

## **Physiologische Faktoren für Fremd- und Autoaggressionen bei PWS**

Das PWS ist eine angeborene, durch einen Funktionsverlust von Genen auf dem langen Arm des Chromosoms 15 bedingte Störung mit körperlichen, stoffwechselbezogenen und psychosozialen Symptomen. Im kognitiv-emotionalen Bereich und in der sozialen Interaktion fallen besonders die folgenden problematischen Merkmale auf, die ursächlich mit nachgewiesenen physiologischen Besonderheiten im Zwischenhirn (fehlende Feedbackschleife) in Zusammenhang gebracht werden:

- Eine sehr niedrige Frustrationstoleranz
- Eine sehr hohe Affektlabilität: Menschen mit PWS gelten als emotional sehr „dünnhäutig“.
- Eine sehr geringe Affektkontrolle: Menschen mit PWS steigern sich ungewöhnlich schnell und heftig in Emotionen hinein: Bei positiven Emotionen erleben wir sie dadurch oft als ansteckend und überschwänglich in ihrer Freude und ihren kindlich-offenen Liebenswürdigkeiten. Wenn bei negativen Emotionen wie Frustration, Wut, Eifersucht, Sich-Verletzt-Fühlen dagegen ein gewisses Maß an emotionaler Erregung erreicht ist, ist dem Betreffenden ebenfalls keine Kontrolle mehr möglich und ein heftiger Wutanfall oder Ausbruch tiefer Verzweiflung muss ablaufen.

In Kombination bedeutet das: Oft führen kleinste Frustrationen der Erwartungshaltung, die Außenstehenden völlig unbedeutend erscheinen, sehr schnell zu höchster emotionaler Erregung, z.T. bis hin zu selbst- oder fremdgefährdenden aggressiven Ausbrüchen oder Sachbeschädigung. Die emotionale Erregung eines einzelnen Bewohners ist wiederum oft Zündstoff für die emotionale Erregung der Mitbewohner, die sich leicht gegenseitig „hochschaukeln“ können.

Mit solchen aggressiven Wutausbrüchen überraschen auch Bewohner, die verbal und intellektuell relativ kompetent erscheinen und sich in anderen Situationen als einsichtig, freundlich, sozial, humorvoll, warmherzig und hilfsbereit zeigen.

Durch die PWS-bedingte kognitive Beeinträchtigung entstehen in der sozialen Interaktion häufig Missverständnisse und daraus in Sekundenschnelle Konflikte. Während der emotionalen Erregung scheinen die Aufmerksamkeit und die Verarbeitung der Sinneseindrücke sehr eingeschränkt zu sein. Die Bewohner zeigen sich dann sehr fixiert in ihrem Denken. Dasselbe gilt für die emotionale Reaktion: Selbst wenn man sofort klarstellen kann, „Nein, das ist gar nicht so, wie du denkst, sondern soundso...“, läuft dennoch der begonnene Wutanfall ab. Dies wird von der aktuellen Forschung mit einer bei PWS fehlenden Feedbackschleife im Zwischenhirn (Bereich Affektkontrolle) in Verbindung gebracht.

**Konflikte im Zusammenhang mit dem Essensthema**

Die bekannteste Verhaltensstörung bei PWS ist die besondere Essstörung, die ebenfalls auf genetisch bedingte Defekte des Zwischenhirns zurückgeht. Ein übermäßiges Hungergefühl, das weder durch Essen noch mental stillbar ist, führt zu starker gesundheitsgefährdender Adipositas. Die Essstörung bedeutet im Alltag: es



**gibt jeden Tag ein mehrmals wiederkehrendes Thema, das stark emotional besetzt und konfliktrichtig ist: Das Essen. Die Essgier und Qual des Hungergefühls sind so groß, dass vereinzelt Menschen mit PWS – z. T. wider besseren kognitiven Wissens – sozial unerwünschte und gesundheitlich bedenkliche Verhaltensweisen einsetzen, um an subjektiv „Essbares“ zu gelangen.**

