

Lauth, Gerhard W. und Weiß, Saskia R.

Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen einer Schule für geistig Behinderte

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 2, S. 109-121

urn:nbn:de:bsz-psydok-44218

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 Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior - A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography)	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visualisierter Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) . .	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings and clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
---	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bündner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundlagen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Entwicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie I. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen einer Schule für geistig Behinderte

Gerhard W. Lauth und Saskia R. Weiß

Summary

Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped

The present study analysed the self-injurious, destructive behaviour of a mentally retarded boy, ten years of age which was generally noticed through his resistance to demands and because of his self-destructive behaviour and aggressions against others. This behaviour appeared in critical situations (following instructions; not getting something). It is maintained by positive (getting attention) and negative reinforcement (let off demands). The interventions followed the mediating concept, including both female teachers and the mother of the boy. They were instructed to set effective demands, to give positive reinforcement for following rules and to sanction deviant behaviour by over correction. The effects of the intervention were measured through four problem behaviours (oppositional defiant behaviour, self-injurious behaviour, aggressive behaviour against others, evading) with 80 measurements in a multiple baseline analysis (replication over behaviours). The interventions reduced the destructive behaviours of the boy. A follow-up after 10 months proved that no problem behaviours were noticeable anymore.

Keywords: Self-injurious behavior – intervention – retardation – oppositional deviant behavior – mediating concept

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie analysiert das selbstverletzend-destruktive Verhalten eines retardierten 10-jährigen Jungen, der durch Widerstand gegen Anforderungen sowie Selbst- und Fremdaggression auffällt. Dieses Verhalten tritt in kritischen Situationen (Anweisungen befolgen, etwas versagt bekommen) auf. Es wird durch negative Verstärkungen (Abwendung, Anforderungen erlassen) aufrechterhalten. Die Interventi-

on erfolgt im Mediatorenkonzept mit den beiden Lehrerinnen und der Mutter des Jungen. Sie lernen, wirksame Anforderungen zu stellen, die Regelbefolgung positiv zu verstärken und abweichendes Verhalten per Überkorrektur (over correction) zu sanktionieren. Die Effekte der Intervention werden anhand von vier Verhaltensproblemen (Auftreten von oppositionellem Trotzverhalten, selbstverletzendem Verhalten, fremdaggressivem Verhalten, Abtauchen) über insgesamt 80 Messungen in einem Multiplex-Grundraster-Versuchsplan (Replikation über Verhaltensweisen) erfasst. Die Intervention reduziert das destruktive Verhalten des Jungen. Eine Nachuntersuchung nach 10 Monaten belegt, dass keinerlei Verhaltensprobleme mehr bestehen.

Schlagwörter: Selbstverletzendes Verhalten – Intervention – Retardierung – oppositionelles Trotzverhalten – Mediatorensystem

1 Problemstellung

Selbstverletzendes Verhalten (self injurious behaviour) ist befremdlich, bedrohlich und herausfordernd zugleich. Handelt es sich doch um selbstschädigende Attacken mit teilweise beträchtlicher Schädigung (z.B. sich mit der Hand gegen den Kopf schlagen, sich selbst schlagen, sich beißen, sich die Haare ausreißen; vgl. Rojahn 1994). Es tritt bei etwa 6 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung auf (Borthwick-Duffy 1994). Mit der Schwere der geistigen Behinderung und dem Mangel an Kommunikationsmöglichkeiten (Nonverbalität) sowie der Größe der Betreuungseinrichtung, in der diese Menschen untergebracht sind, steigt diese Zahl beträchtlich und erreicht beim Zusammentreffen von schwerer geistiger Behinderung, Nonverbalität und großen Betreuungseinrichtungen eine Auftretenshäufigkeit von 24,7 Prozent (Borthwick-Duffy 1994). Zudem zeigen Personen mit selbstverletzendem Verhalten zu etwa 20 Prozent auch Fremdaggression und Destruktion (z.B. andere schlagen, Zerstören von Materialien, Vandalismus). Selbstverletzendes Verhalten stellt eine außerordentliche Herausforderung für Betreuer, Erzieher, Eltern und Lehrer dar. Es verursacht beträchtlichen materiellen Schaden und verursacht große psychische Kosten (z.B. Burn-out, Zerstörung von Materialien, Beschädigung von Räumen und Mobiliar). Trotz dieser offensichtlichen Dringlichkeit gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige empirische Arbeiten darüber (Schlösser u. Goetze 1991; Dederich et al. 1999). Die vorliegenden Untersuchungen verdeutlichen, dass selbstverletzende und aggressive Verhaltensweisen häufig sind (21,1 bzw. 41,1 Prozent), und die Betreuungspersonen diesen Störungen mit bemerkenswerter Hilflosigkeit begegnen (z.B. Gespräch führen; ermahnen/zur Ordnung rufen; vgl. Dederich et al. 1999). Der Stand der deutschsprachigen Forschung darf zu Recht als „unterentwickelt“ bezeichnet werden (Meins 1994).

Bedingungsanalytisch lässt sich selbstverletzendes Verhalten durch ein dreistufiges Vulnerabilitätsmodell erklären:

1. Biologische Ausgangszustände (z.B. mentale Retardierung, Nonverbalität, motorische Beeinträchtigungen) schränken die Anpassungsfähigkeit des geistig behinderten Menschen so ein, dass Unwohlsein, Wünsche und Bedürfnisse nicht kommuniziert werden bzw. Leistungsansprüche nur unzureichend erfüllt werden können.

