationen umzugehen, eine oft panikartige Reaktion, wenn "etwas im Weg steht" und Handlungs- und Verbalisierungsmöglichkeiten fehlen, eine Reaktion auf Überforderung ebenso wie auf räumliche Beengung etc. (Theunissen 2000, 68).

Automatisiertes, kaum beeinflussbares SVV

Da SVV in automatisierter Form und "ohne ersichtlichen Grund" auftreten, werden sie als Verhaltensweisen zu erklären versucht, "die eine Eigendynamik entwickelt, d.h. sich verselbständigt haben. Ursprünglich dienen diese Verhaltensweisen einem bestimmten Ziel (vgl. Zuwendungs- oder Vermeidungshypothese), durch immer wiederkehrende Verstärkung ist womöglich ein Prozeß entstanden, der zur Automatisierung des Verhaltens geführt hat. Betroffene können dann ihr Verhalten nicht mehr kontrollieren" (69).

Zusammenfassende Bewertung empirischer Ergebnisse und vorliegender Erklärungsansätze

Bei SVV handelt es sich demnach um ein Verhalten, das vorübergehend in der frühkindlichen Entwicklung auftreten kann. Es kommt mit zunehmendem Schweregrad geistiger Behinderung

vermehrt vor, setzt offenbar aber bestimmte Kompetenzen voraus. Bei stark eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten nimmt es zu, sehr häufig ist es mit autistischem Verhalten verbunden, und es scheint ein Bestandteil einiger genetisch bedingter Syndrome wie Marker X etc. zu sein. Vielfach wird es als Provokation, als Versuch sich durchzusetzen oder bemerkbar zu machen erlebt. Fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten können zu seiner Steigerung ebenso beitragen wie Beeinträchtigungen der Fortbewegung. Schmerzen und körperliches Unwohlbefinden werden manchmal als Anlass gesehen, sich selbst zu schlagen oder zu beißen. Die Auftretenshäufigkeit ist je nach Definition und nach untersuchter Institution sehr unterschiedlich. Offenbar sind sehr schwere, bedrohliche Formen insgesamt relativ selten, und diese sind häufig ein Grund, öffentliche Schulen und Elternhaus zu verlassen (Untervoßbeck/Klauß 2003), doch sie kommen auch bei Menschen mit schwerster Behinderungen vor, die in Familien leben. Die Erklärungen erscheinen in ihrer Vielfalt widersprüchlich, vor allem lassen sie aber einige Fragen offen. Ungeklärt scheint mir vor allem, weshalb das Verhalten denn schmerzen und gar verletzen muss. Warum bleiben die Menschen nicht bei den vertrauten Stereotypen, die doch auch die Wirkung haben müssten, selbst bestimmte Reizmuster herzustellen (s. Feuser); weshalb soll dies ein "probates Mittel" sein (so Theunissen), um auf sich aufmerksam zu machen, es wären doch auch viele andere denkbar! Wieso soll um eines positiven Effektes willen - z. B. um ein Joghurt zu bekommen - ein Schmerz in Kauf genommen werden? Weshalb hört ein Mensch nicht damit auf, wenn die Lippe ganz zerbissen, das Augenlicht zerstört ist oder ihm der Tod droht? Das ist in den gängigen Hypothesen nicht wirklich erklärt. Beim Verstärkungslernen beispielsweise müsste doch die negative Konsequenz spätestens dann den möglichen positiven Effekt verdrängen, wenn Verletzungen entstehen. Können vermeintlich angenehme Alpha-Wellen angesichts massiver Schmerzen noch angenehm sein? Weshalb sollen massivste Selbstreizungen zur Selbststimulation notwendig sein, wo doch die Welt voll von Außenreizen ist? Weshalb wird zum Erlangen von Aufmerksamkeit nicht zur Fremdaggression gegriffen, die doch meist als Möglichkeit auch zur Verfügung steht?

SVV ist allen Menschen bekannt!

Bevor versucht werden soll, solche offenen Fragen zu klären, ist eine Korrektur eines Eindrucks notwendig, der durch die bisherige Darstellung entstanden sein muss. Bei aller Uneinheitlichkeit vorliegender Befunde und Erfahrungen scheint zumindest klar zu sein, dass selbstverletzende und -schädigende Verhaltensweisen fast ausschließlich ein Problem von Menschen mit schwerster Behinderung darstellt. Theunissen (2000) hält - vermutlich wie viele andere auch - SVV für die einzige Form von Verhaltensauffälligkeiten, die bei dieser Personengruppe "besonders ausgeprägt zu sein scheint" (59), während bei anderen Formen auffälligen Verhaltens "kaum Unterschiede zu Nichtbehinderten bestehen" (59f). Wenn das zuträfe, könnten wir bei den Erklärungen kaum auf Erkenntnisse zurückgreifen, die für alle Menschen gelten und ebenso wenig auf Erfahrungen, die wir selbst machen. Menschen mit schwerster Behinderung wären dann in der Tat andersartig, und dies müsste die Möglichkeit, ihr Verhalten zu verstehen, erheblich erschweren.

Doch dieser Eindruck hält der Überprüfung nicht stand. SVV kann bei allen Menschen vorkommen. Gegen eine Begrenzung auf eine Personengruppe sollte bereits skeptisch machen, dass es in der Entwicklung vieler Kleinkinder ohne Behinderung vorübergehend auftritt (zwischen 7% und 17%; Brezovski 1985). Die Hospitalismusforschung von Spitz (1973) zeigt ebenfalls, dass nicht behinderte Kinder unter extrem hospitalisierenden Bedingungen sich selbst aktiv angreifen, den Kopf gegen Gitterstäbe, und die Fäuste gegen den Kopf schlagen und sich büschelweise Haare

ausreißen (nach Theunissen 2000, 66).

Fragt man schließlich eine beliebige Gruppe von Menschen, ob sie selbst sich gelegentlich in irgendeiner Form Schmerzen zufügen (vgl. Klauß 1995), so umfassen die Antworten die ganze Palette von Verhaltensweisen, die wir als SVV bezeichnen. Sich selbst körperlich zu schädigen und Schmerzen zuzufügen gehört also zum normalen menschlichen Verhaltensspektrum, über das wir - allerdings neben anderen Alternativen - verfügen können.

Eigene Erfahrungen mit SVV

Formen	Eigene Erfahrungen: Anlässe/Wirkung
Vor den Kopf schlagen	Hilflosigkeit/ Ausweglosigkeit. nur negative Handlungsalternativen, keine Einflussmöglichkeiten gesehen
Sich kneifen, kratzen	Schmerzen erleichtern (Zahnarzt, Kopfweg)
Haare aus-, Pickel aufreißen, auf die Zunge beißen	Anspannung, Nervosität, Angst
Sich kneifen, kratzen; körperliche Extrembelastung	Lustvolle Erfahrung, z.T. bei Langeweile
Unterschiedliche Formen	Demonstrativ (um Partner zu beeinflussen, es soll sich jemand um einen kümmern)

Klauß 1995

Auch Kettenrauchen, Alkoholismus und Medikamentensucht sind selbstschädigend

Nimmt man in der Literatur vorfindliche Definitionen von SVV ernst, so wird deutlich, dass diese keinesfalls nur auf Verhaltensweisen von Menschen mit schwerster Behinderung zutreffen. Mühl u. a. (1996) beispielsweise definieren:

- "SVV ist gegen die eigene Person gerichtet. Es bewirkt eine physische Reizung oder Schädigung. Es hat oftmals stereotypen Charakter" (23).

Darunter fallen Kettenraucher, Extremsportler, Alkoholiker und Medikamentensüchtige ebenso wie Menschen, die sich den Kopf blutig schlagen - und auch das tun keineswegs nur solche mit schwerster Behinderung. Kettenrauchen etwa ist zweifellos extrem gleichförmig, also stereotyp, ohne erkennbaren besonderen Anlass, es handelt sich um ein beobachtbares manuelles Handeln in Bezug auf den Körper, bewirkt dessen Schädigung und ist somit gegen die eigene Person gerichtet. Hautschädigungen durch Kosmetika und Dauersonnenschein widersprechen der Definition auch nicht, und Selbstmord(versuche) gehören sachlich dazu, sind allerdings meist nicht stereotyp. Würde exzessives Nägelkauen einbezogen, so müsste SVV möglicherweise vor allem als Problem von Kindern mit Lernbehinderung gelten. Eine Häufung von SVV bei Menschen mit geistiger Behinderung ist nur zu belegen, wenn die genannte Definition durch das Nennen konkreter Beispiele eingeschränkt wird, die v.a. bei Menschen mit schwerster Behinderung vorkommen.

Beispiele für selbstschädigendes Verhalten von Menschen ohne geistige Behinderung

Damit ist ein Schritt zum besseren Verstehen getan. Wir unterscheiden uns nicht prinzipiell von den

Menschen, die wir als selbstverletzend bezeichnen. Allzu sehr erstaunt das allerdings nicht. Weshalb sollte es Verhaltensweisen geben, die nur eine Gruppe von Menschen zeigen, die sich durch ihr kognitives Kompetenzniveau von anderen unterscheidet? Einige Beispiele belegen exemplarisch, dass Verhaltensweisen, durch die Menschen ihren eigenen Körper massiv bis zur Selbsttötung schädigen, in unserer Gesellschaft weit verbreitet sind. Würde man ihr Vorkommen in Bezug auf die Bevölkerungszahl berechnen, käme man vermutlich auf ähnliche Anteile wie beim SVV von Menschen mit Behinderungen.

