

## **Aggression und Rehabilitation**

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen werden oft jahrelang oder jahrzehntelang in Einrichtungen mit Rehabilitationsaufträgen gefördert und betreut. Wie entwickelt sich in Langzeitrehabilitationen Aggressivität? Welche Formen von Aggressionen kommen in diesen Hilfesystemen vor? Welche Erklärungs- und Behandlungsansätze führen zu erfolgreichen Behandlungen von Aggressivität in Langzeitrehabilitationen? Die hier vorgestellte Studie gibt einige Antworten auf diese Fragestellungen. (Veröffentlicht in Report Psychologie, 25, 11-12 2000, 734-740.)

## **Aspekte der Forschung**

Langzeitstudien über die Entwicklung von Aggressivität in Rehabilitationsverläufen sind uns nicht bekannt. Hennis (1999, S.25) faßt zusammen, daß nicht einmal die Häufigkeit von gewalttätigen Handlungen zwischen Mitarbeitern und Betreuten in Einrichtungen der Behindertenhilfe untersucht ist. Die aktuellste Studie über die Entwicklung von Aggressivität bei nicht behinderten Jugendlichen von Barnow u.a. (2000, S.98ff) kommt zu dem Schluß, daß die Kombination von vier Faktoren besonders hoch mit Aggressivitätsentwicklungen korreliert: Störung von Unterstützung und Schutz durch Mutter oder Vater in den ersten 10 Lebensjahren *und* Trennung der Eltern bis zum 10. Lebensjahr *und* streng strafender *und* emotional ablehnender Erziehungsstil. Gibt es besondere Belastungsfaktoren bzw. Lebenskonflikte für Menschen mit Behinderungen, die mit Aggressivität korrelieren? Ansatzweise werden in der Coping-Forschung bei akuten und chronischen Krankheiten spezifische Lebenskonflikte thematisiert, z.B. Schuldkonflikte: Bin ich an meiner Krankheit selber schuld oder haben andere mir diese zugefügt? Finden sich andere, spezifische Lebenskonflikte bei Langzeitrehabilitanden, die Aggressivitätsentwicklungen erklären? Insgesamt gesehen nehmen in aktuellen Einführungs- und Übersichtsreferaten lerntheoretisch fundierte Theorie- und Behandlungsansätze in der neueren Aggressionsforschung den breitesten Raum ein. Als Beispiel dafür sei das Lehrbuch von Hillenbrand (1999, S.167ff) genannt. Gerade aber bei dieser Theorie- und Forschungsrichtung treten spezifische inhaltliche Faktoren in den Hintergrund, z.B. verinnerlichte Lebenskonflikte, die für Rehabilitationsprozesse charakteristisch sein könnten. Auf diesen Aspekt legt die vorgestellte Studie einen Schwerpunkt.

### **Konzeption der Untersuchung**

In einer zwölfjährigen Langzeitstudie von 1987 bis 1998 werden alle 80 dauerhaften und schwerwiegenden Aggressionsprobleme in drei Rehabilitationseinrichtungen für körper- und mehrfachbehinderte Menschen dokumentiert und analysiert. Als gravierende Aggressionsprobleme gelten dabei alle Formen von wiederholten oder anhaltenden Schädigungen (psychische oder physische), die zwischen behinderten Menschen, ihren Angehörigen oder Rehabilitationshelfern praktiziert werden, und die von mindestens einer betroffenen Person als „inakzeptabel“ oder „unerträglich“ gemeldet werden. Diese Meldung beim Psychologischen oder Medizinischen Dienst der Einrichtungen oder die Einschaltung anderer Hilfe ist ein weiteres Kriterium für diese Art von Aggressionen, die aus eigener Kraft der Betroffenen nicht lösbar erscheinen. Häufig gemeldete schwerwiegende Aggressionen sind: gesundheitsschädigende Verweigerungen von Nahrung oder von therapeutischen Verordnungen, Suizidalität, dauerhaftes Schreien, willentliches Einkoten oder Einnässen, wiederholte Wutausbrüche mit Kontrollverlusten, Beißen, Schlagen, Treten, Selbstverletzungen, "Terror klingeln", Klingel wegnehmen, hartnäckig abwertende Anschuldigungen, Beleidigungen usw.

Die Untersuchung umfaßt drei Gruppen von körper- und mehrfachbehinderten Menschen mit ihren Angehörigen und Rehabilitationshelfern. Die erste Gruppe bilden alle 390 Kinder und Jugendlichen (6 - 19 Jahre), die in den zwölf Jahren eine Sonderschule mit Internat besuchen. Davon werden 40 Fälle gemeldet. Die zweite Gruppe bilden alle 400 Schüler (16-26 Jahre), die Berufliche Schulen mit Internat besuchen. Davon werden 27 Fälle gemeldet. Die dritte Gruppe bilden alle 50 Erwachsenen (18-80 Jahre), die dauerhaft in einer Einrichtung wohnen. Davon werden 13 Fälle gemeldet.

