

Liebeck, Heinz

Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom - Eine methodenkritische Studie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 8, S. 289-292

urn:nbn:de:bsz-psydok-35065

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

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKEL, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./v. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogic, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationsschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STRECK-FISCHER, A.: Grenzgänger - Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M. R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STRECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe - Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens - Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue - Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTER, M./GÜNTER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eißstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangsphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H. P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie - Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ..	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind - Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child - Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E. L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse - Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIEGENBAUM, W./BRENDELMANN, J. C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H. B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMANN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulietherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PEALZ E.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R. A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome.	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W. T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240	Editorial 2, 248	
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Ehrungen 346	
ROHMANN, U. H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Nachruf 189	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
ROTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom

Eine methodenkritische Studie

Von Heinz Liebeck

Zusammenfassung

Ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der Literatur zeigt, daß wir keine Berichte über erfolgreiche verhaltenstherapeutische Methoden für die Therapie von geistig behinderten Kindern mit Phobien haben. Diese Studie schlägt einen neuen Weg der Verhaltenstherapie bei einer Hundephobie eines 17jährigen Jugendlichen mit Down-Syndrom unter Anwendung einer besonderen Form der Reizkonfrontation unter Berücksichtigung des Premack-Prinzips vor. Probleme der Desensibilisierung und andere besondere Effekte bei der Therapie dieser Patienten werden diskutiert.

1 Einleitung

Eine Durchsicht – auch neuerer – Darstellungen über psychotherapeutische Methoden bei Phobien zeigt, daß bei allen Bemühungen und Ausdifferenzierungen kaum evaluierte Methoden und Konzepte für die Psychotherapie derartiger Störungen bei Geistigbehinderten vorliegen. Der gegenwärtige Forschungsstand ist hier noch geringer als bei der Therapie älterer Menschen, die in den

neueren Psychotherapiediskussionen gerade seit zehn Jahren *entdeckt* werden (z. B. KOCKOTT 1984). Zwar gibt es umfangreiche Darstellungen zur Rehabilitation und Versorgung, nicht aber zur Psychotherapie Geistigbehinderter mit klassischen phobischen Störungen. Obwohl das Vorliegen psychischer Störungen (darunter Angstneurosen oder Konversionssymptomatiken) bei Patienten mit Down-Syndrom ausführlich bereits bei MENOLASCINO (1970) beschrieben wurde, konnten noch keine angemessenen Psychotherapievorschläge gemacht werden. Auch neueste zusammenfassende Darstellungen zum Krankheitsbild des Down-Syndroms (WEBER/RETT 1991) berücksichtigen diese Problematik in keiner Weise. Unsere Arbeit soll einen (fast) ersten Beitrag zum Ausfüllen dieser offenbaren Lücke leisten.

2 Darstellung der Problematik

Bei dem Patienten, über den wir hier berichten wollen, handelt es sich um einen 17jährigen mongoloiden Jugendlichen mit einer intensiven Hundephobie. Er besucht seit seiner frühen Kindheit eine Einrichtung für die Betreuung Geistigbehinderter. In seinem Verhalten kann

er als (wenn man das überhaupt so einschätzen kann) typisch für einen Jugendlichen mit Down-Syndrom bezeichnet werden. Die Sprachmöglichkeiten können – bezogen auf das Krankheitsbild – als relativ klar und differenziert charakterisiert werden. Von seiner Familie wird er (einziges Kind) überprotektioniert, wobei sich inzwischen die berechtigten Sorgen der Eltern (beide bereits um 60 Jahre alt) häufen. Der Jugendliche wurde uns auf Empfehlung der Behinderteneinrichtung wegen seiner extremen Phobie vor Hunden, die nach Aussage der Eltern seit frühester Kindheit bestand, überwiesen. Identifizierbare auslösende Situationen konnten von den Eltern nicht berichtet werden. Zum Ausmaß der Phobie sei nur erwähnt, daß der Jugendliche vor Therapiebeginn versuchte, Begegnungen mit Hunden fluchtartig zu vermeiden, dabei auch nicht davor zurückschreckte, an seinen Eltern oder seiner 80jährigen Großmutter hochzuspringen, wenn er keine anderen Auswege sah, oftmals mit recht naheliegenden, aber unglücklichen Folgen. In jüngerer Zeit wurde die Phobie möglicherweise durch Sozialpartner in der Behinderteneinrichtung verstärkt, z. B. dadurch, daß er „scherzhaft“ mit Reden über die Gefährlichkeit von Hunden und durch direkte Konfrontationen verängstigt oder aufgezogen wurde.