- In Deutschland schädigen sich Hunderttausende mit illegalen Drogen, es gibt mehrere Millionen Alkoholikerinnen und Alkoholiker und noch mehr Nikotinabhängige. Essen und Nichtessen als Sucht (Magersucht) sind weit verbreitet (vgl. Der Spiegel 51, 2000), Medikamentenabhängigkeit ist weit verbreitet, Joggen kann süchtig machen, das Spielen mit Automaten und mit Aktien ebenso. Die meisten dieser Suchtformen schädigen den Körper massiv, führen zu Unwohlsein und schmerzhaften Veränderungen. Diese Folgen sind jedoch kein ausreichender Grund, dieses Verhalten einfach zu beenden.
- Vor kurzem wurde in der Presse (RNZ 28.12.2000) von einem Mann berichtet, der zu Tode kam, weil er durch Selbststrangulation seine Orgasmusintensität zu steigern versuchte.
- Eine junge Frau, als Kind sexuell missbraucht, konnte sich niemandem anvertrauen und versuchte, anders auf sich aufmerksam zu machen: "Ich habe mich zum Beispiel ganz oft selbst verletzt. Außerdem war ich in der Schule sehr aggressiv, habe da regelrechte Aggressionsschübe bekommen, bin über Tische, Stühle, Bänke gegangen. Ich habe mich dem Lernen total verweigert, habe Lehrerinnen und Lehrer übelst beschimpft. Es hat aber nicht viel genützt"(Thiel1999, 19).
- Die in großer Zahl vorkommenden Selbstmorde und Suicidversuche stellen ebenfalls massive Formen der Selbstschädigung dar, die keineswegs mit intellektueller Beeinträchtigung einhergehen, im Gegenteil. Sie setzen eine Reflexion über die eigene Lebenssituation sowie entsprechende praktische Fähigkeiten voraus.

Auch wenn sich Menschen mit schwerster Behinderung nicht prinzipiell von anderen Menschen darin unterscheiden, dass etliche von ihnen ihren Körper schädigende Verhaltensweisen zeigen, gibt es doch Unterschiede zwischen Kettenrauchen, Alkoholmissbrauch etc. und den unter dem Begriff SVV zusammengefassten Verhaltensweisen. Die in unserer Gesellschaft verbreiteten Formen der Sucht setzen entwickelte Fertigkeiten sowie die Zugänglichkeit der Suchtmittel voraus: z.B. Zigaretten kaufen, anzünden etc. Außerdem werden dabei Stoffe genutzt, die eine physische Abhängigkeit bedingen können. Menschen mit erheblichen Behinderungen nutzen demgegenüber als Werkzeug beim SVV vor allem die eigenen Hände oder den Kopf und als Gegenstand der Betätigung die Oberfläche des eigenen Körpers und manchmal Material wie Tischkanten etc. Sie greifen also auf das zurück, was ihnen direkt zugänglich ist und was sie nutzen können, ohne weitere Fertigkeiten entwickelt zu haben. Es gibt also Unterschiede bezüglich des Bildungsgrades, des Niveaus, auf dem die selbstschädigende Aktivität stattfindet. Ob dabei auch eine physische Abhängigkeit von Menschen mit schwerster Behinderung entstehen kann, ist unklar. Möglicherweise sind - ähnlich wie bei Dauerläufern - Endorphine im Spiel, also Drogen, die nicht eingenommen, sondern selbst erzeugt werden (vgl. Lingg 1994 nach Theunissen 2000, 68). Doch diese Unterschiede ändern nichts an der grundsätzlichen Parallelität des Verhaltens. Ausgehend von der Dialektik von der Gleichheit und Andersheit aller Menschen stellen sich nun weiterführende Fragen: Was bedeutet dieses Vorkommen selbstschädigenden Verhaltens bei allen Menschen für die Erklärung von SVV, und wie lässt sich das mit den vielfältigen, z.T. widersprüchlich erscheinenden

Erkenntnisse und Erklärungsversuche so einordnen, dass es verstehbar und nachvollziehbar wird?

Theoretischer Rahmen zur Einordnung von Erkenntnissen und Hypothesen

Ist SVV nun ein Bestandteil von genetischen Syndromen - und damit ausreichend erklärt, oder fehlt den betroffenen Menschen nur ausreichende Stimulation, oder beißen sie sich wegen zu viel und undurchschaubarer Stimulation? Schlagen sie sich wegen eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten oder teilen sie durch das Haare-Ausreißen etwas mit? Leiden sie unter Triebstau oder reagieren sie Frustrationen ab, oder verletzen sie sich - teilweise bis zur Selbstverstümmelung - nur deshalb, weil ihnen "ein Wagen im Weg steht" (vgl. Theunissen 2000, 64), oder weil sie sich hassen? Müssen solche Erklärungsversuche unverbunden nebeneinander stehen bleiben - oder lassen sie sich in einen Theoretischen Rahmen einordnen, der zudem Anhaltspunkte für pädagogisches Handeln bietet und zudem die Erkenntnis einbeziehen lässt, dass alle Menschen selbstschädigende Verhaltensweisen zeigen können?

Verortung verschiedener Bedingungen von SVV in unterschiedlichen Lebensformen

Fassen wir zusammen, was bekannt ist: Ein beträchtlicher Teil der Menschen mit und ohne Behinderungen zeigt Verhaltensweisen, die häufig stereotyp erscheinen, durch die sie ihren eigenen Körper z.T. beträchtlich - sogar tödlich - schädigen. Je nach Definition fällt dieser Anteil höher oder niedriger aus, beschränkt er sich auf Menschen mit schwerster Behinderung oder bezieht alle Bevölkerungsgruppen ein. SVV stellt selbst eine Kompetenz dar, für die nicht bei allen Menschen die Voraussetzungen gegeben scheinen. Relativ häufig kommt es bei Menschen vor, die autistisches Verhalten zeigen und ebenso bei einigen durch genetische Auffälligkeiten charakterisierte Syndromen ("Verhaltensphänotypen"). Oft wird ein Zusammenhang zwischen Schmerzen, Anspannung oder sonstigem körperlichem Unwohlsein gesehen, häufig erscheint das Verhalten als panikartige Reaktion auf vermutlich Erschreckendes oder Überforderndes. Etliche Menschen zeigen selbstschädigendes Verhalten in Situationen der Langeweile und hat etwas mit Bewegung oder dem Auslösen bestimmter Effekte zu tun - und häufig verringert sich SVV, wenn alternative Bewegungs- und Betätigungsmöglichkeiten ausgebildet werden können oder wenn die Menschen die Möglichkeit erhalten, sich vielfältiger und selbstbestimmter zu betätigen. Weiter tritt SVV als Versuch der Durchsetzung im sozialen Umgang auf, es kann sich um ein offenbar effektives Druckmittel zum Erreichen von Aufmerksamkeit oder Vermeiden von unangenehmen Anforderungen handeln und teilweise scheint es in Zusammenhang mit geringen kommunikativen Fähigkeiten zu stehen. Schließlich gibt es auch Belege dafür, dass auf Grund reflexiver Prozesse ("Selbstvorwürfe", "Selbsthass", beeinträchtigter Selbstwert, Bilanzselbstmord) Handlungen stattfinden, die zu Schädigungen oder gar zum Tod führen können.

Als erste Erkenntnis ist aus dieser Übersicht zu schlussfolgern, dass es nicht nur einen Grund geben kann, aus dem ein Subjekt sich entscheidet, sich so zu verhalten. Damit sind Versuche fragwürdig, die alles SVV auf nur eine Art von Bedingungen zurückführen, also z.B. nur auf Reizüberflutung oder auf Kommunikationsprobleme oder auf körperliche Störungen etc. Fragwürdig ist aber auch eine Sicht, die Widersprüche beschönigt und alle Hypothesen für "irgendwie berechtigt" ansieht und dies als "Multikausalität" ausweist. Natürlich können unterschiedliche Gründe kombiniert auftreten, aber jeder Grund kann auch für sich ausreichen. Doch welche unterscheidbaren Gründe lassen sich nachvollziehen, die mit den empirischen Ergebnissen und Erfahrungswerten in Übereinklang zu

bringen sind?

Als Modell zum Unterscheiden und Erklären von SVV, das im Zusammenhang mit unterschiedlichen Bedingungen auftritt, nutze ich ein Modell, das Haisch (1988) in Anlehnung an Piaget entwickelt hat. Bei den Lebensformen orientiert er sich an den Phasen der sensomotorischen Entwicklung nach Piaget (1974), die den sog. dominierenden Tätigkeiten (Jantzen 1979) vergleichbar sind. Er zeigt jedoch, dass die Entwicklung zwar einer Logik folgt, dass dies aber nicht so geschieht, dass eine Stufe verlassen wird, um die nächst zu erreichen. Er zeigt auf, dass für alle Menschen alle Lebensformen, die sie in den ersten Lebensmonaten und -jahren nacheinander schwerpunktmäßig ausbilden, lebenslang bedeutsam bleiben, damit gleich "berechtigt" sind und alle der Bildung bedürfen. Die Befriedigung körperlich bedingter Bedürfnisse bleibt ebenso lebenslang wichtig und weiter bildbar wie die Selbstbewegung (vgl. primäre Kreisprozesse bei Piaget) und die effektgeleitete Betätigung (sekundäre Kreisprozesse bei Piaget, manipulierende Tätigkeit bei Jantzen) als unterhaltsame Lebensformen, die gewohnheitsgeleitete Betätigung (tertiäre Kreisprozesse/ gegenständliche Tätigkeit) mit der Ausbildung von Fertigkeiten für den Umgang mit der materiellen und personellen Umwelt, bis zu Kreativität und Gestaltung eines eigenen Stils, sowie Ausdruck, Mitteilung, Kommunikation und Reflexion (vgl. Klauß 1999). Zur Entfaltung jeder Lebensform ist Bildung notwendig. Diese bedarf einer sozialen Interaktion, die geeignet ist, innerhalb der Lebensform zu Vielfalt, Selbständigkeit und Individualität zu gelangen, zu einem "reichen" Leben also. Mangelt es an Bildung, weil Menschen keine adäquate sozialen Interaktionen erleben, weil äußere Lebensbedingungen dem entgegenstehen oder weil sie auf Grund ihrer Schädigung vorhandene Bildungsangebote nicht oder nur teilweise nutzen können, so fehlen innerhalb der entsprechenden Lebensform Vielfalt und Lebensqualität und damit Autonomie; damit können spezifische Probleme entstehen, beispielsweise verschiedene Formen des SVV (vgl. den Begriff der Isolation bei Jantzen 1979, s. Klauß 1987).