### **Erhebungsmethoden**

Die verwendeten Daten werden mit standardisierten Fragen und Ratingskalen erhoben. Diese Fragen werden den behinderten Menschen, ihren Angehörigen und auch den beteiligten Mitarbeitern der Einrichtungen gestellt. Ein Beispiel ist die Einschätzung des Behandlungserfolges: „Wie haben sich die anfangs beschriebenen Aggressionen am

Ende der Behandlung verändert? (a) ganz wesentlich, voller Erfolg, (b) teilweise, deutlicher Teilerfolg, (c) nicht nachhaltig, unzureichendes Ergebnis.“ Für einen Teil dieser Ratings (Aggressionstyp, Behandlungserfolg, Leitkonflikte) finden sich statistisch signifikante Urteilskonkordanzen der drei Zielgruppen. Die hier vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf diesen Datenpool.

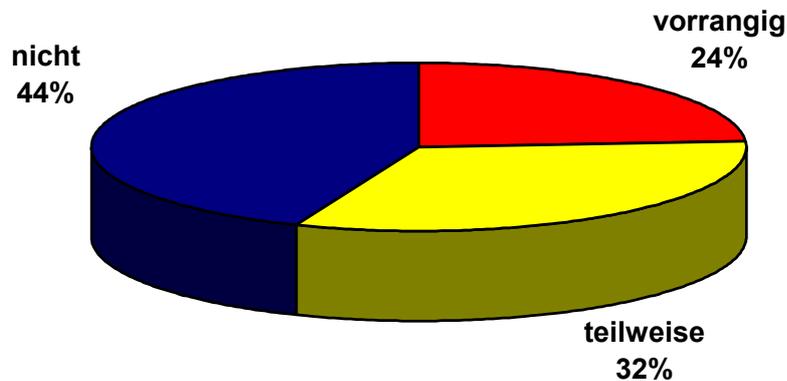
### **Validität der Ergebnisse**

Die Langzeitstudie nutzt ganz besondere Möglichkeiten der Überprüfung der Ratings. Die hier vorgestellten Daten werden am Ende von Behandlungen und in Nachuntersuchungen erhoben. Weil sich die behinderten Menschen und die beteiligten Mitarbeiter in ihrer Zusammenarbeit im Durchschnitt mindestens fünf Jahre kennen, werden die Einschätzungen der Aggressionen und der Behandlungserfolge mehrfach überprüft und deswegen sehr sicher.

### **In welchem Umfang kommt Aggressivität in der Rehabilitation vor?**

In den drei Einrichtungen ist im Zeitraum von 12 Jahren etwa jeder zehnte Rehabilitationsprozeß von schwerwiegender Aggressivität belastet: 80 Meldungen bei 840 Rehabilitanden. In dem Zeitraum werden auch diverser anderer Behandlungsbedarf gemeldet. Legt man die Gesamtzahl der in den zwölf Jahren in den drei Einrichtungen in Anspruch genommenen psychologischen Beratungs- und Therapieprozesse zugrunde, dann findet man bei mehr als der Hälfte dieses Hilfebedarfes Aggressionsprobleme (Abb.1).

## Gravierende Aggressivität als Auftrag für Beratungs- und Therapieprozesse



**Abb. 1:** Häufigkeiten von schwerwiegender Aggressivität bei Beratungs- und Therapieaufträgen. Dabei werden Aggressionsprobleme als „vorrangig vorhanden“ (24%), „teilweise vorhanden“ (32%) oder „nicht vorhanden“ (44%) bezeichnet.

Diese Daten belegen, daß Aggressivität kein Randphänomen der Rehabilitation ist, sondern einen wesentlichen Hilfebedarf darstellt. Warschburger (1995, S.132) findet eine gleich hohe Verbreitung auffälliger Aggressivität bei 10% von nicht behinderten Jugendlichen im langfristigen Beobachtungszeitraum seit dem Kindesalter.