2. Diese Anpassungseinschränkungen werden aber erst dann kritisch, wenn der Betroffene in Stress-Situationen gerät (z. B. durch Leistungsansprüche überfordert wird, fundamentale Bedürfnisse unberücksichtigt sind, Unwohlsein nicht mitgeteilt werden kann). In diesen Situationen werden (neben anderen Reaktionen) auch selbst- und fremdschädigende Verhaltensweisen realisiert.
3. Jetzt hängt es von den externen und internen Verstärkungsbedingungen ab, ob sich das selbstverletzende Verhalten verfestigt und wiederkehrend eingesetzt wird. Wenn das selbstverletzende Verhalten positiv oder negativ verstärkt wird (z. B. Zuwendung der Bezugspersonen, Erlassen von Anforderungen, Beendigung unangenehmer Situationen) wird sein Auftreten gefördert und sein instrumenteller Charakter verstärkt.

Dieses Modell integriert nicht nur die vorliegenden Forschungsergebnisse, sondern eignet sich auch zur Begründung und Ableitung von therapeutischen Interventionen. Diese können die (kommunikative) Kompetenzen des Patienten verbessern (z. B. Signalwörter einführen), kritische Situationen verändern (z. B. Aufgabenschwierigkeit reduzieren) und die operanten Konsequenzen auf das selbstverletzende Verhalten modifizieren (z. B. Entzug negativer Verstärker) sowie inkompatible Reaktionen verstärken (z. B. angemessenes Spielverhalten wird systematisch verstärkt, um die Aggression gegen andere Kinder zu verhindern). Den bisher vorliegenden, zumeist einzelfallstatistischen Studien zufolge empfiehlt sich eine multimodale Behandlung: Konsequente Veränderung der Verstärkungsbedingungen, indem positive Verstärker (z. B. soziale Zuwendung auf das selbstverletzende Verhalten hin) und negative Verstärker (z. B. Erlass einer Anforderung) entzogen werden und das selbstverletzende Verhalten ohne explizite soziale Verstärkung unterbrochen wird. Ergänzend werden die kritischen Situationen verändert und geeignete Hilfen zur Bewältigung anstehender Aufgaben oder allmähliche Heranführungen an die kritische Situation eingeführt (z. B. Absenkung von Aufgabenschwierigkeit, Unterstützung der Aufgabenbewältigung, Verstärkung von Annäherungsverhalten). Letztlich werden die Fähigkeiten des Patienten verbessert, was vor allem durch die differentielle Verstärkung von inkompatiblen Reaktionen (z. B. angemessenes Spielverhalten wird systematisch verstärkt, um die Aggression gegen andere Kinder zu verhindern) aber auch durch ein funktionales Äquivalenztraining (die Patienten lernen, durch Signale oder kurze Sätze Hilfe anzufordern, um Überforderung zu vermeiden) geschehen kann. Diese Interventionen sind in der Regel wirksam, was in einer Reihe von Einzelfallstudien belegt wird (vgl. Kern et al. 1995; Sternberg et al. 1994; Sprague u. Horner 1992; Egan et al. 1993). Diese Interventionen sind in der Regel wirksam, was sich auch in einer Metaanalyse von Schlösser und Goetze (1991) mit insgesamt 74 Einzelfallstudien bestätigt. Ein Viertel der Interventionen wird dabei als hochwirksam beurteilt, darunter vor allem Interventionen, die auf differentieller Verstärkung und Verhaltensunterbrechung beruhen. Allerdings fehlt es bei vielen Studien an der Überprüfung stabiler Behandlungserfolge.

Die vorliegende Arbeit ist als Einzelfallstudie (Multiplier-Grundraten-Versuchsplan mit Replikation über Verhaltensweisen) konzipiert. Darin wird die Wirksamkeit und Langzeitwirkung einer verhaltenstherapeutischen Intervention, die sich an

Lehrer als Mediatoren wendet und die Verstärkungsbedingungen verändert, die kritischen Situationen umgestaltet (Interventionsebenen 1 und 2) sowie die Generalisierung des Behandlungserfolges auf unterschiedliche Verhaltensweisen überprüft.

2 Methode/Intervention

2.1 Das Kind

Die Intervention wendet sich an Tim, einen 10-jährigen geistig behinderten Jungen. Zur Zeit der Untersuchung besucht er die Unterstufe einer Schule für Geistigbehinderte. Bei Aufnahme wurde ihm ein IQ von 76 (Kramer-Test, Revision 1972) zugeschrieben sowie Verhaltensstörungen, stereotype Verhaltensweisen, geringe Konzentrationsfähigkeit, geringe Lernbereitschaft und Defizite im sozialen Bereich festgestellt. Nach der Aussagen der beiden Lehrerinnen ist der Junge durchaus leistungsfähig (z.B. kann lesen, schnell Lieder behalten und nachsingen, schwierige Fingerspiele nachvollziehen, gut malen, recht geschickt basteln, versteht gesprochene Sprache, spricht flüssig). Hingegen gilt sein Umgang mit Mitschülern als problematisch (z.B. will allein sein, meidet Partner- und Gruppenarbeit). Ferner interessiert er sich nur für wenige Dinge (z.B. Spinnen, Blitze, Stromkabel, Federn).