SVV kann in jeder Lebensform begründet sein

SVV kann in jeder Lebensform begründet sein, damit lässt sich die Unterschiedlichkeit von Bedingungen erklären, unter denen es auftritt. Das bedeutet, dass es - aus Sicht des Subjekts - einen jeweils unterschiedlichen Sinn, eine je andere individuelle Bedeutung haben kann. Diese Unterscheidung ist nicht nur bezüglich ihres Erklärungswertes relevant, sondern auch deshalb, weil sich daraus auch unterschiedliche pädagogische Schlussfolgerungen ableiten.

SVV im Zusammenhang mit organischen Bedingungen

Bei der Frage nach einem Zusammenhang von SVV und organischen Bedingungen sind drei Aspekte zu unterscheiden: Der Zusammenhang mit bestimmten genetischen Syndromen, der mit neurophysiologischen Prozessen und mit Schmerzen, Anspannung und anderen Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens.

Die Erkenntnis, dass bei einem genetisch bedingten Syndrom oder bei bestimmten neurophysiologischen Besonderheiten SVV auftritt, erklärt noch nicht, wie ein Mensch dazu kommt, sich so zu verhalten. Gleiches gilt auch für den Autismus, bei dem übrigens auch zunehmend Hinweise auf genetische Besonderheit berichtet werden. Die Aussage "Menschen mit Marker X Syndrom (oder mit Autismus, oder mit Serotoninmangel) zeigen SVV häufiger als andere" bezeichnet nur einen statistischen Zusammenhang. Um das Verhalten wirklich zu erklären, gilt es die subjektive Logik nachzuzeichnen, wie es unter diesen Bedingungen zum konkreten

Verhalten kommen kann (vgl. Jantzen 1998 zur Entwicklungslogik vermeintlich festliegender Eigenarten des Down-Syndroms). Beim Autismus geht es deshalb beispielsweise um die Frage, wie ein Mensch dazu kommt, sich nicht an anderen zu orientieren, sich auf sie einzulassen (vgl. Klauß 2000) - und inwiefern das eine Antwort des Subjekts auf bestimmte Bedingungen sein kann, unter denen es lebt und aufwächst. Ein Gendefekt erhöht (so Sarimski 1997) lediglich das Risiko, auffälliges Verhalten zu zeigen, es gibt dabei allerdings "inter- und intraindividuelle Unterschiede", und "nicht alle Kinder mit Cornelia-de-Lange-Syndrom entwickeln autoaggressive Verhaltensweisen" (8). Sarimski spricht damit die Notwendigkeit einer entwicklungslogischen Analyse (vgl. Jantzen 1998) an, wenn er schreibt: "Die Hintergründe dieses selbstverletzenden Verhaltens sind bisher kaum geklärt. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass sie in einigen Fällen Ausdruck körperlicher Schmerzen und Missbehagens sind (z.B. bei Reflux, Infektionen der oberen Luftwege oder des Mittelohrs, Zahn- und Kopfschmerzen). In anderen Fällen sind sie durch Überforderung und Reizüberflutung bedingt" (16). Die Frage nach der subjektiven Logik des Verhaltens ist also nicht überflüssig, wenn ein sog. Verhaltensphänotyp oder das Auftreten eines Verhaltens im Zusammenhang mit anderen, z.B. autistischen Auffälligkeiten, festgestellt ist. Organische Prozesse und Besonderheiten (seien sie genetisch oder anders bedingt) stellen lediglich Ausgangsbedingungen dar, auf deren Basis möglicherweise die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, SVV auszubilden. Doch ob das geschieht, liegt mit den organischen Gegebenheiten nie fest. Darüber entscheidet das Individuum. Diesen "Entscheidungsweg" gilt es nachzuvollziehen und dabei zu versuchen, die subjektive Logik zu verstehen. Damit wird beispielsweise die Frage relevant, wie es Menschen gelingt, mit Schmerzen umzugehen.

Wie lässt sich der Zusammenhang von Schmerzen und SVV verstehen? Zunächst kann es sich um nicht gelernte, "natürliche" Reaktion handeln. Es erstaunt nicht, dass jemand in Verzweiflung panisch reagiert - und um sich schlägt, oder auch sich selbst. Das ist normal, wenn jemand sich existentiell bedroht fühlt und stellt eine spontane Reaktion dar. Diese beinhaltet allerdings das Problem, dass die Verhaltensweise an sich nichts darüber aussagt, weshalb jemand panisch ist. Solange es nicht gelingt, über die Bedingungen zu kommunizieren, zumindest entsprechende Signale zu interpretieren, bleibt nur der Versuch, den betreffenden Menschen zu beruhigen. Bleiben aber beispielsweise Schmerzen oder andere körperlichen Probleme unverändert, werden Menschen dann nur an ihren Reaktionen gehindert und festgehalten, gefesselt etc., kann sich das panikartige Verhalten noch steigern.

SVV kann im Zusammenhang mit Schmerzen etc. aber auch dadurch entstehen, dass der betreffende Mensch einen Effekt entdeckt, den er dann immer wieder nutzt - so verhalten wir uns beispielsweise beim Zahnarzt, wenn wir uns kräftig kneifen. Diese Entdeckung weist bereits über die Lebensform des organismischen Lebens hinaus, weil es nun um das Aufrechterhalten entdeckter Effekte geht. Vom Inhalt her geht es allerdings um die Frage, wie ein Mensch mit dem Problem umgeht, dass er Angst hat, äußerst verunsichert und in Panik ist oder von ständigem Zahnschmerz, Mittelohrschmerz oder Juckreiz gequält wird. Wenn er entdeckt, dass er dort kratzen oder dorthin schlagen kann, wo es schmerzt (z.B. auf die Ohren bei Mittelohrentzündung), so stellt das bereits einen Bildungsprozess dar. Es wurde eine neue Kompetenz ausgebildet, allerdings eine, die den Nachteil hat, dass er den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben versucht. Als zentrales Problem erweist sich dabei, dass diese Bildung nur autodidaktisch, ohne soziale Kooperation erfolgt. Der Hinweis auf die Schmerzquelle oder das Hautjucken, der in dieser Handlung enthalten ist, wird von anderen Menschen nicht verstanden, ein kommunikativer Prozess damit nicht eingeleitet. Der betroffene Mensch macht die Erfahrung, dass von anderen Menschen keine Hilfe zu erwarten ist,

vielleicht erhöhen ihre Beruhigungsversuche sogar seine Schmerzen. Er bleibt auf sich gestellt - und auf die Anwendung des selbst gefundenen Mittels, mit dem Schmerz oder der Anspannung umzugehen. Daran hält er fest, weil ihm die Bildungsmöglichkeit fehlt, die darin liegt, dass jemand seine Signale verstehen und aufgreifen, sie durch Hilfe beantworten und ihn damit auf den Weg bringen könnte, zukünftig verstehbarer über sein körperliches Wohlbefinden zu kommunizieren. Verschlungen bleibt auch die Bildung, die darin bestünde, dass er selbst lernen könnte, anders mit den Schmerzen oder der Anspannung umzugehen. Menschen mit höherem Bildungsniveau haben die Möglichkeit, Vergleichbares durch Medikamente oder Drogen zu erreichen - das Bewältigen von Schmerzen, Anspannung und Unwohlsein - und auch daraus kann ein Verhalten werden, das nicht mehr ohne weiteres vom Betroffenen steuer- und beendbar ist. Aus dem Versuch, mit körperlichem Unwohlsein umzugehen, kann eine Sucht werden.

