

Bronder, Gisela / Böttcher, Käte / Rohlfs, Sigrid

Diagnose: Entwicklungsstillstand - Ein Therapiebericht

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 3, S. 95-99

urn:nbn:de:bsz-psydok-27857

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour)	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms)	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program)	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ)	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children)	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants)	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers)	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment)	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families)	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy)	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide)	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History)	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”)	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention)	117

F. Mattejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasie Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics)	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path)	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling)	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa)	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare)	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities)	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania)	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child)	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children)	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders)	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa)	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications)	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter)	175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress)	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children)	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schihaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schihauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechenland — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familiendynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Diagnose: Entwicklungsstillstand – Ein Therapiebericht

Von Gisela Bronder, Käte Böttcher und Sigrid Rohlfis

Zusammenfassung

Es wird über ein verhaltenstherapeutisches Programm mit einem geistig schwerbehinderten, 10jährigen Mädchen berichtet, das extreme Eßschwierigkeiten – Unfähigkeit, die Nahrung zu schlucken –, sowie weder Spiel- und Sozialverhalten, noch Sprachverständnis zeigte. Das therapeutische Vorgehen beinhaltete operantes Konditionieren und Lernen am Modell, wobei imitatives Verhalten erst aufgebaut werden mußte. Nach dem Aufbau erster, einfacher Verhaltensweisen zeigte die Patientin zunehmend spontanes Verhalten. Sie lernte selbständig essen und spielen, konnte Bedürfnisse primitiv verbal äußern, zeigte emotionale Reaktionen und begann, laufen zu lernen.

Der Erfolg der Therapie wird als beispielhaft für die Möglichkeiten diskutiert, die es trotz mangelhafter institutioneller Bedingungen gibt, Schwerstbehinderte in Langzeiteinrichtungen zu fördern und damit ihre Lebensbedingungen zu verbessern.

1. Einleitung

Intensive heilpädagogische Betreuung und therapeutische Förderung schwerstbehinderter Kinder werden auch in der Arbeit der Pflegeeinrichtungen seit Jahren mit zunehmendem Nachdruck gefordert (Verband evangelischer Einrichtungen 1974). Die Realisierung dieser Ansprüche scheitert jedoch oft an der Praxis des Alltags; denn der Umfang der Leistungen, die für die pflegerische Versorgung der Betreuten und die organisatorische Abwicklung des Tagesablaufs erforderlich sind, ist so groß, daß kaum Zeit für eine gezielte pädagogische Förderung Einzelner bleibt. Mit Recht wird dieser Mangel an Förderung und Zuwendung als wesentlicher Aspekt der inhumanen Lebensbedingungen Schwerstbehinderter in Langzeiteinrichtungen kritisiert. Als Lösung des Problems werden vor allem die Reduzierung der Anstaltsgröße, die Unterbringung der Betreuten in kleinen, familienorientierten Gruppen und die Verbesserung der personellen Ausstattung diskutiert. Sicher würde mit der Veränderung von Organisation und Struktur der Pflegeanstalten ein wichtiger Beitrag zur Humanisierung der Lebensbedingungen geleistet. Andererseits wäre es stark vereinfachend, wollte man die Problematik allein auf diese Bedingungen reduzieren. Aus verschiedenen vergleichenden Untersuchungen gibt es Hinweise darauf, daß die Art der Betreuungspraktiken (institutions- versus klientorientiert) nicht zwangsläufig mit der Größe der Institution (King et al. 1971) oder dem Patienten-Personal-Schlüssel (McCormick et al. 1975) in Zusammenhang stehen. Es bestehen also auch unter den gegebenen Bedingungen in Großinstitutionen Möglichkeiten, die Situation der Behinderten zu verändern. Als Beispiele hierfür gibt es bereits Versuche, das Anstaltsleben durch stärkere Öffnung zur Gemeinde zu normalisieren oder Patienten in kleinen, externen Gruppen zu rehabilitie-

ren. Von diesen Bemühungen bleiben jedoch zwangsläufig all die schwerstbehinderten Kinder ausgeschlossen, die anscheinend nicht einmal über minimale Voraussetzungen an intellektuellen, emotionalen und physischen Fähigkeiten verfügen. Sie werden weiterhin auf den sogen. Liegestationen der Pflegeanstalten versorgt.