### Welche Aggressionsformen findet man in den Einrichtungen?

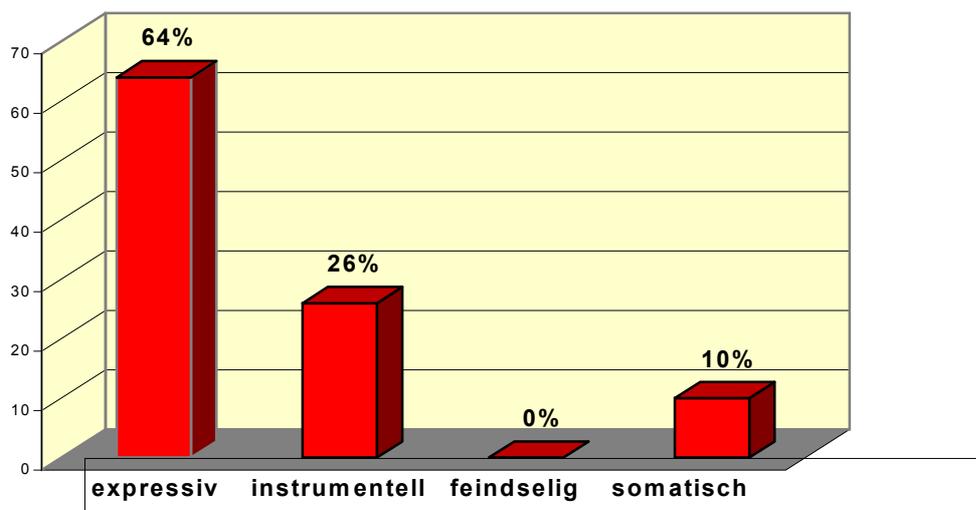
Um Näheres über die Arten von Aggressivität in den Einrichtungen zu erfahren, ziehen wir das Kategoriensystem von Selg u.a. (1997) heran. Es bietet den großen Vorteil, daß es nach unseren Erfahrungen die höchsten Urteilerübereinstimmungen zwischen Fachleuten liefert, wenn Aggressionen klassifiziert werden sollen.

Selg (1997) unterscheidet drei Formen von Aggressivität. Als *instrumentelle Aggression* beschreibt er schädigende Verhaltensweisen oder Interaktionen, die gezielt und oft bewußt zur Durchsetzung eigener Wünsche und Vorstellungen eingesetzt werden.

Wichtig ist die kognitive Komponente, mit der aggressiv agiert wird, um ein Ziel oder einen Vorteil zu erreichen (Selg, 1997, S. 14, 69f, 131). *Expressive Aggressionen* sind dagegen stärker affektinduziert, z.B. durch starke Angst, Scham oder Trauer oder andere aversiv erlebte Gefühle. Die Aggressivität ist trotz ihrer Intensität und Energie weniger zielgerichtet, sondern mehr als Spannungsabfuhr oder Bewältigungsversuch von aktuellen Affekten zu verstehen (Selg, 1997, S.14, 109f, 130). Als *feindselige Aggressionen* gelten Aktionen, bei denen Schaden oder Schmerz einem Opfer zugefügt werden soll, wobei das Motiv in der Regel Rachsüchtigkeit oder Haß ist (Selg, 1997, S. 13, 91).

Wie häufig treten diese drei Aggressionsformen bei den dokumentierten Problemstellungen in den Einrichtungen auf? Abb. 2 zeigt das Ergebnis, das in mehrfacher Hinsicht überrascht. Die drei Kategorien von Selg zur Beschreibung der vorfindlichen Aggressionen reichen nicht aus. Eine vierte Kategorie muß eingeführt werden. Fast zehn Prozent aller schwerwiegenden Aggressionen werden bei näherer Untersuchung von Rehabilitationshelfern als *vorrangig körperlich verursacht* diagnostiziert und eingeschätzt. Das gilt beispielsweise bei vorrangig hirnorganisch bedingten Spannungs- und Erregungszuständen, allergischen Reizzuständen, gestörte Schmerzwahrnehmungen, erhebliches Schlafdefizit usw. (vgl. Blanz, 1998; Selg, u.a. 1997, S.113ff).