Ein Mensch, der diese Möglichkeit entdeckt hat, mit Schmerzen etc. umzugehen, zeigt also, dass er zu sekundären Kreisprozessen (im Sinne von Piaget) bzw. manipulierender Tätigkeit (Jantzen) in der Lage ist. Er kann entdeckte Effekte andauern lassen. Insofern ist Jantzen zuzustimmen, dass diese Form von SVV diesem Tätigkeitsniveau zuzuordnen ist. Ein Verhalten wird wiederholt gezeigt, weil es entdeckt wird und gefällt (primäre Kreisreaktion) und weil entdeckt wurde, dass es bestimmte Effekte hat und weil man diese Effekte aufrecht erhalten möchte (sekundäre Kreisreaktion). Allerdings ist zu ergänzen, dass SVV auch aus Bewegungstereotypien (primären Kreisreaktionen) entstehen kann, wenn gleichförmige Bewegungen extensiv gesteigert werden. Jeder Mensch kennt die Möglichkeit, durch selbst zugefügte Schmerzen Anspannung, andere Schmerzen, Angst, Unsicherheit etc. zu "überspielen". Sehr häufig geschieht das beispielsweise beim Jucken von Wunden oder Neurodermitis; hier tun sich viele Menschen schwer, nicht so lange zu kratzen, bis es blutet oder gar zu dauerhaften Schädigungen der Haut führt (vgl. Mürle 1999). Doch weshalb behalten manche Menschen - mit und ohne Behinderungen - das Selbstzufügen von Schmerzen auch dann bei, wenn der negative Effekt die positive intendierte Wirkung zu übertreffen scheint? Eine gewisse Rolle kann dabei spielen, dass der Zusammenhang zwischen eigenem Handeln und den dadurch erzeugten Schmerzen nicht wahrgenommen werden. Raucher mögen beispielsweise den Gedanken an den Raucherhusten verdrängen, während sie sich die nächste Zigarette anzünden, und intellektuell behinderte Menschen überschauen den Zusammenhang häufig wohl nicht. Unter dieser Voraussetzung kann es "zur Verzweiflung führen", wenn die erhoffte Wirkung nicht eintritt, das kann dazu beitragen, dass das SVV immer mehr gesteigert wird - in der Hoffnung, die Wirkung müsse sich durch Intensivierung doch noch einstellen.

SVV als beeinträchtigte Bildung im Bereich unterhaltsamer Selbstbewegung und effektgeleiteter Betätigung

Doch SVV tritt nicht nur in Zusammenhang mit Schmerzen auf. Es verstärkt sich bei Langeweile und fehlender Beschäftigung und "Reizmangel". Wie ist das zu erklären? Dazu ist zunächst Charakter der Lebensformen der Selbstbewegung und der Betätigung zu untersuchen. Weshalb bewegt sich ein Kind? Weshalb schlägt es eine Rassel an, so dass sie ein Geräusch macht? Diese Aktivitäten sind selbstzweckhaft und haben keinen anderen Grund als den, dass die Person, die sich ausführt, sie selbst oder ihre Effekte in einem spontanen, subjektiven Urteil als interessant, faszinierend, angenehm empfinden. Sich selbst zu bewegen und durch Betätigung Effekte hervorzurufen und andauern zu lassen, geschieht aus Lust daran, es dient der Unterhaltung und hat damit seinen Zweck in sich selbst. Wenn jemand diese Kompetenzen nicht ausbildet, hat er große Probleme mit der Langeweile. Im Laufe des Lebens bilden Menschen eine Vielzahl solcher

unterhaltsamer Möglichkeiten aus: die Kultur stellt diese Vielfalt zur Verfügung, und die Werbung lebt zum großen Teil davon, dass sie interessante Bewegungsmöglichkeiten und vor allem Effekte anbietet. Unterhaltung ist übrigens meist zu einem großen Teil gleichförmig, stereotyp. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass Stereotypen stereotyp sind. Tänze, Musikstücke, Fernsehserien und viele andere Unterhaltungsformen enthalten überwiegend gleichförmige Rhythmen, Bewegungen, Personen und Handlungsabläufe. Auffallend ist nur, dass manche Menschen sich auf bestimmte einfache Bewegungs- und Betätigungsabfolgen beschränken, um sich zu unterhalten. Sog. Stereotypen sind selbst gefundene, nicht in der sozialen Interaktion gebildete Aktivitäten. Sie weisen auf ein Bildungsdefizit hin.

Solche Betätigung hat keinen anderen Zweck als den Genuss der Effekte, sie ist insofern wie die Selbstbewegung nicht sozial gerichtet oder begründet, bedarf aber der sozialen Interaktion in Form von Bildung, soll unser Repertoire nicht auf die Formen der Unterhaltung beschränkt bleiben, die wir zufällig selbst entdecken. Wir benötigen Anregungen, zu manchen neuen Genüssen müssen wir verführt werden, weil wir uns zunächst nicht trauen. Vor allem aber bilden wir hierbei Vorlieben und schließlich Geschmack als Basis für sichere Entscheidungen, was uns gefällt und was nicht: bestimmte Musik, bestimmte Kleidung, bestimmte Spiele und Kunstwerke - und auch bestimmte Menschen. Auch das Genießen selbst lernen wir dabei, es ist auch ein Aspekt der Bildung. Bei einem guten Glas Wein, beim Geschmack einer Zigarre, beim Anblick eines Bildes, bei einem Konzert verweilen, oder mit einem bevorzugten Menschen zusammen sein - zum Genuss gehört ein Vertrautsein, ein Dabeibleiben. Aus einem irgendwann entdeckten Effekt wird etwas, das man wiederholen und beibehalten möchte. Wird diese Fähigkeit nicht ausgebildet, so entstehen keine Beziehungen zu den Dingen und Personen, diese werden einem nichts wert.

Es sind unterschiedliche Gründe denkbar, durch die dieser Bildungsprozess, die Ausbildung von Vielfalt, von Varianten und von gebildetem Geschmack, der ein genießendes Verweilen ermöglicht, beeinträchtigt wird. Vielleicht fällt dem Kettenraucher, der Alkoholikerin oder dem Menschen, der Stereotypen zur Unterhaltung nutzt, einfach nichts anderes ein, das wäre eine Form kognitiver Beeinträchtigung, vielleicht haben sie nicht genügend Anregung erhalten, vielleicht wurden sie durch äußerliche Bedingungen an der Bildung anderer Möglichkeiten gehindert. Die Bildung vielfältiger Formen von unterhaltsamer Bewegung und Betätigung erfordert soziale Interaktion. Findet diese zu wenig statt und entwickelt ein Mensch dabei nicht die Bereitschaft, sich an anderen zu orientieren, so trägt das indirekt zu dieser Form der Suchtentwicklung bei, weil er auf das beschränkt bleibt, was er alleine entdeckt und für "reizvoll" befunden hat.

Was geschieht, wenn ein Mensch kaum Möglichkeiten der interessanten Bewegung und Betätigung - oder der Herstellung körperlichen Wohlbefindens, der Bewältigung von Schmerzen - ausbildet? Wenn er nur auf das begrenzt bleibt, was er an Bewegungen und Effekt-Betätigungen selbst gefunden hat, weil ihm niemand entsprechende Anregungen gab, weil ihm anregendes Material dazu fehlte oder niemand auf seine Ideen in diesem Bereich einging oder man gar versuchte, auch noch seine selbst gefundenen Bewegungen und Effekte als "Stereotypen" zu beseitigen? Dann wird er zunächst - nicht aufhören, sich zu bewegen und sich zu betätigen, denn das ist offenbar lebensnotwendig. Menschen werden verrückt, wenn sie sich nicht bewegen und effektgeleitet betätigen können, wenn sie sich und ihre Umwelt nicht spüren. Insofern sind Stereotypen, selbst wenn sie den Charakter von SVV annehmen, "Lebenszeichen". Sie ersatzlos "abbauen" zu wollen, kommt dem Versuch gleich, den Menschen in tiefe Resignation und Apathie zu treiben, wie sie als Folge des Hospitalismus bekannt ist. Es ist kein Erfolg, wenn Menschen ihre Stereotypen aufgeben und apathisch in der Ecke sitzen.

- In Experimenten, in denen Menschen die Möglichkeit zum Genuss von Effekten genommen wird, zeigt sich deren lebensnotwendiger Charakter. Ein Forscher ließ sich unbedeckt und mit einer Augenmaske in körperwarmem Wasser treiben. Nach einer kurzen Phase des Wohlfühlens begann er mit Muskelzuckungen, Reiben der Finger aneinander und krampfhafter Konzentration auf verbleibende Eindrücke. Es gelang keiner Versuchsperson, diese Situation länger als drei Stunden zu ertragen. Andere Personen brachte man in einer schalldichten, gleichmäßig beleuchteten Zelle unter und schränkte die Seh- und Betätigungsmöglichkeiten durch Spezialbrillen und Wattehandschuhe ein. Sie fühlten sich nach kurzer Entspannungsphase extrem unwohl, machten Geräusche, entwickelten schließlich Halluzinationen und zeigen Reaktionen, die sonst bei Hirnverletzungen bekannt sind (nach Krech und Crutschfield 1971, 9f).