Entwicklungsgeschichte des Kindes: Der Junge wurde im April 1989 als zweiter Zwilling per Kaiserschnitt geboren. Seine körperliche Entwicklung verlief unauffällig und dem Entwicklungsalter angemessen. Im Alter von zwei Jahren, wurde eine mentale Retardierung mit einem erheblichen geistigen Entwicklungsrückstand, motorischen Entwicklungsverzögerungen, exzessiver Bewegungsunruhe und extrem geringer Konzentrationsfähigkeit festgestellt. Ferner zeigten sich deutliche Verhaltensauffälligkeiten (z.B. wollte ständig allein sein, war kaum für eine Beschäftigung zu begeistern). Gleichzeitig wurde auch eine Hörbeeinträchtigung („Schalleitungsstörung“) festgestellt. Von 1991 an wurde der Junge von einer heilpädagogischen Frühförderstelle betreut und mit drei Jahren in einen heilpädagogischen Kindergarten eingewiesen. 1995 wurde er in eine Schule für geistig Behinderte eingeschult.

2.2 Das Problemverhalten

Die beiden unterrichtenden Lehrerinnen berichten „anfallartige“ Wutausbrüche des Kindes, bei denen er sich sowohl selbst Verletzungen zufüge als auch andere entweder verbal oder körperlich attackiere. Dabei schreie er laut, fluche und schimpfe unflätig (z.B. „Sau“, „Kuh“, „Arsch“, „Ficker“). Er sei dann kaum mehr zu beruhigen. Im Verlauf eines solchen „Anfalls“ verletze sich auch selbst (z.B. sich mit den Fäusten oder den flachen Händen gegen den Kopf schlagen, sich an den Haaren ziehen). Vielfach ende ein solcher „Anfall“ in Fremdaggression (z.B. andere Kinder kratzen, kneifen und schubsen), manchmal aber auch in Aggression gegen Sachen (z.B. mit Gegenständen um sich werfen). Diese Verhaltensweisen treten nahezu täglich aber in unterschiedlichen Schweregraden auf. Sie dauerten etwa zwischen 2 und 20 Minuten.

Die Mutter beobachtet die gleichen Verhaltensprobleme, wenn sie den Jungen beispielsweise zum Zähneputzen oder Aufräumen bringen möchte oder sie ihm Verbote auferlegt (z.B. nicht länger fernsehen, keine Cornflakes zum Frühstück).

Funktionale Analyse zum Problemverhalten: Das Problemverhalten wurde in verhaltensanalytischen Gesprächen, Interaktionsbeobachtungen und anhand von Videoaufzeichnungen abgeklärt. Danach ergibt sich folgendes Bild:

Problemverhalten: Die Videoanalysen zeigen, dass der Junge keine direkt selbstverletzenden Verhaltensweisen an den Tag legt. Vielmehr erweckt sein Verhalten nur den Eindruck, dass er sich selbst schlägt. So führt er die Fäuste zwar zum Kopf, verzögert aber den Schlag oder lässt die Fäuste knapp an den Schläfen vorbeigleiten. Stattdessen wird ein unkontrolliertes, oppositionelles Trotzverhalten ersichtlich. Der Junge flucht und schimpft, wenn ihm Anforderungen abverlangt werden (z.B. Zähne putzen, Spielsachen wegräumen, Arbeitsmaterialien zurückräumen, angemessenes Essverhalten). Unter ständigem Schimpfen und Fluchen folgt er zwar den Aufforderungen, erledigt diese aber nur halbherzig und unterbricht die Ausführung ständig. Wenn die Lehrerin oder die Mutter dennoch auf der Befolgung der Anforderung bestehen, kommt es zu weiteren Eskalationen: stärkeren Protesten (z.B.: „Ich esse das nicht.“), Drohungen (z.B.: „Ich bin nicht mehr dein Freund.“), Beschimpfen der Lehrerinnen (z.B.: „Alte Sau.“) und „abtauchen“ (z.B. Kopf unter dem Pullover stecken, unter den Tisch kriechen). Bei Zurechtweisungen eskaliert das Verhalten weiter (eskalierende Beschimpfungen der Lehrerinnen, langangezogenes Jammern, vermeintliche Selbstaggressionen).

Daneben werden häufige Aggressionen gegenüber den Mitschülern und dem Zwillingsbruder beobachtet (z.B. beschimpft seine Mitschüler, entwendet in provozierender Weise Gegenstände, wirft mit Essensresten). Zurechtweisungen durch die Lehrerinnen führen zu den oben geschilderten Problemeskalationen. Aufgrund der Verhaltensanalyse stellen sich folgende Verhaltensweisen als problematisch dar: 1. schimpfen, fluchen; 2. abtauchen (Kopf unter den Pullover stecken, unter den Tisch kriechen); 3. sich mit der Faust auf die flache Hand schlagen; 4. sich diffus mit den Händen (meist den Fäusten) zum Kopf schlagen; 5. Aggression gegen andere und gegen Sachen.