**Häufigkeiten gravierender Aggressionsformen**



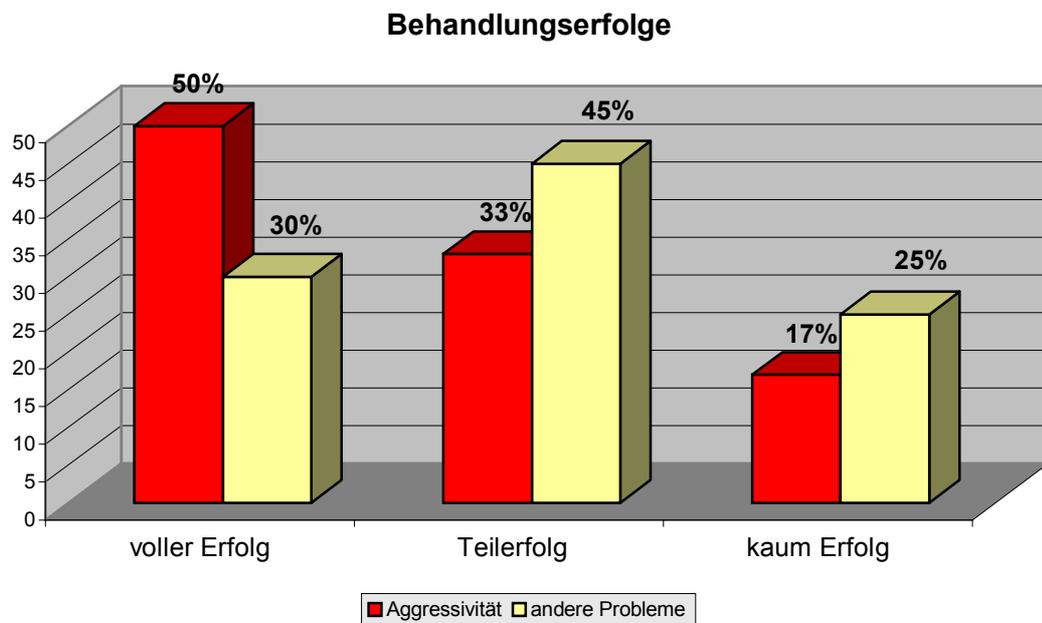
**Abb. 2:** Häufigkeiten der diagnostizierten Aggressionen: expressive (64%), instrumentelle (26%), feindselige (0%) und somatisch bedingte (10%).

Die Meinung ist weit verbreitet, insbesondere unter pädagogischen Mitarbeitern und Eltern, daß Aggressionen sehr häufig Ungezogenheiten sind, mit denen sich die identifizierten Aggressoren durchsetzen und eigene Vorteile erreichen wollen. Aber entgegen dieser Erwartung stehen zwei Drittel aller dauerhaften, schwergradigen Aggressivität bei Langzeitrehabilitationen in unmittelbarem Zusammenhang mit emotionaler Not, die nicht angemessen verstanden und kommuniziert werden kann und die somit der expressiven Form entsprechen. Nur ein Viertel der dokumentierten Aggressivität ist als Handlungsstrategie auf erkennbare Ziele gerichtet und somit instrumentell. Eine weitere Überraschung betrifft die feindseligen Aggressionen. Diese werden in den Anmeldungsgründen öfter ausdrücklich als solche gemeldet: "Der fährt mich mit seinem Rollstuhl mit voller Absicht an und grinst dann!" Aber wir können sie bei genauerer Untersuchung in keinem einzigen der 80 Fälle bestätigen. In jedem Fall wird die gemeldete Aggressivität nach genauer Untersuchung von den Betroffenen als expressiv, instrumentell oder somatisch eingeschätzt. Diese Ergebnisse sind u.E. deswegen so sicher, weil sie über lange Zeiträume gemeinsam mit Angehörigen und Mitarbeitern erhoben werden. Überblickt man die Entstehung und Veränderung von Aggressivität zwischen bestimmten Menschen über viele Jahre hinweg, dann wird für die betroffenen Menschen sehr sicher unterscheidbar, wann aggressive Muster eher affektmotiviert und wann sie im sozialen System eher instrumentalisiert sind oder wann sie keines von beidem sind. Die statistische Überprüfung belegt die hochsignifikante Urteilst Konkordanz von  $\alpha < .001$  bei den verwendeten vier Kategorien und einer Fallzahl  $>40$  (nach dem Verfahren von Cohen, zitiert von Bortz, Lienert u. Boeneke, 1990, S.458ff).

Die Verteilung der Aggressionsformen hat natürlich auch Konsequenzen für die Arbeitsweisen auf diesem Gebiet. Wenn drei Viertel der schwierigen Aggressionsprobleme expressive und somatische Hintergründe haben, dann können sie schon allein schon deswegen nicht nur mit pädagogischen Mitteln und Methoden verändert werden. Die irrige Meinung ist weit verbreitet, man müsse die beeinträchtigen

Menschen nur ernster nehmen, dann würden sich viele Gewaltprobleme von selbst lösen (vgl. Vincentz Verlag, 1995).