3 Klassische Therapieansätze der Verhaltenstherapie – Therapeutische Vorüberlegungen

Differenzierte Therapievorstellungen gibt es für spezifische Phobien vor allem unter den verhaltenstherapeutischen Methoden. Gegenwärtig werden besonders die In-Vivo-Reizkonfrontationsmethoden favorisiert (zusammenfassend z. B. REINECKER 1990). Da diese Methoden als allgemein bekannt angesehen werden können, sollen sie nur kurz angerissen werden. Das Prinzip einer In-Vivo-Reizkonfrontation besteht darin, daß der Patient für die Dauer eines vorher definierten Zeitraumes, in einer zuvor klar definierten Situation, mit dem phobischen Objekt oder der phobischen Situation konfrontiert wird. Für die definierte Dauer und Situation wird ein Ausweichen oder ein Abbrechen verhindert, der Patient muß sich intensiv mit seiner Angst in der Situation auseinandersetzen, wobei versucht wird, auch emotionale und kognitive Aspekte zu berücksichtigen, d. h., jene in Gesprächen während der Konfrontation zu bearbeiten. Demgegenüber wird bei der Methode der Desensibilisierung die phobische Situation dann beendet, wenn der Patient Angst verspürt. Ein emotional-kognitives Aufarbeiten der erlebten Inhalte erfolgt bei den Desensibilisierungsmethoden *nach* Beenden der phobischen Vorstellung oder Situation. Diese verhaltenstherapeutischen Methoden können oftmals nicht gleich zu Therapiebeginn direkt angewendet, sondern müssen vorbereitet werden. Gerade bei der Therapie von Kindern oder Jugendlichen hat es sich als begünstigend für den Therapieverlauf erwiesen, vor einer Reizkonfrontation oder In-Vivo-Desensibilisierung mit vorbereitenden Maßnahmen zu arbeiten, z. B. Einsatz von Modellfilmen oder Modellkin-

dern, aber auch spezifischer erleichternder Vorgehensweisen (LAZARUS/ABRAMOVITZ 1962; LIEBECK/KRÜGER 1980), die jedoch aufgrund intellektueller und verbaler Anforderungen seitens der Patienten nicht immer bei Geistigbehinderten angewendet werden können. Während bei nichtgeistigbehinderten Patienten überzeugende Effekte verhaltenstherapeutischer Methoden bei verschiedenen Phobien nachgewiesen sind (HAND/WITTCHEN 1988, REINECKER 1990), gibt es fast keine Ergebnisse ihrer Effektivität bei Geistigbehinderten. (Die zahlreich vorliegenden Arbeiten zur Rehabilitation mit verhaltensmodifikatorischen Methoden können hier unberücksichtigt bleiben.)

4 Erfahrungen mit klassischen Ansätzen der Verhaltenstherapie bei unserem Patienten

Aufgrund des Fehlens von spezifischen Psychotherapieerfahrungen mit geistigbehinderten Patienten (auch in der Literatur) haben wir uns zunächst auf die Durchführung bekannter effektiver Strategien bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen verlassen (KUHLEN 1973; FLIEGEL et al. 1981). Bei schwerer Geistigbehinderten kamen u. E. deswegen zunächst Methoden der Imitation mit Hilfe von Modellkindern oder Modellfilmen und spezifische Formen der In-Vivo-Desensibilisierung in Frage. Ein besonders behutsamer Therapiebeginn war auch deswegen von wesentlicher Bedeutung, da wir nicht sicher sein konnten, ob der Patient klare und angemessene Rückmeldungen über das subjektiv erlebte Angstausmaß geben kann.