Mit Nachdruck vertritt M. Oswin (1977) in ihrem Bericht über behinderte Kinder in Langzeiteinrichtungen die Forderung nach intensiver emotionaler Zuwendung auch für diese schwerstbehinderten Kinder. Es wird wohl niemanden geben, der diese Forderung nicht unterstützte, doch die Alltagssituation auf den Liegestationen erschwert es außerordentlich, diesem Anspruch zu genügen. Sicher sind es nicht nur die objektiv notwendigen pflegerischen Leistungen, die einer intensiven Betreuung und Förderung in vielen Fällen im Wege stehen. Wer jedoch selbst die Leere erfahren hat, die entsteht, wenn Kinder auf Zuwendung und Fürsorge nie mit einem Lächeln oder Wort reagieren, wird sehr vorsichtig die Tendenz der Mitarbeiter beurteilen, ausschließlich der pflegerischen Versorgung ihrer Schützlinge den Vorrang zu geben.

In der festen Überzeugung, daß auch die Situation schwerstbehinderter Kinder grundlegend verändert werden kann, führten wir ein verhaltenstherapeutisches Training mit einem „typischen Fall“ auf einer Liegestation in einer Anstalt für geistig behinderte Kinder durch. Der Erfolg ging weit über unsere eigenen anfänglichen Erwartungen hinaus. Er zeigte nach u.M. beispielhaft, daß es selbst unter den gegebenen Bedingungen in stationären Langzeiteinrichtungen Möglichkeiten gibt, die Lebensbedingungen Schwerstbehinderter zu humanisieren.

2. Entwicklungsgeschichte

S. wurde als 5. von 5 Kindern durch Sturzgeburt mit einem Geburtsgewicht von 3500 g geboren. Im 4. Lebensmonat erkrankte sie an einer Encephalitis und Toxikose. Infolge dieser Erkrankung trat ein antikonvulsiv gut einstellbares cerebrales Anfallsleiden auf. Nach zwei Klinikaufenthalten in den ersten Lebensjahren wurde das Kind mit 4 Jahren in eine Anstalt für geistig behinderte Kinder eingewiesen. Die Einweisungsdiagnose lautete: Schwerer Cerebralschaden mit Entwicklungsstillstand.

Wegen extremer Eßunfähigkeit mußte die Patientin zu Beginn ihres Anstaltsaufenthaltes ca. ein Jahr lang sondenernährt werden. In den folgenden Jahren wurden immer wieder Versuche unternommen, die Flüssigbrei-Nahrung mit dem Löffel zu verabreichen. Diese Versuche blieben jedoch ohne Erfolg: In der Regel behielt S. die Nahrung ohne zu schlucken im Mund bis sie wieder hinauslief. In der verzweifelten Hoffnung, doch noch eine Veränderung zu erreichen, griffen die Pfleger daher immer wieder zu einem Mittel, das denjenigen nicht unbekannt sein dürfte, die mit der Situation in Pflegeeinrichtungen für Schwerstbehinderte

vertraut sind: Sie hielten der Patientin die Nase zu, um auf diese Weise den Schluckreflex auszulösen. Sowohl für die Patientin als auch für die Betreuer wurden die Mahlzeiten zu einer qualvollen Situation, für die es keine Lösung zu geben schien.