Situative und interaktionelle Bedingungen: Das Problemverhalten tritt hauptsächlich beim gemeinsamen Essen (Schulfrühstück) und bei Anweisungen (z.B. Spielsachen wegräumen) auf. Dabei ist eine typische Interaktionsabfolge zwischen Lehrerin und Tim zu beobachten: Tim erhält zunächst eine verbale Anweisung der Lehrerin (z.B.: „Iss ordentlich!“, „Räum’ deine Sachen weg!“). Er kritisiert die Aufgabenstellung, widerspricht, schimpft und flucht darüber und lehnt die Ausführung ab. Dennoch beginnt er mit der Ausführung, wobei er ständig schimpft und flucht und die Tätigkeit immer öfter unterbricht. Auf Zurechtweisungen der Lehrerin reagiert er mit eskalierendem Problemverhalten.

Verhaltenskonsequenzen: Wutausbrüche, Abtauchen und scheinbar selbstverletzendes Verhalten führen bei den beiden Lehrerinnen und der Mutter zu Zuwendung. Die Lehrerinnen schenken dem Jungen erhöhte Aufmerksamkeit, reden beruhigend auf ihn ein, erklären ihr eigenes Verhalten, begründen ihre Aufträge, diskutieren mit ihm („So sind die Regeln nun mal, auch du musst dich daran halten“), stehen auf,

kommen auf ihn zu, ziehen ihn vom Boden hoch, legen ihm beruhigend die Hand auf den Arm. In aller Regel hört das Problemverhalten des Kindes dann auf oder verringert sich. Schließlich wird ihm in den meisten Fällen die Aufgabe erlassen, so dass er einer favorisierten Beschäftigung nachgehen kann. Der Junge erhält jedoch keine positive Verstärkung, wenn er beispielsweise einer Aufforderung nachkommt.

Zur Entwicklung des Problemverhaltens: Erste Anzeichen für das hier beschriebene Problemverhalten sind aus dem Kindergarten (1992-1995) bekannt. Es wird berichtet, dass er sich selbst schlug, wenn er wütend war, und bis zu eineinhalb Stunden lang schrie, wenn er seinen Willen nicht bekam. In der Schule ergaben sich zunächst anfängliche Schwierigkeiten, die sich im Laufe seiner Schulzeit deutlich verstärkten.

An *organismisch-biologische Bedingungen* kann lediglich eruiert werden, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung (Erkältung) die Wahrscheinlichkeit zum Problemverhalten erhöht. Ferner liegt die These nahe, dass Tim unbeliebte und nicht gekonnte Tätigkeiten durch sein Problemverhalten vermeidet. Sein Verhalten wurde sicher auch durch die früher festgestellte mangelnde Hörfähigkeit mit bedingt.

Verstärker beim Kind: Die Beobachtungen zeigen, dass der Junge sich sehr an den beiden Lehrerinnen orientiert. Er hält häufigen Blickkontakt zu ihnen und beobachtet sorgfältig ihre Reaktionen. Er spricht auf soziale Verstärkung (Zuwendung, Aufmerksamkeit, Lob) an.

2.3 Die Intervention

Die Intervention orientiert sich am Konzept der oppositionellen Verhaltensstörungen, die als Muster von wiederkehrenden, negativistischen, trotzigem, ungehorsamen und feindseligen Verhaltensweisen gegenüber Autoritätspersonen definiert sind. Sie äußern sich unter anderem darin, dass sich das Kind sehr häufig mit Erwachsenen streitet und sich aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen widersetzt. Dementsprechend soll in erster Linie die Verhaltenssteuerung der beiden Lehrerinnen sowie der Mutter verbessert werden. Sie sollen wirksamere Anweisungen geben, konsequenter auf die Einhaltung von Anforderungen und Regeln achten und angemessenes Verhalten direkter sowie häufiger verstärken (vgl. Döpfner et al. 1998; Lovaas u. Smith 1994, S. 256). Dementsprechend wurden mit den beiden Lehrerinnen und der Mutter folgende Interventionsmaßnahmen durchgeführt:

- *Definition der Verhaltensprobleme und Bestimmung von positiven Interventionszielen:* Den Lehrerinnen sowie der Mutter wurden die Ergebnisse der funktionalen Verhaltensanalyse erläutert. Die mangelnde Regelbefolgung wurde anhand der Ergebnisse der Problemanalyse als das eigentliche Problemverhalten herausgestellt und erläutert, wie dieses Verhalten aktuell verstärkt und aufrechterhalten wird. Hierzu werden beispielhafte Videoaufzeichnungen gezeigt. Als *positive Interventionsziele* wird definiert, dass die Bezugspersonen in die Lage versetzt werden sollen, den Jungen wirksam anzuleiten. Er soll berechnete Anweisungen ohne Störungen ausführen (z. B. Zähne ohne Unterbrechung putzen, Spielsachen und Arbeitsmaterialien ohne Murren und Unterbrechungen wegräumen), störungsfreier mit den Mitschülern frühstücken, in der Gruppe mit

den Mitschülern zusammenarbeiten und seinen Unmut durch Ansprache der Lehrerin äußern.