Im Beisein der Eltern –, wir halten dies in der Therapie Geistigbehinderter zumindest partiell für wichtig –, haben wir nach einer vorbereitenden Sitzung (Sprechen über Tiere, eigene Plüschhunde etc.) dem Patienten in der zweiten Therapiesitzung Videofilme gezeigt, in denen auch der für die vorgesehene In-Vivo-Desensibilisierung, für die wir uns anfangs entschieden hatten, einzubeziehende Hund zu sehen war. Als Therapiehund wählten wir aus Gründen der Verfügbarkeit, des Therapieziels (keine Angst auch vor größeren Hunden), absoluter Zuverlässigkeit und der Konstanz einen Bobtail, mit dem wir in früheren Verhaltenstherapien bereits gute Erfahrungen gemacht hatten. Veränderungen in der unmittelbaren Umgebung führen bei Geistigbehinderten oftmals zu größeren Störungen, auch bei unserem Patienten: Jegliche Veränderung in der Therapie, sei es, daß einer der Sitzungsanfänge etwas anders initiiert wurde, sei es, daß der Hund sich irgendwie anders verhielt, führte zu einer Störung, d. h. geringerer Auseinandersetzungsbereitschaft, manchmal bis hin zum Verweigern, den Therapieraum zu betreten. Dieses Verhalten könnte mit bestimmten Eigenarten dieser Patientengruppe zusammenhängen, wie sie in jüngster Zeit von WENDELER (1990) in einem Literaturüberblick aufgeführt wurden. Auch aus diesem Grunde war eine Konstanz des phobischen Objektes in der Therapie (verwendeter Hund) von erheblicher Bedeutung.

Bei dem Ansehen der Filme kam es zu keinen Angstreaktionen, wie wir es nach unseren Erfahrungen mit Nicht-Geistigbehinderten erwartet hatten. Im Gegenteil, bei dem mongoloiden Jugendlichen war ein sogenannter „Lassie-Effekt“ (Hund ist niedlich, es kommt Freude auf) festzustellen. Eine danach ab der dritten Therapiestunde vorgesehene In-Vivo-Desensibilisierung ließ sich dann jedoch nicht durchführen, da der Jugendliche bereits bei Öffnen der Zimmertür (Hereinführen des angeleiteten Hundes) jeglichen Annäherungsversuch nach den Konzepten der Desensibilisierung durch erhebliche Angstzeichen (lautes Schreien, Klettern auf ein Spielgerüst) unterbrach. Dieses Verhalten ließ sich selbst in mehreren Sitzungen in keiner Weise reduzieren, zumal wir dem Jugendlichen in den Informationsgesprächen über die Desensibilisierung versichert hatten, daß wir die Annäherungssituationen abbrechen würden, sobald er Angst signalisierte, was sich nun möglicherweise als Fehler erwies. Es ist aber genauer zu überlegen, ob nicht die Methode der Desensibilisierung per se, zumindest für Geistigbehinderte aufgrund ihres vielleicht qualitativ anderen Situationserlebens, bedrohlich wirken kann. Bei der Desensibilisierung muß der Patient sich ja innerlich oder äußerlich langsam immer bedrohlicheren Situationen nähern, das kann auch bedeuten, die Anspannung und Verspannung kontinuierlich zu erhöhen und damit die Angst unbeherrschbar zu machen. Auch eine Unterstützung durch einen befreundeten, ebenfalls mongoloiden Jugendlichen -, Modellkinder dürfen nicht zu kompetent sein (BANDURA 1969) -, seiner Behindertengruppe als Modellkind, erbrachte keine Therapiefortschritte.

5 Therapieverlauf unter Einbeziehung von Premack-Prinzip und Reizkonfrontation

Aus diesem Grunde besannen wir uns auf andere Konzepte der Lernpsychologie und Verhaltenstherapie. DANAHER (1974) beschreibt in seiner klinischen Anwendung für die Verhaltenstherapie ein auf PREMACK (1965) zurückgehendes Prinzip, nachdem eine Verhaltensweise mit höherer Auftretenswahrscheinlichkeit eine solche mit niedrigerer verstärken kann, d. h., deren Auftretenswahrscheinlichkeit erhöhen kann. Für unsere Therapie hieß das, wir hätten Verhaltensweisen mit für unseren Jugendlichen subjektiv positivem Aufforderungscharakter und hoher Auftretenswahrscheinlichkeit zu finden und diese mit dem Zielverhalten, Annäherung an den Hund, zu verbinden.