Aus den Stereotypen ergibt sich aber doch ein Problem, wenn sie die einzige ausgebildete Form unterhaltsamer Betätigung sind. Die Menschen haben kaum Vielfalt von unterhaltsamen Formen ausgebildet, die ihnen gefallen, sie faszinieren. Sie bewegen sich auf nur eine Art und Weise lustvoll (etwa durch Schaukeln) und erzeugen Effekte in immer gleicher Form, etwa durch Türenschnellen, Kotschmierern, durch Fingerreiben, Kratzen oder Wedeln vor den Augen. Angesichts fehlender Variationsmöglichkeiten kann man nicht einfach aufhören, wenn das selbst Gefundene mit der Zeit langweilig und fad wird. Will man den Genuss erhalten, bleibt nur ein Weg: den Effekt zu intensivieren, durch höhere Frequenz, durch größere Intensität, durch Aktivitäten, die heftiger werden. Die Widersprüchlichkeit dieser Entwicklung besteht darin, dass jemand nun um des Genusses Willen auch Schmerzen in Kauf nimmt, weil die Steigerung der Intensität dazu führen kann. Damit ist ein Prozess in Gang gekommen, der suchtartigen Charakter bekommt. Alkohol-, Nikotin-, Spiel-, Ess- bis zur Medikamentensucht haben insofern die gleiche subjektive Logik wie SVV, das sich aus Bewegungs- oder Effektstereotypen entwickelt hat. Es geht auch hier um Genussmittel. Diese sollen gefallen, unterhalten, oder (im Falle der Medikamente) körperliches Wohlbefinden durch den Effekt der Entspannung, Stressbewältigung oder der Beseitigung von Schmerzen sichern. Doch bleibt man immer beim gleichen Mittel, so verliert dies seine Wirkung, es wird eigentlich untauglich. Dem Alkoholiker oder dem Kettenraucher schmecken Bier bzw. Zigarette nicht mehr, das Kratzen behebt das Jucken nicht mehr, sondern führt zu Schmerzen, die Wirkung, der Genuss bleiben aus, das nächste Glas, die nächste Zigarette, das verstärkte Kratzen soll sie bringen. Es entspricht dem Charakter der Sucht, dass die irgendwann eintretende Schädigung, das Krankwerden, die Schmerzen in Kauf genommen werden und nicht ausreichen, um diesen Prozess zu unterbrechen. Der oben berichtete Tod durch sado-masochistische Praktiken ist ein extremes Beispiel für diesen Versuch, Genuss durch ständige Steigerung zu erhalten. Des subjektive Sinn des SVV besteht darin, dass auch dieser Mensch leben will, und dazu gehört es, sich zu bewegen und für interessante Effekte zu sorgen - dafür setzt er sogar das Leben aufs Spiel. Teilweise hat SVV also damit zu tun, dass Menschen sinnlichen Genuss und Wohlbefinden durch Bewegung oder effektgeleitete Betätigung suchen, und mangels ausgebildeter Alternativen dies durch Steigerung zu erhalten suchen, wenn er - zwangsläufig - fade wird und seine Wirkung verliert. Die Begriffe "Stimulationshypothese" und "Homöostase" führen zur Erklärung dieses Phänomen etwas irre, weil sie nahe legen, es gehe nur um die Menge oder Ausgewogenheit an Reizen. Wenn nur eine Reiz-Unterempfindlichkeit vorläge, dann müsste ausreichen, genügend alternative Reize "zuführen", um SVV zu beseitigen. Das stimmt aber nicht. Damit wird übersehen, dass nicht jeder Reiz gleich gefällt, nicht berücksichtigt ist zudem die mögliche suchtartige Entwicklung und die Tatsache. Es reicht nicht, einem Süchtigen irgendetwas

Vergleichbares anzubieten, also Bonbons statt Zigaretten oder frische Luft statt Medikamente. Ein von außen gesetztes "stimulierendes Angebot" macht wenig Sinn. Der andere Effekt, die alternative Bewegung muss als interessant entdeckt, der Mensch muss mit ihr vertraut werden, um sie wirklich als Alternative zu nutzen. Da dieser Prozess aber immer eine eigene Entscheidung des Menschen beinhaltet - eben etwas faszinierend und nicht erschreckend zu finden - kann die Förderung hier nur darin bestehen, beim Vertrautwerden mit Neuem zu unterstützen, zu beruhigen, Sicherheit zu geben und Angebote zu machen - und zu hoffen, dass einige davon auch gefallen. Bildung stellt ein Angebot dar, keinen Zwang. Bei Alkohol- oder Nikotinabhängigkeit erscheint es ohnehin unsinnig, von einer organisch bedingten Wahrnehmungsstörung als Grund auszugehen.

Mit dem Verblassen von Effekten ist möglicherweise auch die Beobachtung zu erklären, dass Menschen mit SVV teilweise Schmerzen nicht zu spüren scheinen, obwohl sie beispielsweise Berührungen wahrzunehmen scheinen. Wenn es dem Wesen von Effekten entspricht, mit der Zeit abzustumpfen, so verlieren Menschen damit das Gefühl für die Empfindungen, die sie zunächst möglicherweise hatten. Es muss kein organisches Defizit angenommen im Sinne einer Wahrnehmungsstörung postuliert werden, um diesen Vorgang zu erklären. Der Unterhaltungswert einer entdeckten Bewegung oder Betätigung verblasst durch Dauernutzung.

SVV als Versuch, zur Geltung zu kommen

Damit wird ein großer Teil des SVV verstehbar. Nicht erklärt sind damit allerdings die Formen, in denen der Eindruck besteht, das Schlagen, Beißen etc. werde genutzt, um Einfluss auf andere Menschen zu nehmen, um etwas zu erreichen. Auch die Erkenntnisse, dass sich SVV manchmal mit aggressivem Verhalten abwechselt und dass es durch die Veränderung sozialer Folgen (Verhaltenstherapie) teilweise beeinflussbar ist, sind hier zu beachten. Wenn Menschen entdeckt haben, dass es wichtig und möglich ist, andere Menschen zu beeinflussen, dann tun sie es auch. Es wäre erstaunlich, wenn SVV dazu nicht genutzt werden würde, sobald die Erfahrung der Beeinflussbarkeit anderer Menschen für eigene Zwecke vorliegt. In Situationen, in denen wir von normaler Kommunikation keinen Erfolg erwarten, liegt es nahe, sozialen Druck auszuüben, andere zu erpressen (Klauß 2000a). SVV kann ein solches letztes Mittel sein, zur Geltung zu kommen. Wenn Menschen Hilfe brauchen und zur Bedürfnisbefriedigung darauf angewiesen sind, dass sie jemand wahrnimmt, oder wenn sie schlicht als Person und mit ihren Anliegen beachtet werden möchten, aber nicht in der Lage sind, diese "ganz normal" einzufordern, dann bietet sich dieses Druckmittel an. Das Gefühl, anders nicht zum Zuge zu kommen, kann sich sehr leicht einstellen, wenn entweder keine differenzierten Kommunikationsmöglichkeiten verfügbar sind, oder wenn die Betreuungssituation so knapp ist, dass ohnehin nur der eine Chance hat, gehört zu werden, der die Bezugspersonen dazu zwingt.

SVV muss also keine Stereotypie darstellen, aus der sich eine Sucht entwickeln kann, es kann sich auch um eine Durchsetzungsstrategie und den Versuch handeln, sozial zur Geltung zu kommen. Natürlich können auch beide Gründe interagieren: ein Mensch kann entdecken, dass das gesteigerte stereotype Verhalten auch soziale Wirkungen zeigt, und es deshalb wiederholen. Dann bezieht es sich aber in der Regel nur auf die Situationen, in denen es um solche Ziele geht. Dazu passt der Befund von Fröhlich/Heringer (1997), wonach provokativ empfundenes SVV eher situativ und nicht andauernd - dafür aber durchaus heftig - stattfindet. Das Beispiel des Mädchens, das durch Selbstverletzung auf den erlittenen Missbrauch hinzuweisen versucht, entspricht dem, und weist zugleich auf den Hintergrund hin, der erklärbar macht, weshalb zu solch extremen Mitteln, die einen selbst schädigen, gegriffen werden kann. Es muss die Erfahrung (zumindest die Überzeugung,

der Eindruck) vorliegen, dass es nicht ausreicht, nur über eigene Bedürfnisse zu kommunizieren. Wenn der Hinweis auf ein Bedürfnis, das einfache Äußern von Unwohlsein ausreichen würde, damit andere hilfreich reagieren, dann müsste kein Druck gemacht werden. Diese Form von SVV kann sich auch von konkreten Anlässen lösen und scheinbar ohne Grund auftreten. Erklärbar ist das damit, dass ein Mensch zu der generalisierten Überzeugung kommen kann, es sei prinzipiell notwendig, Aufmerksamkeit und Beachtung zu erzwingen, dann verhält es sich quasi vorsorglich so. Als Hintergrund ist die Erfahrung vorstellbar, z.B. in kollektiver Betreuung mit eigenen Bedürfnissen ohne solche Druckmittel ständig zu kurz zu kommen.

Damit wird verstehbar, dass ein Teil des SVV mit gering ausgebildeten kommunikativen Kompetenzen oder beeinträchtigter Möglichkeit zur Kommunikation zusammenhängt und dass bei der Vermittlung entsprechender Fähigkeiten die Selbstverletzungen manchmal zurückgehen. Erklärbar wird damit auch, dass eine Verkleinerung von Wohngruppen und eine individualisiertere Betreuung zu einem Rückgang selbstverletzender und aggressiv- demonstrativer Verhaltensweisen führen. Die Menschen haben mehr Chancen, anders als durch das massive Druckmittel der Selbstschädigung beachtet, gehört und dann auch verstanden zu werden. Ich halte es jedoch für zweifelhaft, ob diese Erklärung für die Mehrzahl des SVV zutrifft. Zu überprüfen ist diese Annahme am besten dadurch, dass der erkennbare Wunsch erfüllt wird, dann müsste das SVV eigentlich aufhören, zumindest bis zum nächsten Wunsch. Eine generelle Annahme, SVV sei im Grunde ein Kommunikationsproblem, kann allerdings negative Folgen haben. Es liegt dann nahe, nur die kommunikativen Kompetenzen eines Menschen zu fördern und damit seine Probleme auf Grund zu wenig gebildeter Möglichkeiten der unterhaltsamen Betätigung oder der Bewältigung von Schmerzen zu übersehen.