- *Angemessene Aufforderungen stellen:* Der Mutter und den Lehrerinnen wird vermittelt, wie sie angemessen Anweisungen geben können: Blickkontakt zum Kind herstellen, ablenkungsfreie Situationen schaffen, die Aufforderung in neutralem Ton und ohne unterschweligen Vorwurf stellen, nur eine Aufforderung geben, nur wichtige und ernst gemeinte Anweisungen geben, nur solche Anweisungen geben, deren Einhaltung auch wirklich überprüft wird. Bei Ausführungsschwierigkeiten sollten sie hingegen wie folgt vorgehen: „Wenn Tim ihrer Anweisung nicht gleich folgt, dann wiederholen Sie, was sie von ihm wollen. Wiederholen Sie Ihre Anweisung in ruhigem und bestimmtem Ton erneut (z. B.: ‚Bitte räume deine Spielsachen weg.‘), weisen Sie kurz auf die natürlichen Folgen der Nichtbefolgung hin (z. B.: ‚Wenn du nicht wegräumst, können wir nicht mit ganzen Klasse zusammen spielen.‘)“.
- *Das Zielverhalten positiv verstärken:* Bei Befolgung der Aufforderungen wurde der Junge verhaltensnah sozial verstärkt (z. B. kurzes Nicken, „gut“, Blickkontakt). Darüber hinaus wurde die Regelbefolgung mittels eines Tokensystems am Ende jedes Schultages belohnt. Hierbei wurde folgendes Vorgehen realisiert: Die Lehrerin bzw. die Mutter gehen mit ihm den Tagesverlauf durch, der Junge nennt Situationen, in den er sich nach seiner Einschätzung angemessen verhalten hat, diese Situationen werden im Detail besprochen (Wie gut wurden die Anforderungen umgesetzt? Wie sehr wurden die Regeln beachtet?). Nach Maßgabe dieser Rückmeldung erhält der Junge lachende bzw. weinende Gesichter (smilies), die auf ein vorgegebenes Raster eingetragen werden.
- *Bestrafung von mangelnder Regelbefolgung und auffälligem Problemverhalten* anhand von natürlichen Verhaltensfolgen (overcorrection, s. Tab. 1). Hierzu wurde eine Liste von natürlichen Verhaltensfolgen im Sinne von Überkorrektur erstellt. Jedes Mal, wenn der Junge einer Anweisung nicht angemessen nachkommt, wurde von der Mutter und den Lehrerinnen die Anweisung unter Hinweis auf die negativen Folgen der Nichtbefolgung wiederholt (z. B.: „Wenn du die Bastelecke nicht aufräumst, kannst du heute nicht mehr an deinem Flugzeug weiterbasteln.“). Falls der Junge trotz dieses Hinweises der Anweisung auch jetzt nicht folgen wollte, wurde er auf die Ausführung des Verhaltens hingeführt (z. B. ihn an der Hand zur Bastelecke führen). Falls auch jetzt das Verhalten nicht ausgeführt wurde oder es sogar zu weiterem Problemverhalten kam (z. B. heftige Wutausbrüche) wurde die angekündigte Konsequenz ausgeführt (z. B. Bastelsachen wegschließen).
- *Ergänzende Beratung der Mutter:* Darüber hinaus wurden gemeinsam mit der Mutter die allgemeinen Lebensbedingungen dahingehend verändert, dass einer konsistenteren Erziehungslinie gefolgt wurde, die Aufsicht (Kontrolle) über das Kind verbessert und die Aufmerksamkeit für angemessene Verhaltensansätze erhöht wurde.

Diese Interventionsmaßnahmen wurden gleichzeitig eingeführt. Die Intervention fand im Mediatorenkonzept statt. In regelmäßigen Sitzungen einmal pro Woche wurde die Einhaltung der Interventionsmaßnahmen mit den Lehrerinnen bespro-

chen. Mit der Mutter wurde einmal in der Woche ein Telefongespräch über die Durchführung und Wirkung der vereinbarten Maßnahmen geführt.

Tab. 1: Maßnahmen im Rahmen der Überkorrektur
(missachtete Regeln und zugehörige negative Konsequenz)

	Häufig missachtete Regel	Natürliche negative Konsequenz („overcorrection“)
In der Familie	Tim putzt seine Zähne nicht	... muss einmal mehr am Tag seine Zähne putzen
	Tim räumt seine Spielsachen nicht auf	... darf abends nicht Play-Station spielen
	Tim streitet mit seinem Zwillingbruder	... muss etwas Nettes zu ihm sagen
In der Schule	Tim räumt seine Arbeits- oder Spielmaterialien nicht zurück an den vorgesehenen Platz	... Bastelarbeiten werden weggeschlossen und er darf an diesem Tag nicht weiter daran arbeiten
	Tim tritt einen seiner Mitschüler unter dem Tisch	... muss sich entschuldigen, sein Tisch wird von der Gruppenformation weggerückt
	Tim wirft Essensreste von seinem Tisch auf einen anderen Tisch	... muss den Tisch des Mitschülers abwischen und dessen Besteck etc. abräumen
	Tim beschimpft Lehrerin/Mitschüler	... muss später etwas nettes zu ihm/ihr sagen

2.4 Datenerhebung

Die Daten wurden an insgesamt 80 Unterrichtstagen mittels event sampling erhoben. Die Lehrerinnen registrierten das Auftreten von insgesamt vier kritischen Verhaltenskategorien während des Unterrichtes bzw. im Klassenraum:

- oppositionelles Verhalten (Quengeln, Schimpfen bzw. Fluchen);
- selbstverletzendes Verhalten (sich selbst beschimpfen, sich selbst „Schmerzen“ zufügen, sich selbst schlagen);
- fremdaggressives Verhalten (mit Gegenständen werfen, Gegenstände zerstören, Mitschülern ärgern, Mitschüler beschimpfen, Mitschüler verletzen);
- abtauchen (Kopf unter Pullover stecken bzw. unter Tisch oder Bank kriechen).