**Mit welchen Erfolgen werden schwerwiegende Aggressionen behandelt?** Im Abschlußgespräch der dokumentierten 80 Fälle schätzen Mitarbeiter, Angehörige und die beeinträchtigten Personen - soweit das möglich ist - auf einer dreistufigen Skala den Erfolg der Problemlösungsversuche ein. Bei den Aggressionsproblemen werden die erreichten Lösungen zu 50% als "voller Erfolg" kodiert. 33% werden als "wesentlicher Teilerfolg" und 17% als "kein wesentlicher Erfolg" eingeschätzt. Das heißt, in mehr als 80% bringen die Lösungsversuche mindestens wesentliche Erfolge (Abb. 3).



**Abb.3:** Häufigkeitsverteilung der Behandlungserfolge bei aggressiver Symptomatik (dunkle Säulen) und bei nicht aggressiver Symptomatik (helle Säulen).

Stellt man diese Erfolgsquoten bei den gravierenden Aggressionsproblemen den Erfolgsquoten bei gravierenden anderen Problemstellungen (z.B. soziale Isolierung, Scheitern von Paarbeziehungen, abnorme Schmerzreaktionen etc.) gegenüber, so ergibt sich ein interessantes Bild. Diese Problemstellungen ohne aggressive Symptomatik können nur zu 30% mit "vollem Erfolg" gelöst werden. In 25% der Fälle wird "kein wesentlicher Erfolg" kodiert. Damit haben wir ein relatives Maß der Erfolgstendenz:

Die beschriebenen Aggressionsprobleme können mit höheren Erfolgsaussichten behandelt werden als psychische Probleme ohne aggressive Symptomatik. Der Unterschied in der zentralen Tendenz der beiden Häufigkeitsverteilungen ist statistisch hoch signifikant ( $\alpha < .001$ , Mann-Whitney-U-Test, nach Diehl u. Kohr, 1977, S.21ff).

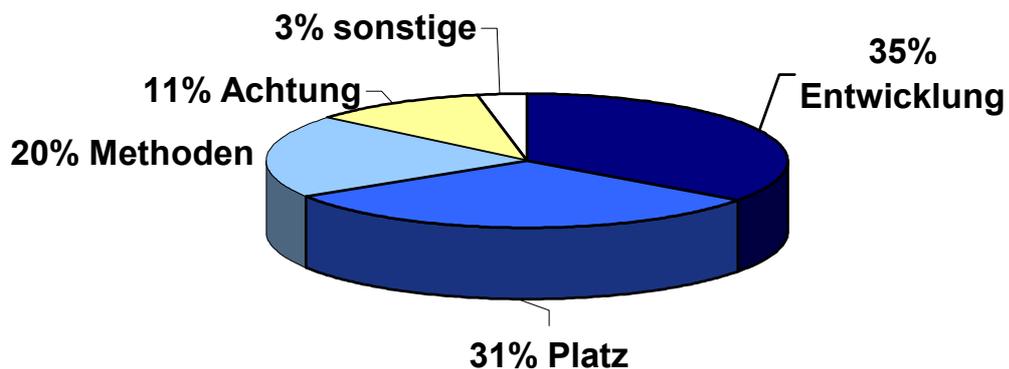
### **Wie kann man die Aggressivität erfolgreich verändern?**

Informationen zur Frage der wirkungsvollen Behandlungsmethoden liefern zum einen die Verläufe der *erfolglosen* Problemlösungsversuche. Das wichtigste Fazit daraus lautet: Selbst längerfristige, fachkundige Gespräche allein bringen keine deutlichen Erfolge, auch wenn die Betroffenen neue Einsichten und Erkenntnisse bekunden. Es werden ebenfalls keine Erfolgskodierungen abgegeben, wenn bis zum Schluß der Behandlung sogenannte Kollusionen (Willi, 1991, S.320ff) bestehen bleiben. Damit sind stabile Formen von Streitbeziehungen zweier oder mehrerer Personen gemeint. Der Behandlungserfolg bleibt meistens auch dann aus, wenn die Steuerung der aggressiven Situation vorrangig allein in der Hand des identifizierten Aggressors bleibt und beteiligte Personen sich als Opfer der Situation definieren (Kretschmer und Würkert, 1998, S.77ff).

Mit den *erfolgreichen* Behandlungen korrelieren vor allem zwei therapeutische Vorgehensweisen. Zum einen stellt sich Erfolg mit der Einübung und Durchführungskontrolle von tatsächlich neuen Konfliktlösungskompetenzen ein: "Pädagogisches Time Out", "Cool Down", "Kontrollierter Dialog" und andere konkrete Handlungsweisen zur konstruktiven Bewältigung konfliktgeladener Situationen (Kretschmer und Würkert, 1998; vgl. auch 68ff; Dorrman, 1991; 43ff; Petermann und Petermann, 1997; Borchert, 1996, 162ff u.a.). Zum anderen stellt sich Erfolg mit der systematischen Aufdeckung und gemeinsamen Bearbeitung der von uns definierten "Leitkonflikte" ein. Von einem Leitkonflikt sprechen wir, wenn zwei Kriterien erfüllt sind. Erstens muß der Inhalt des Konfliktes eine subjektiv besonders starke oder die stärkste Belastung für die von der Aggressivität betroffenen Personen darstellen. Zweitens müssen die identifizierten Aggressoren selber bestätigen, daß die Entdeckung und Bearbeitung genau dieser Thematik die Wende bzw. die größte Veränderung in den Lösungsversuchen bringt. Die Analyse aller 80 Aggressionsbehandlungen liefert eine