SVV als Selbstbestrafung

Neben diesen beiden Formen selbstverletzenden Verhaltens soll eine dritte nur erwähnt werden. Sie kommt vermutlich bei Menschen mit geistiger Behinderung eher selten, sonst hingegen häufiger vor und entspricht wohl am ehesten der psychoanalytischen Annahme der gegen sich selbst gerichteten Aggressionen. Selbstschädigungen können daraus resultieren, dass Menschen sich selbst zu bestrafen suchen. Dies kann aus einem Denken resultieren, wonach es bei Misserfolgen, Unglücken etc. immer Schuldige geben muss, die dann zu bestrafen sind. Selbstgeiselnungen sind in religiösen Gemeinschaften bekannt, Selbstmorde können einen solchen Hintergrund haben (vgl. Haisch 1993).

Pädagogische Schlussfolgerungen

SVV erfordern Bildungsangebote, damit die betroffenen Menschen auf der Basis der autodidaktisch selbst gefundenen Möglichkeiten, mit Schmerzen und Unwohlsein umzugehen, sich mit Genuss zu bewegen (wach zu bleiben), sich mit interessanten und vertrauten Effekten zu betätigen und für ihr Beachtetwerden zu sorgen, Neues aneignen zu können, durch das sie nicht mehr bis zur Selbstschädigung beim Alten bleiben müssen.

Diagnostische Fragen

Dazu ist zunächst die Klärung einiger diagnostischer Fragen notwendig:

- Gibt es Anzeichen dafür, dass Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens den Hintergrund für SVV bilden? Die Feststellung eines genetisch bedingten Syndroms kann hier insofern hilfreich sein, als zu diesem bestimmte organische Besonderheiten gehören können (vgl. Sarimski 1997). Darüber hinaus sollten alle Hinweise - sowohl im aktuellen

Zusammenleben als auch in der Biografie - ernst genommen werden, die auf Schmerzen, Juckreiz, Verstopfung und andere Quellen von körperlichem Ungehagen hinweisen könnten, die aber vom Betreffenden nicht gezeigt, vielleicht sogar nicht einmal eindeutig wahrgenommen und identifiziert werden.

- Was spricht dafür, dass es sich beim gezeigten SVV um gesteigerte Formen eigentlich unterhaltsamer Formen von Selbstbewegung und effektgeleiteter Betätigung handelt? Davon ist vor allem dann auszugehen, wenn sich das SVV in Situationen der Langeweile oder des Alleinseins steigert, beim Wegnehmen von Lieblingsgegenständen und wenn es abnimmt, wenn ein spontanes Interesse an anderen Effekten zu erkennen ist. Eine suchartige Ausbildung des SVV kann vermutet werden, wenn dieses kaum durch Ablenkung auf andere Effekte oder Aktivitäten unterbrochen werden kann und überhaupt nicht mehr zu erkennen ist, dass es als Genuss wirkt.
- SVV ist vor allem dann als kommunikatives Druckmittel, als Versuch, sich sozial zur Geltung zu bringen, zu verstehen, wenn es nicht lang andauernd, sondern eher situativ auftritt, etwa bei Frustrationen, beim Weggehen von Lieblingspersonen, beim Wartenmüssen auf das Essen, bei unangenehmen Anforderungen etc.

Veränderung äußerer Bedingungen

Pädagogische Schlussfolgerungen zum Umgang mit SVV beziehen sich auf äußere Bedingungen und die direkte Interaktion mit den Personen, die es zeigen. Einige Anregungen sollen zeigen, worauf im Bereich der Umwelt geachtet werden sollte, um die Chance zu bieten, Alternativen zum SVV auszubilden - bzw. zu nutzen, wenn diese vorhanden sind, jedoch mangels Möglichkeiten nicht genutzt werden können:

- Im körperlichen Bereich: Analyse möglicher Quellen für körperliches Unwohlsein (vgl. Mürle 1998). Schaffen entspannender Situationen, konstante Bezugspersonen und Räume mit vertrauter Ausstattung. Frische Luft u.a.m. Überprüfen möglicher Quellen von Unbehagen wie Druckstellen im Rollstuhl etc.
- Im Bereich der Bewegung: Materialisierte Bildungsangebote im Bereich der Bewegung, z. B. Schaukel, Wasserbett, Trampolin etc., aber auch Musik als Bewegungsanregung - als Chance, für sich neue Bewegungsmöglichkeiten zu entdecken, die zum Genuss ohne Selbstschädigung führen können.
- Im Bereich der Betätigung: Verfügbarmachen von vertrauten Effekten; Dinge, die Spass machen (könnten), müssen erreichbar und selbstbestimmt nutzbar sein. Bildungsangebote im Bereich der Effekte: Dinge, die faszinieren können, die möglicherweise gefallen könnten, müssen vorhanden sein und angeboten werden. Effektvolle Betätigungen, die selbst gefunden und häufig angewandt werden ("Effektstereotypien") sollten nicht verhindert werden; sinnvoller ist der Versuch, sich selbst dabei als Mitspieler einzuklinken, damit das Selbstgefundene zu würdigen, es aber durch die Interaktion interessanter zu machen - und so auch selbst als Person interessant zu werden.
- Veränderbare äußere Bedingungen im Bereich von Durchsetzungsformen und Kommunikation: Es muss für jeden Menschen, der kollektiv betreut wird, die Chance bestehen, auch als Einzelner im sozialen Miteinander "vorzukommen". Das erfordert beispielsweise ausreichend Personal, das Zeit hat und dafür qualifiziert ist, nicht nur kollektive Angebote zu machen, sondern sich dem Einzelnen und seinen Bedürfnissen, Vorlieben und Möglichkeiten zu widmen - damit dieser nicht gezwungen ist, "Druck" zu machen, um

beachtet zu werden. Räume oder "Ecken" im Zimmer müssen verfügbar sein, die dem eigenen Stil entsprechen, in denen man zu Hause sein, sich zurückziehen und sich wohl fühlen kann, in denen es die Dinge und Personen verfügbar sind, mit denen man sich gerne befasst und mit denen man gerne zusammen ist.

Veränderung der Interaktion

Hier ist zunächst zu klären, inwiefern SVV wegen der Verletzungsgefahr eingedämmt oder ganz unterbunden werden muss, oder ob durch Schutz (Helme etc.) Gefährdungen ohne gravierende Einschränkungen der selbstbestimmten Bewegungs- und Betätigungsmöglichkeiten begrenzt werden können (vgl. Klauß 1987a). Alle Mittel, die die Möglichkeit eigener, selbstbestimmter Aktivitäten insgesamt herabsetzen, vergrößern die Probleme, die oben als Gründe für SVV analysiert wurden. Chemische Mittel beispielsweise können - wie mechanische Schutzvorrichtungen auch - unterstützend wirken (bei der Raucherentwöhnung das "Pflaster", beim Drogenentzug Methadon - beim SVV bestimmte Neuroleptika), sie können aber das SVV nicht "heilen". Entscheidend ist vielmehr, ob es unter dem Einsatz solcher Hilfsmittel gelingt, Bildungsprozesse anzustoßen und zu unterstützen, die dem Menschen zu Alternativen verhelfen: Alternativen beim Umgang mit Schmerzen, Anspannung und Angst, im Bereich unterhaltsamer Aktivitäten und beim Versuch, auf sich und seine Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Bei der pädagogischen Interaktion mit Menschen, die sich selbst verletzen, ist ebenfalls zu unterscheiden, ob SVV vor allem mit körperlichen Problemen zusammenhängt, ein Versuch darstellt, Genuss zu sichern oder sich zur Geltung zu bringen.

Bereich des Körpers: Da körperliches Unwohlsein vor allem beunruhigt, geht es zunächst um Beruhigung, Vermittlung von Sicherheit und Vertrauensbildung. Notwendig ist dann das Erkennen möglicher Bedingungen körperlichen Unwohlseins (das erfordert entsprechend Qualifikation und Kooperation mit medizinischen Fachkräften). Die betroffenen Menschen sollten beim Wahrnehmen der körperlichen Empfindungen und bei der Entdeckung unterstützt werden, dass Wohlbefinden positiv beeinflusst werden kann (Bildung des Wunsches nach Entspannung, Salbe, Massage etc. - vgl. Mürle 1998). Die Kommunikation über Bedingungen körperlichen Unbehagens kann angebahnt werden, indem mögliche Signale aufgegriffen und aufgegriffen und verbalisiert und mit angenehmen (z.B. Schmerzen oder Juckreiz mindernden) Angeboten beantwortet werden. Das vermittelt die Erfahrung, dass es "lohnt", auf Schmerzen etc. durch Mitteilungen aufmerksam zu machen, und dass die Hilfe nicht erzwungen werden muss.

Bereich der Bewegung und Betätigung: Selbst gefundene Bewegungs- und Betätigungsmöglichkeiten "beantworten", nicht unterdrücken, sondern sich zum Mitspieler machen und damit die Erfahrung anbieten, dass die Bewegungen im Wechselspiel interessanter werden. Rhythmus der Bewegung aufgreifen, durch Musik unterstützen, neue Bewegungs- und Betätigungsmöglichkeiten anbieten und vertraut werden lassen, damit das Gegenüber "auf den Geschmack kommen" kann. Dazu eignen sich im Prinzip alle kulturellen Formen, auch sog. "hohe" Kultur wie Konzerte, Theateraufführungen etc. (vgl. Lamers 2000). Sie stellen kultivierte Formen von Effekten dar, an denen jeder Mensch auf seine Art und auf seinem Entwicklungsniveau Gefallen finden kann. Wichtig ist, dass das dabei gebildete Interesse auch "Nahrung" erhält - das, an dem man Gefallen gefunden, wo man auf den Geschmack gekommen ist, das muss auch wiederholbar sein.