3. Klinisches und psychologisches Zustandsbild

Als wir S. kennenlernten, war sie 10;11 Jahre alt. Sie lag ganztags im Bett auf einer sog. Liegestation und wurde nur bei guter Personalbesetzung gelegentlich stundenweise in einen Rollstuhl gesetzt. Eine Mitarbeiterin, die über längere Zeit versucht hatte, das Mädchen zu irgendeiner Art von Beschäftigung anzuregen, hatte sich gerade wegen der Erfolglosigkeit ihrer Bemühungen zurückgezogen. S. verfolgte zwar offensichtlich interessiert alle Vorgänge im Zimmer mit den Augen, zeigte auch Reaktionen der Freude, wenn sie angesprochen wurde, es fehlte jedoch jeder Ansatz zu zielgerichtetem Handeln. Sie griff nicht nach dargebotenen Gegenständen. Ins Bett gelegtes Spielzeug blieb unberührt liegen. Bei Freude oder, wie wir annahmen, um sich selbst zu stimulieren, stieß S. hohe Quitschtöne aus. Ansätze zu sprachlichem Verhalten waren nicht zu beobachten. Es war auch anzunehmen, daß das Sprachverständnis minimal war. Nach den Berichten der Mitarbeiter der Station zeigte S. in all den Jahren eine gleichbleibend freundlich-apatheische Stimmung. Anzeichen von Unmut waren ihres Wissens nie zu beobachten gewesen.

Psychologische Beobachtung und medizinische Untersuchung ergaben, daß es sich bei S. um eine hypotone cerebrale Bewegungsstörung mit leichter Athetose und um eine schwere geistige Retardierung handelte. Nach den uns bekannten anamnestischen Daten bezweifelten wir, daß der extreme Entwicklungsrückstand ausschließlich organisch bedingt und durch gezielte therapeutische Maßnahmen nicht reduzierbar sei. Der Rachen zeigte keine Veränderungen. Da S. nicht sabberte, war anzunehmen, daß der Schluckreflex intakt war. Passive Beweglichkeit und Reflexverhalten erschienen unauffällig. Die spontane Handmotorik mußte gezielte Bewegungsabläufe, auch Greifen, erlauben.

4. Therapieziele

Obwohl S. als entwicklungsunfähig eingestuft worden war, beschlossen wir, für den Zeitraum von einem halben Jahr eine intensive verhaltenstherapeutische Förderung des Mädchens durchzuführen. Als erste Therapieziele, die zeitlich nacheinander erreicht werden sollten, legten wir fest: a) Schlucken der Nahrung, b) Greifen nach und Umgang mit einfachem Material, wie Rasseln, Bällen u.ä. Diese Ziele sollten im Laufe der Therapie modifiziert werden.

5. Verhaltensbeobachtung

Eine Woche lang wurden bei allen drei täglichen Mahlzeiten Beobachtungen durchgeführt. Im allgemeinen lag S. während der Mahlzeiten im Bett. Sobald ihr das Lätzchen

umgebunden wurde, öffnete sie den Mund weit und schloß ihn auch nicht beim Schlucken, das im allgemeinen erfolgte nachdem ihr 30 bis 40 sec lang die Nase zugehalten worden war. Nur bei der Verabreichung von Tee (mit dem Löffel) wurde der Schluckreflex sofort ausgelöst. In Ausnahmefällen wurde S. vor dem Essen in einen Rollstuhl gesetzt und im Sitzen gefüttert. Auch hier zeigten sich die gleichen konditionierten Verhaltensweisen: Sobald das Lätzchen umgebunden wurde, legte S. den Kopf weit zurück und öffnete den Mund weit. Offensichtlich war die Anwesenheit der Betreuerin bei den Mahlzeiten eine stark wirksame positive Verstärkung des unangepaßten Eßverhaltens. S. ließ die Betreuerin während der Mahlzeit keinen Augenblick aus den Augen, gab quitschende bzw. mit vollem Mund gurgelnde Laute von sich und ruderte mit Armen und Beinen, um – wie wir annahmen – Körperkontakt zu bekommen. Wir stellten die Hypothese auf, daß das Mädchen auch bei zugehaltener Nase die Nahrung möglichst lange im Mund behielt, um die angenehme Situation „Anwesenheit einer Person“ möglichst lange aufrechtzuerhalten. Die Beobachtung ergab ferner, daß Lob keinen höheren Verstärkerwert besaß als Anwesenheit einer Person oder Ansprache mit unspezifischem Inhalt.