überraschend einfache Kategorisierung von Leitkonflikten. Wir finden lediglich vier Klassen von Leitproblemen, die intersubjektiv mit signifikanter Urteilskonkordanz unterschieden und zugeordnet werden können. (Abb. 4).

### Leitkonflikte erfolgreicher Behandlungen



**Abb.4:** Häufigkeiten von Leitkonflikten bei gravierenden Aggressionen. Entwicklungskonflikte (35%), Platzkonflikte (31%), Methodenprobleme (20%), Achtungskonflikte (11%) und sonstige Konflikte (3%).

Am häufigsten finden wir *Entwicklungskonflikte*, sie machen 35% aller Leitkonflikte aus. Als Entwicklungskonflikt verstehen wir einen deutlichen Widerspruch bezüglich den real möglichen Entwicklungsschritten und den aufgestellten Entwicklungszielen. Oder anders formuliert: Die Rehabilitationsmaßnahmen werden von den Rehabilitanden nicht verkraftet. "Du schaffst das schon-deine Geschwister haben das doch auch geschafft! ...Wenn du dich nicht noch mehr anstrengst, dann werde ich ganz traurig...Wenn du so weiter machst, dann landest du in der Werkstatt bei den geistig Behinderten, das wäre doch eine Katastrophe! ..."usw. Oft entwickelt sich mit solchen unerfüllbaren Erwartungen eine hartnäckige Aggressivität zwischen den Beteiligten. Die zahlenmäßig stark ausgeprägten Entwicklungskonflikte sind wohl eine Auswirkung

der Stichprobenbildung: Den größten Teil der Probanden bilden die 6-25jährigen, die in erhöhtem Maße mit Leistungsanforderungen und Entwicklungskrisen konfrontiert sind.

Mit 31% sind *Platzkonflikte* ebenfalls besonders weit verbreitet. Die Platzfragen beinhalten ein fundamentales Bedürfnis: "Habe ich einen *eigenen* Platz in dieser Welt? Wie sieht *mein* Platz aus - kann ich ihn gestalten oder wird er von anderen bestimmt? Ist *mein* Platz sicher?" Platzkonflikte beunruhigen und lösen tiefe Ängste aus.

Bedrohungen sind mit folgenden Botschaften verbunden: "Du mußt hier weg - du kannst hier nicht bleiben! ...Du mußt mit denen zusammen wohnen, das bestimmen wir und nicht du! ..." Oder wenn man von der Umgebung, auf die man angewiesen ist, schleichend erfährt: "Du paßt hier nicht rein! ... Nein, zu deiner Mutter kannst du nie mehr zurück, aber wie es für dich weiter gehen soll, das steht noch in den Sternen."

Jeder fünfte Leitkonflikt erweist sich als *Methodenproblem*. Die Aggressionen sind dann am deutlichsten als Hinweise auf falsche Vorgehensweisen der Fachleute und Angehörigen zu verstehen. Die prinzipiell richtige Richtung der Zusammenarbeit (Platzkonflikte, Entwicklungsfragen etc. sind gelöst) leidet unter den falschen Methoden, z.B. unter zu rigiden oder zu widersprüchlichen oder zu einseitigen Kommunikationen oder Regelungen oder Konsequenzen usw. Das Risiko für Methodenfehler im Umgang mit Aggressivität ist relativ hoch, weil auch Fachleute im Umgang mit hartnäckiger Destruktion leicht "angesteckt" werden und ihrerseits unfachlich reagieren und destruktiv werden.

Immerhin noch gut zehn Prozent der schweren Aggressionsprobleme beinhalten *Achtungskonflikte*. "Werde ich in meiner Person geachtet und anerkannt? Oder gibt mir jemand zu verstehen, daß ich nicht richtig ticke, ein Schmarotzer oder ein Simulant o.ä. bin?" Aggressive Energie wird schnell stimuliert, wenn man von anderen zu einer Person gemacht wird, die man nicht sein will und die man auch nicht ist. Als Achtungskonflikte werten wir alle Abwertungen oder Mißachtungen persönlicher Eigenheiten und Bedürfnisse, die nicht im engen Zusammenhang mit Entwicklungs- und Platzfragen stehen. Unpassende Rollenzuschreibungen oder beleidigende Verdrehungen von Identitätsmerkmalen sind typische Achtungskonflikte.