**Bei Tisch achten unsere Bewohner sehr darauf, dass kein Mitbewohner auch nur geringfügig mehr auf dem Teller hat als sie selbst. Die meisten treffen hierbei regelmäßig Fehleinschätzungen und fühlen sich infolgedessen vom Personal ungerecht bewirtet. Diese Fehleinschätzungen sind durch die PWS-bedingte kognitive Beeinträchtigung und eine Wahrnehmungsverzerrung aufgrund starker emotionaler Besetzung des Themas erklärbar. Die Folge sind häufige Konflikte und Wutanfälle bei den Mahlzeiten.**

**In Spezialeinrichtungen für PWS wie der unseren werden sämtliche Lebensmittel weggeschlossen. Durch Diätpläne mit vielen kleinen Zwischenmahlzeiten werden die Zeitspannen von Mahlzeit zu Mahlzeit kurz gehalten: In unserer Einrichtung gibt es neben den 3 Hauptmahlzeiten 4 Zwischenmahlzeiten. Das Hungergefühl wird so erträglicher und die Gedanken kreisen dann nicht ständig um die Frage „wie bekomme ich mein nächstes Essen, meine nächste Süßigkeit“, denn sie wissen, „bald bekomme ich wieder etwas“.**

### **Wohngruppe Besier GmbH als Spezialeinrichtung bei besonders schwieriger PWS-Symptomatik**

**Viele Bewohner unserer Einrichtung haben schon andere, weniger spezialisierte Einrichtungen durchlaufen und waren dort aufgrund ihrer PWS-typischen Verhaltensstörungen nicht tragbar. Die meisten hatten auch einen gesundheitsgefährlichen Grad an Adipositas erreicht, der allein schon den Wohnaufenthalt in unserer spezialisierten Einrichtung erforderlich machte, um durch kontrollierten Gewichtsverlust einen frühen Tod zu verhindern. In einer Wohneinrichtung mit hausinterner Beschäftigung kann gewährleistet werden, dass der Zugang zu Lebensmitteln tatsächlich rund um die Uhr kontrolliert ist.**

**Die genannten Störungen im Erleben und Verhalten sind natürlich soziokulturell überformt, stellen sich jedoch bislang medizinisch, pädagogisch und psychotherapeutisch als nicht grundsätzlich veränderbar dar. Nur in sehr engen Grenzen sind pädagogische und therapeutische Erfolge möglich, weil das organische Substrat nicht veränderbar ist.**

### **Krisenintervention bei Fremd- oder Autoaggression**

**In Krisensituationen mit Fremd- oder Autoaggression ist das Personal verpflichtet und berechtigt, den Bewohner, sich selbst und andere vor Verletzungen zu schützen. Die Methoden sind defensiv. Angestrebt wird, wenn möglich auszuweichen. Wenn dies nicht möglich ist, kommen folgende Möglichkeiten in Betracht: Festhalten der Hände (beim Versuch des Bewohners, zu schlagen, zu kratzen, mit Gegenständen auf**

andere zu werfen oder zu würgen), Festhalten des Kopfes (beim Versuch des Bewohners zu beißen), vorsichtiges auf-einen-Stuhl-Setzen oder auf-das-Bett-Legen und Festhalten oder vorsichtiges zu-Boden-Bringen und Festhalten am Boden (wenn Festhalten der Hände / des Kopfes nicht erfolgreich ist oder Tritte hinzu kommen), unterschieben der Hand oder eines Kissens (beim Schlagen des Kopfes an Boden oder Wand), Festhalten auf einem Stuhl mit allseitigem Abstand von Wänden (beim Schlagen des Kopfes an Boden oder Wand). Das Personal redet wenig und ruhig, ohne den Konflikt zu thematisieren und wartet dann, bis sich der Bewohner soweit beruhigt hat, dass keine Auto- oder Fremdaggressionen mehr zu erwarten sind. Die Anzeichen dafür sind individuell etwas unterschiedlich, z.B. kann man häufig davon ausgehen, dass der Moment gekommen ist, wenn die muskuläre Anspannung des Bewohners einbricht und er zu weinen beginnt.

Manchen Bewohnern hilft es, ein wenig gestreichelt zu werden, während sie festgehalten werden, andere wehren dies heftig ab. Hinterher wird dem Bewohner angeboten, sich ins eigene Zimmer zurückzuziehen und später die Situation in Ruhe nochmals zu besprechen.