Umgang mit suchartigem SVV

Wenn Menschen die Erfahrung machen, dass ihr körperliches Unwohlsein und dessen Quelle von anderen wahrgenommen werden, dass ihre diesbezüglichen Signale verstanden und darauf eingegangen wird, so dass es ihnen "wohler" wird, kann sich die Notwendigkeit verringern, selbst auf schmerzhaft Weise an die Bewältigung dieses Unwohlseins zu gehen. Es ist zu erwarten, dass sich SVV durch Bildungsangebote im Bereich der Bewegung und Betätigung bei einigen Menschen verändert. Viele empirische Ergebnisse, die zeigen, dass ein Kompetenzzuwachs im Bereich dieser Lebensformen Selbstverletzungen reduziert, sprechen dafür, dass Bildung im Bereich unterhaltsamer Aktivitäten wirksam sein kann. Bei SVV, das vor allem den Sinn hat, in der sozialen Welt mit seiner eigenen Individualität zur Geltung zu kommen, ist zu erwarten, dass Bildungsangebote im Bereich der Kommunikation zu Veränderungen führen. Auch hier gibt es Belege, dass die Fähigkeit, sich auszudrücken, die Notwendigkeit verringert, durch selbstschädigendes Verhalten der eigenen Mitteilung Nachdruck zu verleihen. Dort, wo SVV als selbstbestrafendes Verhalten zu verstehen ist, erscheinen alle Angebote sinnvoll, die zu einem realistischen Selbstbild und zum Gefühl des Akzeptiertwerdens und sich selbst Akzeptierens verhelfen können.

Als Problem bleiben aber die Formen von SVV, die mit solchen Bildungsangeboten kaum veränderbar erscheinen, weil es sich um suchtartige Verhaltensweisen handelt. Es reicht keineswegs, einem Alkoholiker andere Getränke anzubieten, damit er auf den Geschmack kommt und vom Alkohol lässt, oder der Raucherin andere Entspannungstechniken zu zeigen, mit denen sie Stress ohne Nikotin verringern könnte. Wer auf süchtige Art Schmerzen mit Medikamenten oder Morphinum zu bekämpfen gewohnt ist, ist alternativen Bildungsangeboten, wie er für sein körperliches Wohlbefinden sorgen kann, kaum zugänglich, zumal hier häufig auch physiologische Abhängigkeiten entstanden sind. Gleiches gilt mit Sicherheit auch für Menschen mit schwerster Behinderung, deren SVV zwanghaft erscheint und die sogar von anderen verlangen, sie daran zu hindern. Sucht kann es in der Tat erforderlich machen, dass das Suchtmittel entzogen wird ("Entzug"), auch die Sanktionierung kann wirksam sein - aber diese Wirkung wird nie dauerhaft erhalten bleiben, wenn das Subjekt nicht andere Möglichkeiten des Genusses für sich entdeckt und nutzen lernt. Kein Raucher hört mit dem Rauchen auf, weil er sich eine Teerlunge anschaut - er muss für sich etwas finden, was ihm wichtiger ist, z.B. ein "Gesundheitsbewusstsein". Das Wohlgefühl ohne Zigarette, der Spaziergang an der frischen Luft etc. muss ihm wichtiger und attraktiver werden als der Nikotingenuss. Er muss einen anderen Geschmack bilden, zu anderen Dingen einen Bezug aufbauen.

Für Menschen mit schwerster Behinderung und SVV bedeutet das, dass eine begrenzte Verhinderung selbstverletzenden Verhaltens durchaus notwendig sein kann. Eine hier durchaus wirksame Beeinflussung durch negative Konsequenzen ist aus ethischen Gründen abzulehnen. Eine Verhinderung darf aber nur insofern geschehen, wie es notwendig ist, und vor allem darf dabei die Bildung neuer Formen von Bewegung und Betätigung nicht unnötig beeinträchtigt werden. So sollten z.B. Armmanschetten nicht jede Bewegung verhindern, sondern nur Schläge bremsen, so dass andere Bewegungs- und Betätigungsformen gefunden werden können (vgl. Klauf 1987a). Im Mittelpunkt der Unterstützung steht also auch bei suchtartigem Verhalten das Anliegen der Bildung. Diese setzt voraus, dass andere Personen als Vermittler der Bildung akzeptiert werden, dass eine Bereitschaft entsteht, sich auf diese einzulassen und sich an ihnen zu orientieren. Gelingt das nicht, so bleiben die betroffenen Menschen doch auf die Formen des Umgangs mit ihren Schmerzen und auf die Formen der Unterhaltung zurückgeworfen, die sie alleine und ohne Kooperation mit anderen Menschen gefunden haben - und sie bleiben damit mit ihrem Problem alleine, dass diese Formen in

ihrer Wirkung verblasen, dass sie diese durch Steigerung und Intensivierung zu erhalten versuchen und schließlich auch Schmerzen und Verletzungen in Kauf nehmen, um weiter etwas zu erleben, um am Leben zu bleiben.

Schlussfolgerungen

Die allgemeinste Schlussfolgerung dieser Überlegungen lautet: Menschen mit SVV benötigen adäquate Bildungsangebote. Diese müssen dazu geeignet sein, ihnen alternative Kompetenzen zum Umgang mit körperlichen Problemen, mehr Vielfalt in den Formen der Unterhaltung und/oder des sich zur Geltung- Bringens im sozialen Miteinander und damit Wahlmöglichkeiten und Autonomie zu eröffnen. Dies erfordert adäquate äußere Bedingungen ebenso wie InteraktionspartnerInnen, die nicht versuchen, das SVV nur zu beseitigen, sondern Handlungsansätze der Betroffenen aufzugreifen, durch ihr Mitspielen Bereicherungen anzuregen und Interesse für interessante Effekte und Bewegungsmöglichkeiten zu wecken. In seltenen Fällen kann wohl das Unterdrücken von SVV zum selbständigen Entdecken solcher neuer Unterhaltungsmöglichkeiten führen, meist verstärken solche Versuche das Problem jedoch, weil das SVV ja die einzige Form der Unterhaltung ist, die die Betroffenen von sich aus gefunden haben. Sofern SVV den Versuch darstellt, die eigene Individualität gegenüber anderen Menschen zur Geltung zu bringen, geht es darum, Formen der effektiven Mitteilung von Bedürfnissen zu unterstützen, die nicht mit Selbstschädigungen einhergehen. Von grundlegender Bedeutung ist jedoch, dass die betroffenen Menschen die Erfahrung machen, dass sie mit anderen Kommunikationsformen auch zum Zuge kommen können und keine Erpressung notwendig ist. Die Förderung kommunikativer Fähigkeiten dürfte nur in den Fällen zur Reduktion von SVV führen, in denen es sich vor allem um eine Form der Durchsetzung handelt. Doch auch wenn SVV von den Betroffenen nicht kommunikativ gemeint ist, sollte es insofern als kommunikativer Akt verstanden werden, als es uns mitteilt, dass hier Menschen sind, die - wie alle anderen auch - auf Bildung angewiesen sind. Indem wir es so interpretieren, wird es zum Anlass zur Frage, ob und wie wir Hindernisse beseitigen können, die diese Bildung bisher beeinträchtigt haben. Mit den dargestellten Überlegungen wird eine Erklärung für SVV angeboten, die Folgendes leistet:

- Verschiedenen Formen von SVV werden verstehbar. Sie lassen sich unterscheiden in solche, die vorrangig der Bewältigung körperlichen Unwohl-Befindens, der Unterhaltung oder dem Versuch dienen, sich sozial zur Geltung zu bringen bzw. das Selbstwertgefühl zu erhalten.
- Es müssen keine prinzipiellen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen, zwischen normalem und abweichendem Menschsein definiert werden.
- Es lassen sich sinnvolle pädagogische Schlussfolgerungen ziehen - und es lässt sich erklären, weshalb diese keinerlei Erfolgsgarantien beinhalten können
- Eine defizitäre Sicht wird vermieden, SVV erweist sich als Kompetenz des Subjektes, das für sein körperliches Wohlbefinden zu sorgen sucht, wie jeder Mensch unterhaltsame Bewegungs- und Betätigungsmöglichkeiten braucht, sozial zur Geltung kommen möchte und seinen Selbstwert erhalten will. Insofern erweist sich SVV als Versuch der Selbstbestimmung (Klauß 1995) bzw. als Folge eingeschränkter Selbstbestimmung und Hilflosigkeit (Klauß 1987), und insofern als Problem der Bildung, weil die betroffenen Menschen meist nur auf autodidaktische Bildung unter zudem behinderungsbedingt sehr begrenzten Voraussetzungen zurückgreifen können. SVV ist deshalb eine Herausforderung an die Pädagogik, den Betroffenen Menschen die Bildungsangebote zu machen, die sie benötigen.