## **Diskussion**

In Diskussionen mit Fachleuten richtet sich das Interesse vorrangig auf vier Themen. Erstens werden Fragen nach der Umsetzung dieses nicht abweisbaren psychologischen Rehabilitationsbedarfes erörtert. Insbesondere die hohe Rate expressiver, angstbetonter Aggressivität macht deutlich, wie notwendig eine psychologische Diagnostik und eine fachlich geleitete Kommunikation über die seelischen Belastungen in Rehabilitationsprozessen ist. Auch der Umfang und die relativ hohen Behandlungserfolge belegen, daß psychologische Hilfen ein unverzichtbarer Bestandteil von Eingliederungsmaßnahmen sein müssen. Für psychologisch unbearbeitete Aggressionsprobleme besteht das Risiko, daß diese mit erhöhtem pädagogischem und pflegerischem Aufwand fehlbehandelt werden bzw. an andere, meist kostenintensivere Betreuungssysteme, z.B. psychiatrische, delegiert werden. Diesen engen Zusammenhang zwischen Angst/Depression und Aggressivität belegt erneut die Studie von Barnow u.a. (2000). In diesem Punkt gibt es keine Unterschiede zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen.

Zweitens wird nach den unterschiedlichen Aggressivitätsentwicklungen bei unterschiedlichen Behinderungsbildern gefragt. Gelten die gefundenen Aggressionsformen und Leitkonflikte gleichermaßen für die Rehabilitationsarbeit mit körperbehinderten und mit geistig behinderten Menschen? Die therapeutische Praxis zeigt, daß die hier genannten Aggressionsformen und Leitkonflikte generalisiert sind und gut bei verschiedenen Behinderungsbildern angewendet werden können. Hinzu kommt, daß Langzeitrehabilitationen für ganz spezifische Behinderungsbilder eher die Ausnahme darstellen. Für Hessen gilt beispielsweise, daß in den Schulen und Wohneinrichtungen für körperbehinderte Menschen 60% der Rehabilitanden multiple Behinderungen haben. Unter den Mehrfachbehinderungen kommen geistige Beeinträchtigungen am häufigsten in Kombination mit anderen Behinderungen vor (vgl. Metzler, 2000).

Drittens wird die Fokussierung auf *bestimmte* Konflikthalte in einer gewissen Abgrenzung zu dem weit verbreiteten lerntheoretischen Behandlungsansatz aufgefaßt.

Lerntheoretiker wie Petermann und Petermann (1997, S13ff) koppeln die Interventionen eng an Verhaltensmuster und situative Bedingungen an. Kurz gesagt, aggressives Verhalten wird dort im wesentlichen mit dem Aufbau von anderem Verhalten behandelt. Die vorliegende Studie unterstreicht aber, daß neben dem Aufbau neuer Handlungskompetenzen vorrangig auch besondere innere Konflikte der beteiligten Personen aufgespürt, kommunizierbar gemacht und auf der Erfahrungsebene beruhigt und gelöst werden müssen.

Viertens ist die offensichtlich für Praktiker relativ einfache und zuverlässige Klassifizierung von Aggressionsformen und Leitkonflikten diskussionswürdig. Das um die somatische Kategorie erweiterte Schema der Aggressionstypen von Selg (1997) fokussiert Aggressivität auf vier Ausdrucksformen. Diese Ausdrucksformen wiederum werden methodisch mit wenigen Leitkonflikten in Verbindung gebracht. Das ist zunächst eine ganz andere analytische Vorgehensweise als beispielsweise das komplexer ansetzende Verfahren des „Szenischen Verstehens“ (vgl. z.B. Heinemann, 1992, 42ff). Die hier angewendete diagnostische und therapeutische Vorgehensweise wird u.E. die Arbeit effektiver machen, weil damit schneller und zielsicherer relevante Bedingungen von Aggressivität erkannt und behandelt werden können.