Diese Verhaltensweisen wurden sofort nach ihrem Auftreten von der anwesenden Lehrerin in eine Registrierliste eingetragen.

In der Datenerhebung wurden folgende Phasen unterschieden:

1. *Erhebung der Grundrate (baseline)* über vier Wochen (20 Messungen),
2. Erhebungen während der Intervention über vier Wochen (20 Messungen),
3. Wirksamkeitsuntersuchung nach *sechs Wochen* (20 Messungen),
4. Nachuntersuchung *10 Monate nach Beendigung* der Intervention über wiederum vier Wochen (20 Messungen). Die Mutter wurde anhand eines Fragebogens zum Auftreten von oppositionell-aggressivem Verhalten befragt (Fragebogen in Anlehnung an Diagnose-Checkliste für Störungen des Sozialverhaltens für ICD-10-Diagnosen, DCL-SSV; Döpfner u. Lehmkuhl 1998).

3 Ergebnisse

In der Grundrate erweist sich das Problemverhalten in allen vier Beobachtungskategorien als eher instabil und variabel. Offensichtlich ist das Problemverhalten in größerem Maße von situativen Umständen (beispielsweise der anwesenden Lehrerin, Verlauf des Tages, anstehende Anforderungen) abhängig. Die Inspektion der Grundraten zeigt aber auch, dass die gezielte Verhaltensregistrierung das Problemverhalten nicht verringert.

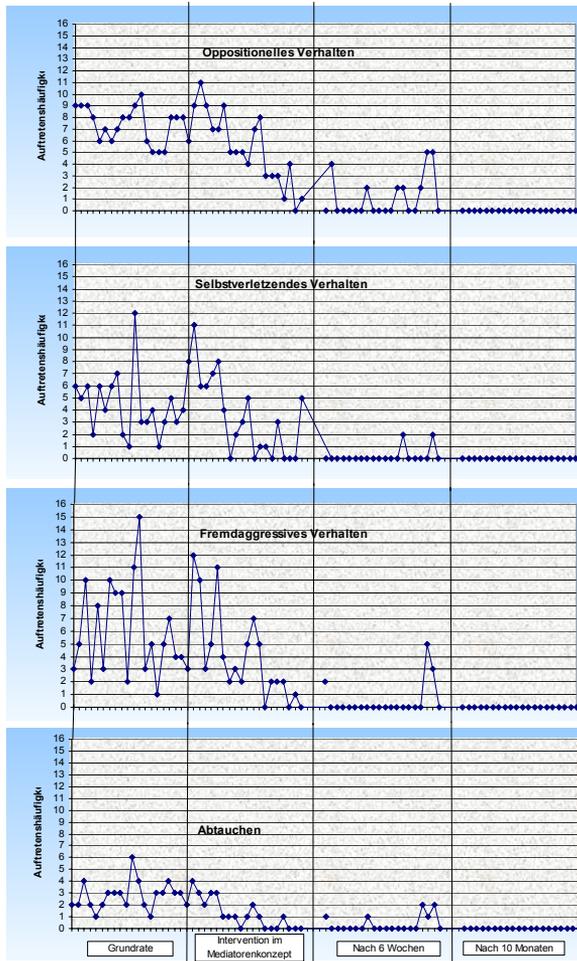


Abb. 1: Verlauf des selbstverletzend-destruktiven Verhaltens bei einem Schüler (10 Jahre) der Schule für geistig Behinderte (Multipler Grundraten-Versuchsplan über Verhaltensweisen). „Oppositionelles Trotzverhalten“ (quengeln, schimpfen, fluchen), „Selbstverletzendes Verhalten“ (sich selbst beschimpfen, sich Schmerzen zufügen, sich schlagen), „Fremdaggressives Verhalten“ (Gegenstände werfen oder zerstören; Mitschüler ärgern, beschimpfen oder verletzen) und „Abtauchen“ (Pullover über den Kopf ziehen, unter Bank oder Tisch kriechen)

Erst mit Einsetzen der Intervention verringert sich das Problemverhalten stetig nachdem zunächst in drei der vier abhängigen Variablen (oppositionelles Verhalten, selbstverletzendes Verhalten, fremdaggressives Verhalten, vgl. Abb. 1) ein Anstieg der Verhaltensauffälligkeiten festzustellen ist. So erhöht sich zu Beginn der Intervention das Ausmaß des oppositionelles Verhaltens (Unterrichtstage 21, 22 und 23) und des fremdaggressiven Verhaltens (Unterrichtstage 21, 22) sowie teilweise auch das selbstverletzende Verhalten. Allerdings reduziert sich das Problemverhalten während der Interventionsphase nur mäßig. Die entsprechenden Effektstärken sind denn auch nur als „mittel“ bis „gering“ zu klassifizieren. In allen abhängigen Variablen werden gegen Ende der Interventionsphase bereits Nullraten beobachtet, ohne dass das Problemverhalten aber bereits stabil und überdauernd verschwunden wäre.