6. Therapie

6.1. Erste Stufe des therapeutischen Programms

Die vorausgegangene Beobachtung hatte gezeigt, daß soziale Verstärkung durch Anwesenheit einer Person zu diesem Zeitpunkt als einzig wirksamer Verstärker eingesetzt werden konnte. Durch eine am Rollstuhl befestigte Sichtblende wurde die Möglichkeit für die Therapeutin geschaffen, sich sofort nach der Verabreichung eines Löffels Flüssigbrei aus dem Gesichtsfeld der Patientin zurückzuziehen und sie über einen Spiegel im Raum zu beobachten, um dann sofort zu ihr zu gehen, wenn sie die Nahrung geschluckt hätte.

Dieser Plan erwies sich als völlig ineffektiv. S. saß am ersten Tag (3 Mahlzeiten) mit geöffnetem Mund und zurückgelegtem Kopf mit dem Brei gurgelnd im Rollstuhl und ließ die Nahrung wieder aus dem Mund laufen. Die Sitzungen wurden jeweils abgebrochen in der – wie sich zeigte trügerischen – Hoffnung, daß durch die Nahrungsdeprivation leichter ein Erfolg erreicht werden könnte. In der Sorge um den Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt des Mädchens begannen wir die erste Mahlzeit am zweiten Tag damit, Tee zu löffeln, der mit Traubenzucker angereichert war. S. schluckte den Tee sofort hinunter. Anschließend gegebener sehr flüssiger Brei wurde relativ schnell, nach 1,30 bis 3,30 min, geschluckt. Es fand nach unserer Annahme also ein Übungstransfer statt, so daß wir unser Vorgehen änderten: Abwechselnd wurden ein Löffel Tee und ein Löffel Brei gegeben.

In den folgenden Tagen gab es abwechselnd in anscheinend zufälliger Abfolge Erfolge und Mißerfolge (Erfolg = Nahrung in einer Spanne von 5 sec bis 3 min geschluckt) ohne geringste Anzeichen einer systematischen Veränderung des Verhaltens. S. behielt die Nahrung z. T. 20 min im Mund und ließ sie dann wieder hinauslaufen.

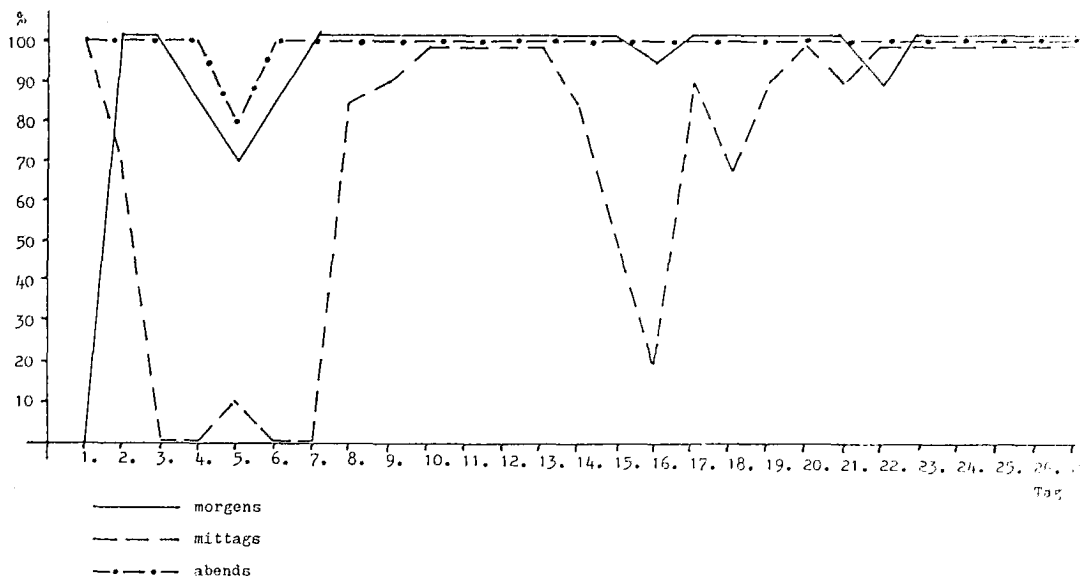


Abbildung: Lernkurven – selbständiges Schlucken in % der insgesamt gegessenen Löffel Brei während der drei täglichen Mahlzeiten über den Zeitraum von 27 Therapietagen