## Prävention von Fremd- oder Autoaggression

Die präventiven Maßnahmen umfassen u.a. folgende Punkte:

- Vorausschauendes Erkennen von konflikträchtigen Ereignissen. Vermeidung derselben oder Vorbeugung von Fehlverhalten durch Ankündigung der heiklen Situation. Setzen eines Fokus, einer „Überschrift“, worauf die Bewohner achten sollten, damit die Situation gut bewältigt wird.
- Beobachtung des Gefühlsausdrucks von Bewohnern. Individuelle Anzeichen von emotionaler Erregung, Gereiztheit erkennen und intervenieren: Gespräch über das momentane Befinden suchen, Grund herausfinden: Kollegen fragen, neueste interne Nachrichten lesen, evtl. Eltern anrufen, evtl. Spaziergang, evtl. Entspannungsübung, Ablenkung mit positivem, ruhigem Reizmaterial.
- Selbstmonitoring: Eigene emotionale Spannungen und die von Kollegen erkennen. Darüber sprechen, Grund herausfinden und angemessen intervenieren: evtl. einander ablösen, Bewohner tauschen, Pause ermöglichen, Kurze Entspannungsübung, evtl. Gespräch mit Leitung der Einrichtung. Merke: Nur durch eigene emotionale Ausgeglichenheit / Entspantheit kann ich den Bewohner zur Ausgeglichenheit / Entspannung führen.
- Klärende Gespräche nach Krisensituationen mit Schwerpunkt auf Mitteilung von Gefühlen und Sichtweisen der Beteiligten. Authentische Kommunikation: das Personal darf und soll dem Bewohner auch eigene Grenzen / Verletztheitsgefühle fair mitteilen und z.B. um Zeit bitten: „Ich fühle mich sehr verletzt von dir und kann dich noch nicht in den Arm nehmen. Tut mir leid, ich brauche erst ein wenig Abstand, bevor ich dich wieder umarmen kann.“ Anstreben von Versöhnung. Ausmalen eines positiven Veränderungs-Ziels für die Zukunft. Ggf. Konsequenzen setzen, dem Bewohner erklären, dass die Konsequenz ihm hilft, zu lernen, es in Zukunft besser zu machen. Ggf. dem Bewohner 2 Konsequenzen zur Auswahl stellen, um die Akzeptanz zu erhöhen.

- **Ruhiger, einfacher Kommunikationsstil des Personals in kurzen Sätzen, mit vielen Wiederholungen.**
- **Empathisches, überpersönliches Rollenverständnis des Personals. Liebevolle Grundeinstellung, Wärme, Wertschätzung. Wissen und Bewusstsein bzgl. der hirnpfysiologischen Gegebenheiten bei PWS, die dem Bewohner die Kontrolle eigenen Verhaltens sehr erschwert.**
- **Klare, regelmäßige Strukturen im Alltag reduzieren Uncertainty (Risikofaktor „Ungewissheit“) und führen zu Gewohnheiten, die die Verhaltenssteuerung erleichtern. Klare Spielregeln werden konsequent eingehalten, um Diskussionen zu vermeiden:**
- **Es wird auf pünktliche Einhaltung eines gemeinsamen, regelmäßigen, vielfältigen Tagesablaufs geachtet, der Ruhephasen bzw. selbst zu gestaltende Freizeitphasen mit einschließt.**
- **Es gibt 7 Mahlzeiten am Tag: Das Hungergefühl wird so erträglicher und die Gedanken kreisen nicht ständig um das konfliktrträgliche Thema. Die diesbezügliche Unsicherheit (wann und wie könnte ich an das nächste Essbare gelangen?), ein starker Stressor, wird reduziert.**
- **Tägliche Kommunikation und Dokumentation von Beobachtungen. Situationsanalysen erstellen, im Team besprechen. Individuelle Erfahrungen mit einzelnen Bewohnern im Team besprechen (im Rahmen der monatlichen Dienstbesprechungen jeder Gruppe, der 14-tägigen Therapeutenbesprechungen, der regelmäßigen Team-Supervision, der täglichen Kommunikation aller Teammitglieder per internes Datennetzwerk, mündlich und fernmündlich.**

**Martin Mettenleiter, Dipl. Psych.**