Erst mit gehäufter und gezielter Umsetzung der Verhaltensmaßnahmen durch die beiden Lehrerinnen reduziert sich das Problemverhalten deutlich. Die entsprechenden Effektstärken sind denn auch durchgängig „hoch“ (vgl. Tab. 2). Hier wird auch eine überdauernde Problemfreiheit im Sinne des definierten Problemverhaltens beobachtet. Tim zeigt über mehrere Tage hinweg kein selbstverletzendes, fremdaggressives Verhalten sowie kein „Abtauchen“ mehr (s. Abb. 1). Hingegen erweist sich das oppositionelle Verhalten als resistenter und kann durch die Intervention zunächst nicht so zuverlässig verändert werden. Vielmehr wird in insgesamt sieben Tagen noch beobachtet, dass der Junge quengelt oder die Lehrerinnen beschimpft.

Tab. 2: Prozentsatz nichtüberlappender Daten
(Verhältnis der Grundrate zur Interventionsphase, zur Wirksamkeit nach 6 Wochen und zur Nacherhebung; Klassifikation der Effektstärke nach Kern, 1997)

	Oppositionelles Trotzverhalten	Selbstverletzen- des Verhalten	Fremdaggressives Verhalten	Abtauchen
Intervention im Mediatorenkonzept	50 Prozent (mittel)	35 Prozent (mittel)	15 Prozent (klein)	35 Prozent (mittel)
Wirksamkeit nach 6 Wochen	100 Prozent (groß)	90 Prozent (groß)	90 Prozent (groß)	80 Prozent (groß)
Nacherhebung nach 10 Monaten	100 Prozent (groß)	100 Prozent (groß)	100 Prozent (groß)	100 Prozent (groß)

Die Nachuntersuchung nach 10 Monaten zeichnet sich durch eine durchgängige Problemfreiheit aus. Hier werden keine problematischen Verhaltensweisen mehr beobachtet (in der Zwischenzeit war der Junge in eine andere Klasse (von Unterstufe in Mittelstufe) versetzt worden). Die Nachbefragung der Mutter zu diesem Zeitpunkt ergibt, dass die Kriterien für die Diagnose „oppositionelles Trotzverhalten“ nicht mehr vorliegen. Vielmehr hält sich der Junge angemessen an Regeln, streitet nicht mehr in kritischer Weise mit den Erwachsenen um die Ausführung von Anforderungen, schiebt eigene Fehler nicht mehr in auffälliger Weise anderen zu und hat negative soziale Umgangsformen (Boshaftigkeit, Rachsucht) vollständig

abgelegt. Allerdings konstatiert die Mutter eine nach wie vor bestehende Tendenz des Jungen zur Stimmungslabilität und Reizbarkeit (z.B. bei Provokationen durch Geschwister).

4 Diskussion

Der Untersuchungsansatz überprüft eine Generalisierung der Behandlung über verschiedene Verhaltensweisen (Kern 1997). Tim zeigte zu Beginn der Behandlung multiple Verhaltensprobleme, die sowohl oppositionelles Trotzverhalten als auch selbstverletzendes und fremdaggressives Verhalten sowie „Abtauchen“ umfassten. Eine Behandlung, die vor allem auf verbesserte Anweisungen und eine konsequentere Verstärkung des angemessenen Verhaltens bestand, reduzierte die verschiedenen Verhaltensprobleme gleichermaßen. Demnach generalisiert der Behandlungserfolg über die verschiedenen Verhaltensprobleme, ohne dass einzelne Verhaltensprobleme (z.B. selbstverletzendes Verhalten, Fremdaggression) gezielt angegangen zu werden brauchten. Ganz offensichtlich lag den verschiedenen Verhaltensproblemen also gleiche Funktionalität zugrunde, die in dem gewählten Behandlungsansatz angemessen berücksichtigt worden ist. Zur Generalisierung des Behandlungserfolgs über die verschiedenen Verhaltensprobleme hinweg trägt jedoch auch das vergleichsweise hohe Begabungsniveau des Jungen bei, was nach den vorliegenden Befunden Generalisierung und Stabilität von Behandlungserfolgen begünstigt (vgl. Schlösser u. Götze 1991). Ferner ist aus neueren Metaanalysen bekannt, dass die Generalisierung und Stabilität des Behandlungseffekts auch vom Ausmaß der Einbeziehung der Einrichtung selbst (intervention intrusiveness; Swagart 1998) abhängt – eine Bedingung, die in der vorliegenden Untersuchung im Rahmen des Mediatorenkonzepts insbesondere realisiert wurde. Die Intervention erweist sich in der Nacherhebung nach 10 Monaten als sehr wirksam. In allen vier Problembereichen wurde eine stabile Symptomfreiheit erreicht.