6.2. Zweite Stufe des therapeutischen Programms

Während der Reflexion des Problems spielten wir die einzelnen Sequenzen der Essenssituation durch und stellten fest, daß Schlucken bei geöffnetem Mund sehr unangenehm ist. Wir verwarfen daher unsere erste Hypothese, die Patientin behalte die Nahrung möglichst lange im Mund, um die angenehme Situation „Anwesenheit einer Person“ möglichst lange aufrechtzuerhalten. Statt dessen stellten wir die Hypothese auf, S. behalte die Nahrung möglichst lange im Mund, um den aversiven Reiz „Schlucken bei geöffnetem Mund“ zu vermeiden.

Am 7. Tag nach Beginn der Therapie gaben wir sofort nach der Vergabe des Breis eine Hilfestellung (prompting) durch gleichzeitigen Druck auf die Schädeldecke und unter den Unterkiefer, um so zu erreichen, daß das Mädchen den Mund schloß. Der Erfolg bestätigte die Richtigkeit unserer Annahme: Sobald S. den Mund geschlossen hatte, schluckte sie den Brei hinunter. Dieser Erfolg löste bei ihr sofort starke Reaktionen der Freude aus, wirkte also selbstverstärkend, und wurde zusätzlich durch Lob und Hin- und Herfahren des Rollstuhls bekräftigt. Bereits bei der 2. und 3. Mahlzeit schloß S. selbständig, also ohne prompting, den Mund und schluckte den Brei hinunter. Die Mahlzeiten reduzierten sich nun von durchschnittlich 1 1/2 Stunden auf 15 bis 20 min, so daß anschließend Zeit zur Beschäftigung blieb: Im Rollstuhl umherfahren und singen.

Wie die Abbildung zeigt, war der Erfolg „Schlucken ohne Prompting“ bei den Morgen- und Abendmahlzeiten bald 100%ig. Einen Rückschritt gab es am 4. und 5. Tag als der Brei zum ersten Mal etwas dicker angerührt worden war. Nachdem diese erste Schwierigkeitssteigerung bewältigt war, konnte er in der Folgezeit problemlos zunehmend fester gereicht werden. Problematisch blieb auf längere Zeit das Mittagessen. In der Freude über die Erfolge des Trainings bestellten die Mitarbeiter der Station mittags für S. Gemüsebrei mit gehacktem Fleisch, eine Nahrung, die das Mäd-

chen bis dahin nicht kannte und daher verständlicherweise verweigerte. Wir gingen daher auf den üblichen süßen Schrot- und Haferbrei zurück und mischten ihn allmählich mit Gemüse.

6.3. Dritte Stufe des therapeutischen Programms

Als sich das Schluckverhalten zu stabilisieren schien und die Mahlzeiten wesentlich weniger Zeit in Anspruch nahmen, konnte ein Programm zum Aufbau weiterer Verhaltensweisen aufgestellt werden. Drei Bereiche erschienen uns wesentlich:

a) Aufbau eines einfachen Sprachverständnisses

aa) S. sollte lernen, bestimmte wertende, verbale Reaktionen zu diskriminieren: „Gut“ als positive Bewertung erwünschten Verhaltens, „schön, fein“ als Ausdruck positiver Emotionen, „nein“ als negative Bewertung unerwünschten Verhaltens u. ä.

ab) S. sollte einfache Bezeichnungen für Situationen oder Gegenstände erkennen lernen, z.B. „alle“ für den leeren Teller bzw. das Ende der Mahlzeit, „Ball“ für jeden runden, hantierbaren Gegenstand (Ball, Luftballon, Wollknäuel).

Um dieses Ziel zu erreichen, schränkten die Therapeuten die Variation ihres verbalen Verhaltens in Gegenwart des Kindes stark ein und begleiteten die häufig und mit Nachdruck wiederholten Reizwörter mit motorischen Reaktionen, die dem Mädchen angenehm zu sein schienen, z.B. bei „alle“ mit dem Löffel auf den leeren Teller schlagen.

b) Imitationslernen

Ein Modell nachahmen zu können, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Abkürzung einfacher Lernprozesse, den Aufbau sozialer Verhaltensweisen, spontanen Verhaltens, Sprachverhaltens und komplexer Verhaltensweisen (Bandura 1969, Gottwald und Redlin 1972). Das Fehlen imitativen Verhaltens ist sicher eine wesentliche Bedingung dafür, daß viele geistig schwerst behinderte Kinder in

Anstalten keine Entwicklungsfortschritte zeigen. Sie sind häufig nicht einmal in der Lage, einfachste Reaktionen ihrer Zimmerkameraden nachzuahmen.