Eine eingehende Analyse (Verhaltensbeobachtung) des alltäglichen Verhaltens des Patienten in seiner Behinderteneinrichtung ergab, daß Konstruktionsspiele (Kugeln, Plastikbausteine) und Ballspiele für den Patienten einen erheblichen Aufforderungscharakter hatten. Damit war ein Verhalten mit hoher Auftretenswahrscheinlichkeit gefunden.

In Absprache mit den Eltern wechselten wir über zur Methode der In-Vivo-Reizkonfrontation, um überhaupt eine Zielannäherung zu ermöglichen, da der Patient -

wie oben angedeutet - praktisch nach einem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“, auch bei kleinsten Annäherungen des phobischen Objektes erhebliche Angstreaktionen zeigte. Die jeweiligen maximalen Therapieziele bei der In-Vivo-Reizkonfrontation wurden in Absprache mit den Eltern definiert (z. B.: Hund darf in der Tür liegen, während der Patient in 6 m Entfernung eine Kugelbahn baute).

Die Durchführung der Therapie konnte nun - unter Einbeziehung von zwei Therapeuten, wobei einer immer auf den Hund aufpaßte - wie folgt abgestuft durchgeführt werden:

- Spielen im Zimmer (Kugelbahn) - Hund weit entfernt.
- Spielen im Zimmer (Kugelbahn) - Hund wird näher herangeführt.
- Erlernen, dem Hund Befehle zu erteilen („sitz“, „leg ab“), um damit auch die Eigenkompetenz deutlich zu erhöhen.
- Spielen im Zimmer (Ballspiel) - Hund weit entfernt.
- Spielen im Zimmer (Ballspiel) - Hund wird näher herangeführt.
- Wegspringende Bälle müssen selbst geholt werden - Hund im Zimmer.

Die Konstruktions- und Ballspiele hatten für den Patienten einen derartig hohen Aufforderungscharakter (Premack-Prinzip), daß bereits in der zehnten Stunde „schlecht-geworfene“ Bälle vom Patienten selbst geholt werden konnten (Annäherung an den Hund als Zielverhalten, das es zu verstärken galt), anfangs zögernd, später recht spontan. Auch hier konnten Teilkomponenten nach dem Premack-Prinzip eingesetzt werden. Der Patient kannte sich in Regelspielen aufgrund seines langen Besuches der Behinderteneinrichtung gut aus. Die Absprache „Jeder holt den Ball, der ihm zugeworfen wurde, wenn er ihn nicht gleich fangen kann“ war eine gute Möglichkeit zur Annäherung. Da dem Premack-Prinzip entsprechend Ballspielen attraktiver war als die Annäherung an den Hund, war eine Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit des Zielverhaltens gegeben. Die Therapeuten haben, das sei noch hinzugefügt, im weiteren Therapieverlauf gezielt *auch vorbeigeworfen*, so daß der Patient sich für Weiterspielen und Annäherung (Ballholen) oder Unterbrechung des Spieles (qualitatives Timeout) zu entscheiden hatte. Die Therapeuten haben allerdings darauf geachtet, daß das notwendige Annäherungsverhalten den Patienten zu keinem Zeitpunkt überforderte, indem sie bei „ganz schlechten“ Würfeln „ausnahmsweise“ selbst - regelwidrig - den Ball holten. Die Reizkonfrontation umfaßte pro Therapiesitzung einen Zeitraum von ca. 10 (anfangs) bis 45 Minuten (später). Für die Therapiefortschritte waren schließlich auch die Beziehung des Patienten zum Hund und die Kompetenz im Umgang mit ihm von Bedeutung: Systematisch wurde der Patient unterwiesen, dem Hund Befehle zu erteilen, bzw. sich später in direktem Kontakt zu verabschieden (Streicheln, Pfote schütteln).