Der Interventionserfolg stellt sich nur zögerlich ein. In der ersten Interventionsphase, in der die beiden Lehrerinnen direkt supervidiert und beraten wurden, reduziert sich das Problemverhalten zwar kontinuierlich, jedoch nicht nachdrücklich. Dies liegt vor allem daran, dass es den Lehrerinnen und der Mutter nicht immer leicht fiel, die Behandlungsmaßnahmen auch konsequent umzusetzen. Insbesondere das angemessene Stellen von Anforderungen, die Überwachung der erteilten Aufträge und die Durchführung von natürlichen negativen Konsequenzen (overcorrection) stieß auf Schwierigkeiten – nicht zuletzt auch deshalb, weil der Junge auch vermehrtes oppositionelles Trotzverhalten an den Tag legte (z.B. fluchen, schimpfen, sich auf den Boden werfen, Fäuste ballen; „extinction-burst-Effekt“). Die Lehrerinnen sahen sich teilweise nicht in der Lage, konsequent genug zu handeln, teilweise tendierten sie stattdessen erneut zu pädagogisierenden Maßnahmen. Erst mit der Registrierung der Behandlungserfolge veränderte sich diese Haltung allmählich, so dass die Behandlungsmaßnahmen zunehmend konsequenter und angemessener umgesetzt wurden. Dieser Sachverhalt verweist darauf, wie ungewohnt die hier durchgeführten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen für das pädagogi-

sche Fachpersonal sind. Ein Ergebnis, das sich auch in der Untersuchung von Dederich et al. (1999) bestätigt.

Das Problemverhalten reduziert sich nach sechswöchiger Behandlung um 80 bis 100 Prozent. Zum Teil wird kein Problemverhalten mehr registriert. Allerdings wird eine stabile und durchgängige Problemfreiheit erst in der Nachuntersuchung nach 10 Monaten erreicht. Dieser Effekt wird durch die zwischenzeitliche Versetzung des Jungen in die Mittelstufe der Geistigbehinderten-Schule begünstigt, die offensichtlich als entwicklungsfördernd zu werten ist. Offensichtlich war der günstige Behandlungsverlauf die Voraussetzung für die Versetzung; die Versetzung selbst stabilisierte sodann den bisherigen Behandlungserfolg. So berichten die beiden Lehrerinnen denn auch, dass Tim im Verlauf der Intervention ausgeglichener wurde, es weniger Streit mit den Mitschülern gab, der Junge leichter „zu führen“ war (z. B. reichte oftmals ein Blick, um den Jungen zu einem angemessenen Verhalten zu bewegen) und sich die gesamte Klassensituation entspannte.

In diesem Zusammenhang ergeben sich auch Diskussionspunkte, die die Einschulung und Betreuung des Kindes betreffen. Die bei Tim festgestellte Entwicklungsverzögerung dürfte ganz maßgeblich durch die Hörbeeinträchtigungen mitbedingt sein. Insofern ist seine Einschulung an eine Schule für geistig Behinderte keineswegs zwingend und seine Förderung an dieser Schule nicht überzeugend. Letztlich wurden seine Verhaltensschwierigkeiten recht systematisch verkannt und in ungeeigneter Weise behandelt. Qualitätssichernde Maßnahmen bezüglich der Einschulung der Kinder an eine Schule für geistig Behinderte und ihre Betreuung insbesondere bei Verhaltensschwierigkeiten erscheinen in weitreichendem Umfang notwendig.

Literatur

- Borthwick-Duffy, S.A. (1994): Prevalence of destructive behaviors: A study of aggression, self-injury, and property destruction. In: Thompson, T.; Gray, D.B. (Hg.): *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, S. 3-24.
- Dederich, M.; Allar, D.; Fabig, E. (1999): Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in Krisensituationen. Eine empirische Studie zum Bedarf psychotherapeutischer Angebote in der Region Köln. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 10: 476-485.
- Döpfner, M.; Schürmann, S.; Frölich, J. (1998): *Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*, 2. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (1998): *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV (DISYPS-KJ)*. Bern: Huber.
- Egan, P.J.; Zlomke, L. C.; Bush, B.R. (1993): Utilizing functional assessment, behavioural consultation and videotape review of treatment to reduce aggression: A case study. *Special Services in the Schools* 7: 27-37.
- Kern, H. (1997): *Einzelfallforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kern, L.K.; Mauk, J.E.; Marder, T.J.; Mace, F.C. (1995): Functional analysis and intervention for breath holding. *Journal of Applied Behavior Analysis* 28: 339-340.
- Lovaas, I.O.; Smith, T. (1994): Intensive and long-term treatments for clients with destructive behaviors. In: Thompson, T.; Gray, D.B. (Hg.): *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, S. 243-260.

- Meins, W. (1994): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Prävalenz und psychische Besonderheiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 42: 274-285.
- Rojahn, J. (1994): Epidemiology and topographic taxonomy of self-injurious behavior. In Thompson, T.; Gray, D.B. (Hg.): *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, S. 49-67.
- Schlösser, R. W.; Goetze, H. (1991): Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung: Eine Meta-Analyse von Einzelfalluntersuchungen zur Effektivität von Interventionen. *Sonderpädagogik* 21: 138-154.
- Sprague, J.F.; Horner, R.H. (1992): Covariation within functional response classes: Implications for treatment of severe problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis* 25: 735-745.
- Sternberg, L.; Taylor, R.L.; Babkie, A. (1994): Correlates of interventions with self-injurious behavior. *Journal of Intellectual Disability Research* 38: 475-485.
- Swaggart, B.L. (1998): Factors that contribute to the type and the effectiveness of intervention designed to reduce the occurrence of self injurious behavior in school-aged children and adults with developmental disabilities: A meta analysis of single research. *Dissertation Abstract* 58 (11-A): 42-43.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Gerhard W. Lauth, Psychologie und Psychotherapie, Heilpädagogische Fakultät, Klosterstraße 79B, 50931 Köln.