Für den Aufbau von Imitationsverhalten griffen wir zunächst Bewegungen auf, die S. zufällig und spontan ausführte. Bei freudiger Erregung schlug sie gelegentlich mit den Händen auf den Tisch. Die ersten Lernschritte waren daher: dem Modell entsprechend mit beiden Händen gleichzeitig auf den Tisch schlagen, nur mit einer Hand, dann abwechselnd mit der rechten und linken Hand auf den Tisch schlagen usw. Die weiteren, systematisch aufgebauten Lernschritte sollen hier nicht detailliert dargestellt werden. Wir hielten uns an die aus der Literatur bekannten Prinzipien des Aufbaus imitativen Verhaltens (vgl. Lovaas et al. 1967, Baer et al. 1967).

In der ersten Zeit war für jede neue Imitation Prompting erforderlich: Eine Therapeutin führte vor der Patientin sitzend die Bewegung aus, die andere stand hinter ihr und führte, ihre Hände haltend, das Gezeigte nach. Allmählich wurden die Hilfestellungen zurückgenommen bis S. in der Lage war, die dargebotenen Reize selbständig zu imitieren. Nach 10 Tagen (= 30 Therapiesitzungen) bestand das Repertoire aus 21 verschiedenen Reaktionen der Hände, die mit einer Kinderliedmelodie verbunden in beliebiger Reihenfolge dargeboten und imitiert wurden. Der nächste, wesentlich schwierigere Schritt war, das Imitieren von mimischen Reaktionen zu lernen: Mund öffnen/schließen, Augen zukneifen, Backen aufblasen usw. Da S. das Prinzip des Imitierens offensichtlich erlernt hatte, stellte sich jedoch bald der Erfolg ein. Im nächsten Schritt wurden dann bestimmte Mundstellungen mit Lauten verbunden. So wurde das Schließen des Mundes mit ‚m‘, das Öffnen mit ‚a‘ kombiniert. Knallartiges Herauslassen der Luft aus den aufgeblasenen Backen durch gleichzeitigen Druck der Finger auf die Wangen ergab ein ‚b‘. Anfangs sehr zufällige Imitationen dieser Laute wurden kontinuierlich verstärkt (Lob, im Rollstuhl hin- und herfahren), so daß die Rate der erfolgreichen Imitationen schnell erhöht und schließlich stabilisiert werden konnte.

c) Beschäftigung mit einfachem Material

Voraussetzung für jede Beschäftigung mit Material ist, daß das Kind greifen und gezielt hergeben kann. Trotz der Erfolge bei den Imitationsübungen war S. nach wie vor nicht in der Lage, nach einem dargebotenen Gegenstand zu greifen, auch wenn er positiv besetzt war (z.B. ein Gummitier). Sie hatte nie gelernt, es als angenehm zu empfinden, etwas in der Hand zu halten, etwas zu besitzen. Für das Greifenlernen wählten wir folgende Strategie: Als Verstärker für erwünschtes Verhalten konnte inzwischen Hin- und Herfahren im Rollstuhl eingesetzt werden. S. sollte daher ein Reif, eine Stange o. ä. dargeboten werden, an dem sie im Rollstuhl durch das Zimmer gezogen werden konnte solange sie sich daran festhielt. Sobald sie losließ, blieb sie stehen. Nach zwei Sitzungen, in denen sie sehr viel Hilfestellungen benötigte, hatte S. das Prinzip dieser neuen Aufgabe gelernt. Der Reif bzw. die Stange konnte nach und nach durch andere Gegenstände ersetzt werden, die dann in anderen Situationen verwendet wurden. Sie lernte z.B. während der Mahlzeit

nach dem Löffel zu greifen, an dem sie sich hatte festhalten müssen, um durch das Zimmer gezogen zu werden.