#### Zusammenfassung

Eine zwölfjährige Langzeitstudie liefert Ergebnisse zu Fragen der Aggressionsbehandlungen in der stationären und teilstationären Rehabilitation von körper- und mehrfachbehinderten Menschen. Aggressionsprobleme sind danach nicht als störendes Beiwerk von Rehabilitationsprozessen zu sehen, sondern sie nehmen bezüglich Inhalt und Umfang einen zentralen Platz des psychologischen Hilfebedarfes ein. Zwei Drittel aller gravierenden Aggressionsprobleme sind Ausdruck von zunächst nicht erkannter seelischer Not. Nur ein Viertel der dauerhaften Aggressionen sind als zielgerichtete, zweckgebundene Verhaltensweisen zu verstehen. Ein Zehntel aller untersuchten Aggressionen sind vorrangig somatisch bedingt. Die meisten der vorfindlichen Aggressivitätsentwicklungen lassen sich auf vier existentielle, besonders drängende verinnerlichte Konflikte zurückführen, auf Entwicklungs-, Platz-, Methoden- und Achtungskonflikte. Somit weisen diese Leitkonflikte Wege für die Behandlung der

Aggressivität. Insgesamt sind die von den Betroffenen selber eingeschätzten Behandlungserfolge bei Problemen mit aggressiver Symptomatik höher als die Behandlungserfolge bei Problemen ohne deutliche aggressive Symptomatik.

## Literatur

- BLANZ, B. (1998). Biologische Korrelate aggressiven Verhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 43-52.
- BARNOW, S., SKOERIES, B., LUCHT, M., FRYBERGER, H.-J. (2000). Der Einfluß psychosozialer Traumata und elterlichen Erziehungsverhaltens auf Aggressivität im Jugendalter. *Report Psychologie*, 25, 98-109.
- BORCHERT, J. (1996). Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf. Göttingen: Hogrefe.
- BORTZ, J., LIENERT, G.A., BOENEKE (1990). Verteilungsfreie Methoden der Biostatistik. Berlin: Springer.
- DIEHL, J., KOHR, H.-U. (1977). Durchführungsanleitungen für statistische Tests. Weinheim: Beltz.
- DORRMANN, W. (1991). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. München: Pfeiffer.
- HENNICKE, K. (1999) Kontexte von Gewalt und Gegengewalt. *Gewalt-ige Herausforderung. Tagungsbericht für leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Diagnose, Therapie und Förderung vom 9. -12. 11. 1998 im Lorenz-Werthmann-Haus, Freiburg (Caritas-Verband)*
- HEINEMANN, E., RAUCHFLEISCH, U., GRÜTTNER, T. (1992). Gewalttätige Kinder. Psychoanalyse und Pädagogik in Schule, Heim und Therapie. Frankfurt: Fischer.
- HILLENBRAND, C. (1999) Einführung in die Verhaltensgestörtenpädagogik. München: UTB.
- KRETSCHMER, I. und WÜRKERT, B. In Aggressionen eingreifen. *Gewalt-ige Herausforderung. Tagungsbericht für leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Diagnose, Therapie und Förderung vom 9. -12. 11. 1998 im Lorenz-Werthmann-Haus, Freiburg (Caritas Verband).*
- METZLER, H. (2000). Hilfebedarf in der „Gestaltung des Tages“. Modellversuch in Hessen in Einrichtungen zur Arbeit, Bildung und Beschäftigung. Landeswohlfahrtsverband Hessen. Kassel.
- PETERMANN, F., PETERMANN, U. (1997). Training mit aggressiven Kindern. Weinheim: Beltz.
- SELG, H., MEES, U., BERG, D. (1997). Psychologie der Aggressivität. Göttingen: Hogrefe.
- Vincentz Verlag (1995). Gewalt und Zwang in der Pflege. Aus- und Fortbildung in der Altenpflege durch Video. ISBN 3-87870-513-1.
- WARSCHBURGER, P. (1995). Aggression. In: PETERMANN, F. (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- WILLI, J. (1991). Was hält Paare zusammen? Hamburg: Rowohlt.

Angaben zu den Verfassern:

Ingo Kretschmer, geb. 1954; Dipl.-Psych.: 1981, Dr. phil.: 1983, Psychologe und Psychotherapeut in der Kinder- und Jugendhilfe (1983-87) und anschließend bis dato Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes des Antoniushauses in Hochheim (Träger: Josefs-Gesellschaft e. V., Köln) Lehraufträge an der Fachhochschule Wiesbaden und der Universität Mainz; Ausbildungen in mehreren Therapieverfahren, Supervisor BDP.

Barbara Würkert, geb. 1948, seit 1985 Mitarbeiterin des Psychologischen Dienstes des Antoniushauses in Hochheim a.M. seit 1985. Klinische Psychologin und Psychotherapeutin tätig; Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie, Familientherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Supervisorin BDP, Lehraufträge an der Fachhochschule Wiesbaden und der Universität Mainz.

Der Artikel erschien in der Zeitschrift Report Psychologie 11-12 2000, S734-740