Literatur

- Ackermann, K.-E. (1990): Zum Verständnis von 'Bildung in der Geistigbehindertenpädagogik'. In: Dreher, W.: Geistigbehindertenpädagogik - vom Menschen aus. Gütersloh, 65-84
- Antor/ Bleidick (1995): Antor, G./ Bleidick, U. (Hrsg.): Recht auf Leben - Recht auf Bildung. Aktuelle Fragen der Behindertenpädagogik. Heidelberg
- Baumeister, A.A. & Rollings, J.P. (1976): Self-injurious behavior. In: Ellis, N.R. (Hrsg.): International review of research in mental retardation. Academic Press: New York, 1-30
- Bernard-Opitz, V.: Symposium der Universität Oldenburg: Neue Forschungstrends bei Selbstverletzungsverhalten. In: Sonderpädagogik 3, 1991, 174-175
- Bradl, C. (1994): Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten - ein Schlüsselproblem. In: Geistige Behinderung 2, 117-130
- Brezovsky, P. (1985): Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens, Enke: Stuttgart
- Carr, E.G. (1977): The Motivation of Self-injurious behavior: A Review of Some Hypotheses. In: Psychological Bulletin 84, 4, 800-816
- Delacato, C. (1974): Der unheimliche Fremdling - das autistische Kind. Freiburg
- Duker, P. (1975): Anwendung von Strafmethoden bei einem retardierten Mädchen mit selbstdestruktivem Verhalten. In: Zeitschrift für klinische Psychologie 1, 38-49
- Feuser, G. (1985): Zum Verständnis von Stereotypen und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Kindern mit Autismus-Syndrom unter Aspekten der pädagogisch-therapeutischen Arbeit. In: Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie 1, 127-157
- Feuser, G. (1993/94): Vom Weltbild zum Menschenbild. Aspekte eines neuen Verständnisses von Behinderung und eine Ethik wider die 'Neue Euthanasie'. Bremen, unveröff.
- Feuser, G. (1996): Thesen zur pädagogisch-therapeutischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Stereotypen und selbstverletzendem Verhalten. Bremen
- Feuser, G.(o.J.): Aspekte einer Basistherapie bei selbstverletzendem Verhalten. Bremen, unveröff.
- Fornefeld, B. (1989): Elementare Beziehung und Selbstverwirklichung geistig Schwerstbehinderter in sozialer Integration. Reflexionen im Vorfeld einer leiborientierten Pädagogik. Aachen
- Fornefeld, B. (1995): Das schwerstbehinderte Kind und seine Erziehung. Heidelberg
- Fröhlich, A./ Heringer, Th. (1997): Selbstverletzendes Verhalten von Schülern mit geistiger Behinderung - eine Studie an Sonderschulen in Rheinland- Pfalz. In: Sonderpädagogik in Rheinland- Pfalz 27, Heft 2, 22-40 und Heft 3, 15-30
- Hahn, M.T. (1994): Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 2, 81-94
- Haisch, W. (1988): Kognition dargestellt an der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz. In: Schermer, F.J. (Hrsg.): Einführung in Grundlagen der Psychologie. Würzburg, S. 13-71
- Haisch, W. (1989): Lernen und Lehren mit Schwerpunkt: sensomotorisches Lernen für heilpädagogische Arbeitsfelder. München, unveröff.
- Haisch, W.: (1993): Pädagogische Grundlagen der Betreuung behinderter Menschen.

Skizze qualitativer Standard. München, unveröff.

- Hartmann, H./ Jakobs, G. (1993): Das 'Dialogische Prinzip' bei der Behandlung von Aggression, Autoaggression und Autismus. In: Hennicke, K./ Rotthaus, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund, 36-50
- Hettinger, J. (1996): Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation. Die Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismussyndrom, die selbstverletzendes Verhalten zeigen. Heidelberg
- Jantzen, W. (1979): Grundriß einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Köln
- Jantzen, W. (1998): Zur Neubewertung des Down-Syndroms. In: Geistige Behinderung 3, 224-239
- Janz, F./ Klauß, Th. (2007): Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung und auffälligem Verhalten an Sonderschulen für Geistig- und Körperbehinderte. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Herausforderndes Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Berlin, S. 32-51
- Kane, G. (1992): Entwicklung früher Kommunikation und Beginn des Sprechens. In: Geistige Behinderung 4, 303-319
- Kane, J.F. (1994): Schwere geistige Behinderung und selbstverletzendes Verhalten: Neuere Überlegungen in der internationalen Diskussion. In: Fischer, U./ Hahn, M.T./ Klingmüller, B./ Seifert, M. (Hrsg.): WISTA. Experten-Hearing 1993. Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen, 78-96
- Kane, J.F./ Hettinger, J. (1987): Die Förderung von Menschen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen. In: Geistige Behinderung 1, 13-21
- Klauß, Th (2003): Selbstverletzendes Verhalten - weshalb schädigen Menschen ihren Körper? In: Kane, J.F./ Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg, 177- 243
- Klauß, Th. (1987a): Autoaggressives Verhalten bei geistig Behinderten. In: Geistige Behinderung 2, 108-118
- Klauß, Th. (1987b): Verwahren oder fördern. Die Aufgaben des Psychologen im Heim für geistig Behinderte, Reinhardt: München/Basel
- Klauß, Th. (1995): Selbstbestimmung und Selbstverletzung. In: Sonderpädagogik 3, 124-136
- Klauß, Th. (1999): Ethische Fragen zum Umgang mit Verhaltenseigenarten bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 2, 33-44
- Klauß, Th. (2000a): Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und besonderen Verhaltensweisen. In: Fischer, E. (Hrsg.): Pädagogik bei mehrfachen Behinderungen - Erziehungsbedarf und Fördermaßnahmen. Dortmund 2000, 69-102
- Klauß, Th. (2000b): Unterricht mit Facilitated Communication (FC). In: Bundschuh, K. (Hrsg.): Wahrnehmen, Verstehen, Handeln. Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert. Bad Heilbrunn, 273-282
- Klauß, Th. (2004): Selbstverletzendes Verhalten zwischen Kompetenz, Selbstbestimmung und Hilflosigkeit. In: Furger, Martha/ Kehl, Doris (Hrsg.): ...und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt". Zum Umgang mit Aggression und Gewalt in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung. Luzern, 13-36

- Klauß, Th. (2005): Ein besonderes Leben. [Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung](#). Heidelberg, 2. erweiterte und völlig überarbeitete Auflage
- Klauß, Th.: Kane, John F./ Klauß, Theo (Hrsg.)(2003): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung Band 3. Heidelberg
- Kobi, E.E. (1983): Vorstellungen und Modelle zur Wesenserfassung geistiger Behinderung und zum Umgang mit geistig Behinderten. In: Geistige Behinderung 3, 155-166
- Kornmann, R. (1991): Veränderung des Gegenstandsbezugs als Indikator kognitiver Entwicklung und Möglichkeiten ihrer förderungsbezogenen diagnostischen Erfassung. In: Heilpädagogische Forschung 18, 184-191
- Krech, D./ Crutchfield, R.S. (1971): Die Grundlagen der Psychologie. Band 1. Weinheim, 3. Auflage
- Kristen, U. (1994): Praxis Unterstützte Kommunikation - Eine Einführung. Düsseldorf
- Lamers, W.: (2000): Goethe und Matisse für Menschen mit einer schweren Behinderung (Mehrfachbehinderung) !?! In: Heinen, N./ Lamers, W. (Hrsg.): Geistigbehindertenpädagogik als Begegnung. Düsseldorf, xxx
- Ledig, U./ Hacker, G./ Wäsch, J./ Billmaier, P./ Kane, J.F. (1988): Förderung durch körperliche Aktivierung im Dienstleistungsbereich. In: Zur Orientierung 1, 24-25
- Leontjew, A.N. (1971): Probleme der Entwicklung des Psychischen. Berlin
- Lichtenberg, A. (1997): Einblicke in die kunsttherapeutische Arbeit mit schwerst- und mehrfachbehinderten Menschen. In: Theunissen, G. (Hrsg.): Kunst, ästhetische Praxis und geistige Behinderung. Bad Kleinbrunn, 106-119
- Markowetz, R. (1996): Körperliche Aktivierung. Ein Förderansatz für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und gravierenden Verhaltensproblemen. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 2, 33-56
- Mühl, H. (1997): Einzelfallforschung. Referat bei der Fachtagung der DIFKB (Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung). Gießen, unveröff.
- Mühl, H./ Neukäter, H./ Schulz, K. (1996): Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bern/ Stuttgart/ Wien
- Mürle, T. (1998) Neurodermitis und ihre Folgen bei Menschen mit schwerer Behinderung. Auswirkungen auf die pädagogische Arbeit in der Schule und Möglichkeiten einer Förderung. Wiss. Hausarbeit PH Heidelberg, unveröff.
- Neuhäuser, G. (1997): Neuere Ergebnisse der Neurogenetik bei geistiger Behinderung. Referat bei der Fachtagung der DIFKB (Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung). Gießen
- Pfeffer, W. (1988): Förderung schwer geistig Behinderter. Würzburg
- Piaget, J. (1974): Theorien und Methoden der modernen Erziehung. Frankfurt
- Rocker, G. (2000): Kurzzeiteinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Evaluation einer Einrichtung der Offenen Hilfen. Wiss. Hausarbeit PH Heidelberg, unveröff.
- Sarimski, (1997): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. Göttingen
- Schlosser, R./ Goetze, H.: Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung: eine Meta-Analyse von Einzelfalluntersuchungen zur Effektivität von Interventionen. In: Sonderpädagogik 3, 1991, 138-155

- Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1980): Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Geistigbehinderte. Neuwied
- Tate, B.G./ Baroff, G.S. (1966): Aversive Control of Self-injurious behavior in a Psychotic Boy, Behavior Research and Therapy 4, 281-287
- Theunissen, G. (2000/3): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis. Bad Heilbrunn
- Thiel, W. (1999): "Ich glaube, da war ein ungeheurer Überlebenswille in uns" In: Freitag 15.1.99, S. 19
- Untervoßbeck, J./Klauß, Th. (2003): Zur Häufigkeit von schwer selbstverletzendem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen in Sonderschulen. In: Kane, J.F./ Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg, 115-122
- Watzlawik, P./ Beavin, J.H./ Jackson, D.D. (1982/6): Menschliche Kommunikation. Bern