6. 4. Vierte Stufe des therapeutischen Programms

Während der dritten Stufe unseres Therapieprogramms hatte S. zu lernen gelernt. Die vierte Stufe war daher im wesentlichen dadurch gekennzeichnet, daß wir das Verhalten, das das Mädchen spontan zeigte, aufgriffen und systematisch weiter ausbildeten und daß wir die einzeln gelernten Reaktionen zu einem sinnvollen Ablauf verbanden (Verhaltensverkettung). So wurden z.B. das Greifen nach dem Löffel und das Spielen mit den Fingern an den Lippen allmählich zum selbständigen Essen verkettet, das imitierte Öffnen und Schließen des Mundes zu Kaubewegungen und die Äußerungen von ‚b‘ und ‚a‘ zu ‚ba‘ und dann zu ‚ball‘. Es war erstaunlich zu beobachten, daß S. im Verlauf dieses Trainings immer häufiger spontanes Verhalten zeigte. Als sehr großen Erfolg empfanden wir es, als sie etwa zwei Monate nach Therapiebeginn nach dem ersten Löffel des immer noch recht unbeliebten Mittagessens „alle, alle“ sagte und jede weitere Nahrungsaufnahme durch festes Zusammenpressen der Lippen verweigerte.

Ein weiteres Ziel dieser Phase der Therapie war es, die Mitarbeiter der Station aktiv in das Programm einzubeziehen. Die Motivation zur Mitarbeit war so groß, daß auch die anfängliche strenge Kontrolle und Kritik durch die Therapeuten nicht zur Entmutigung führten. Die größte Schwierigkeit bestand in der konsequenten Anwendung von positiven Verstärkern unter genauer Einhaltung des gesetzten Anforderungsniveaus und in der Einschränkung der verbalen Kommunikation mit dem Kind. Es ist für den Therapeuten sehr schwierig, nur „gut“ zu sagen, wenn er sich über einen Erfolg aufrichtig freut, für das Kind, dessen Sprachverständnis erst aufgebaut werden muß, ist es jedoch wesentlich, zunächst einmal nur „gut“ als Ausdruck höchster Anerkennung und Freude erkennen zu lernen. Voraussetzung für die Beteiligung von Cotherapeuten an unserem Programm war es daher, den Mitarbeitern diese Zusammenhänge zu verdeutlichen und damit ihre Bereitschaft zu strenger Kontrolle des eigenen Verhaltens zu wecken.

7. Abschließende Bemerkungen

Was anfangs nur „Dressur“ war, hatte bereits nach zwei Monaten erste spontane motorische und schließlich auch emotionale Reaktionen zur Folge, die die Skepsis gegenüber der Art unseres Vorgehens und die Überzeugung von der Diagnose „Entwicklungsstillstand“ beseitigte. Wie weitreichend die in Gang gesetzten Lernprozesse für die gesamte Befindlichkeit dieses Kindes waren, sei nur noch an einem Beispiel verdeutlicht: Nach einem Kurzurlaub der Therapeutinnen berichteten die Mitarbeiter der Station übergücklich, daß S. nach einer Mahlzeit, als sie wegen Personalmangels sofort ins Bett gesetzt worden war, bitterlich geweint habe. Es war das erste Mal – sie lebte inzwischen 7 Jahre auf der Station –, daß sie eine wahrnehmbare Reaktion des Unglücklichseins gezeigt hatte.

Vier Monate nach unseren ersten, erfolglosen Therapiesitzungen konnte die Patientin auf eine Station mit Kindern

verlegt werden, die sich z.T. frei bewegen und sich verbal äußern konnten und die trotz schwerer geistiger Behinderungen mit einfachem Material beschäftigt werden konnten. Die therapeutischen Interventionen erfolgten im wesentlichen nur noch über die Anleitung der Mitarbeiter. Durch die spontane Imitation des Verhaltens anderer Kinder und der Mitarbeiter (S. begann z.B. eines Tages zu pfeifen) und durch gezielte Übungen der Mitarbeiter lernte S., soziale Kontakte aufzunehmen, sich mit einem Ball o.ä. Spielmaterial zu beschäftigen, wenn sie allein war, selbständig zu essen und primäre Bedürfnisse, wie Hunger, Durst oder allgemeines Unwohlsein, mit einfachen Worten zu artikulieren.

Etwa 6 Monate nach Beginn der Therapie lernte sie, mit Unterstützung unter den Armen und an den Hüften ihre ersten Schritte zu machen und konnte nach zwei weiteren Monaten, allerdings noch sehr unsicher, an einer Hand gehalten laufen.

Sie hatte gelernt, deutlich wahrnehmbare Reaktionen der Zustimmung und Ablehnung zu zeigen. Das gleichbleibend freundlich-apathe Kind hatte trotz der zu spät eingesetzten gezielten therapeutischen Bemühungen eine Persönlichkeit entwickelt, die weitgehend adäquat auf ihre Umgebung reagierte und gezielt Reaktionen der Umgebung auf eigene Bedürfnisse und Emotionen provozierte. Der Weg dahin war mühsam und durch einen häufigen Wechsel von Erfolgen und Mißerfolgen gekennzeichnet. Es bestätigte sich jedoch sehr deutlich, daß mit der Etikettierung „Entwicklungsstillstand“, die heute noch in vielen Fällen schwerer geistiger Behinderung erfolgt, behinderten Kindern wesentliche Entwicklungsmöglichkeiten und damit die Voraussetzungen für ein Minimum an ‚Lebensqualität‘ genommen werden. Ein intensiver therapeutischer Einsatz über wenige Monate könnte die Situation vieler schwerst behinderter Kinder in Pflegeeinrichtungen grundlegend verändern.

Summary

Diagnosis: Developmental Arrest. A Therapeutic Program

A behaviour modification program is described which was used with a profoundly retarded 10 years old girl who

suffered from an extreme eating disorder – inability to swallow food –, was neither able to play or socialize, and did not exhibit any understanding of speech. The therapeutic procedure included operant conditioning and imitation learning whereby it was first necessary to establish imitative behaviour. After having acquired some basic behaviour patterns the child increasingly developed spontaneous behaviour. She learned to feed herself and to play on her own; she became able to verbalize her needs in a simple way, showed emotional reactions, and attempted to learn to walk.

The success of the program is discussed as an example of the possibilities there are to help the profoundly mentally handicapped and thereby to improve the quality of their lives despite the adverse conditions in long-stay hospitals.

Literatur

Baer, D. M., Peterson, R. F., and J. A. Sherman: The development of imitation by reinforcing behavioral similarity to a model. *J. exp. Anal. Behav.*, 1967, 10, 405–416. – Bandura, A.: Principles of behavior modification. London/New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969. – Gottwald, P. und W. Redlin: Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. Göttingen: Hogrefe, 1972. – King, R. D., Raynes, N. V. and J. Tizard: Patterns of residential care. Sociological studies in institutions for handicapped children. London: Routledge and Kegan Paul, 1971. – Lovaas, O. I., Freitag, L., Nelson, K., and C. Whalen: The establishment of imitation and its use for the development of complex behavior in schizophrenic children. – *Behaviour Research and Therapy*, 1967, 5, 171–181. – McCormick, M., Balla, D., and E. Zigler: Resident-care practices in institutions for retarded persons: A cross-institutional, cross-cultural study. *Amer. J. ment. Defic.*, 1975, 80, 1–17. – Oswin, M.: Physically handicapped children in long-stay hospitals. *Child: care, health and development*, 1977, 3, 349–355. – *Verband evangel. Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte e. V.*: Empfehlungen für die Pflege, Therapie und Förderung geistig Behinderter in Heimen und Anstalten. Stuttgart 1974.

Anschr. d. Verf.: G. Bronder, Dipl.-Psych., Hörwarthstr. 43, 8000 München 40, Dr. med. K. Böttcher, Moorbirkenkamp 4, 2000 Hamburg 65, S. Rohlf, Dipl.-Psych., v.-Stauffenberg-Str. 49, 4400 Münster.