In der letzten Therapiephase (15.-20. Therapiesitzung) wurde in die Therapieziele auch ein direkter Umgang mit dem Hund zur Stabilisierung und Generalisierung integriert (Führen an der Leine, Spaziergänge mit und ohne Hund). Hierbei wurden erneut die Eltern einbezogen,

um ihnen die Möglichkeit zu geben, das Therapeutenverhalten auf dem Wege des Modellerns zu übernehmen und frühere Reaktionsformen („Hunde beißen nicht“, „stell Dich nicht an“) abstellen zu können. Um Beziehungsschwierigkeiten bei einer weiteren Therapie bei einem potentiellen Rückfall vorzubeugen, wurden mit dem Patienten über einen längeren Zeitraum in monatlichen Abständen weiterhin Spaziergänge unternommen. Dies galt gleichzeitig einem systematischen Ausblenden aus der Therapie. Mit diesen Maßnahmen konnte die angestrebte Generalisierung des Zielverhaltens auf unterschiedliche ehemals phobische Situationen (verschiedene – auch mehrere – Hunde, angeleint oder freilaufend) erreicht und bis in die katamnestischen Phasen beibehalten werden.

6 Besondere Phänomene im Therapieverlauf

Im Vergleich zur Therapie Nicht-Geistigbehinderter zeigte sich hier, daß verhaltenstherapeutische Standardmethoden nicht einfach auf diese Patientengruppe übertragen werden können, sondern daß eine genaue Adaptation zu erfolgen hat. Für die Therapeuten ist es wichtig, kleinste Randbemerkungen zu beachten, um Angst- und Abwehrphänomene erkennen und auf sie reagieren zu können. Z. B. waren viele Äußerungen erkennbar, die auf eine situationsvermeidende Somatisierung hindeuteten, („Meine Hose ist naß“; „mir ist heiß“; „ich bin müde“). Ebenfalls waren Beispiele einer subjektiven Kognitionsverarbeitung bemerkenswert, die deutliche Unterschiede zu der anderer Angstpatienten zeigten (Hund am eigenen Bein mit der Leine befestigt, war weniger angstbesetzt als der entfernt liegende nicht angeleinte Hund; dies dürfte bei „normalen“ Angstpatienten geradezu entgegengesetzt sein). Schließlich sei auch noch auf das besondere Problem der Ausdrucksmöglichkeiten Geistigbehinderter hingewiesen: Wie kann ausreichend sicher durch den Therapeuten das subjektiv erlebte Angstmaß beurteilt werden. Vielleicht lassen sich ethische Probleme und solche einer Überforderung des Patienten durch das Korrektiv in der Therapie anwesender Bezugspersonen lösen oder mildern. Angst können Geistigbehinderte natürlich äußern, aber sie tun dies – wie in diesem Beispiel – für therapeutische Zwecke möglicherweise zu früh und recht intensiv.

7 Diskussion und Ausblick

Klassische verhaltenstherapeutische Methoden zur Vorbereitung, Einstimmung und Durchführung einer Angsttherapie erwiesen sich als unzureichend, bzw. deuteten keinen Therapiefortschritt an. Die Methode der Desensibilisierung schien bei dieser Therapie wegen der leichten Vermeidungsmöglichkeit keine Erfolge erbringen zu können. Dagegen brachte die intensive Anwendung des Premack-Prinzips einen guten Einstieg in die Therapie und dürfte im Zusammenhang mit der langandauernden Reizkonfrontation den therapeutischen Durchbruch erzielt haben. Vermutlich hat sich auch der

Aufbau einer subjektiven Kompetenz dem phobischen Objekt gegenüber positiv auf das Outcome ausgewirkt. Aufgrund möglicherweise anderer affektiver Erlebnisformen und kognitiver Verarbeitungsmechanismen sollte besonders bei der Therapie von Geistigbehinderten vor Beginn eine detaillierte Analyse des Alltagsverhaltens erfolgen, um Eigenarten und Vorlieben besser berücksichtigen und vielleicht sogar zur Verbesserung oder Ermöglichung eines positiven Outcomes einsetzen zu können. Verhaltenstherapeutische Methoden scheinen demnach auch bei klassischen Phobien Geistigbehinderter einsetzbar zu sein. Allerdings müßten hier weitere Therapiestudien durchgeführt und systematisch ausgewertet werden.

Summary

New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile With Down-Syndrom. A Critical Methodological Study

A review of the actual literature shows, that we have no reports of successful behavioral methods for the treatment of mentally retarded children with phobias. This study suggests a new way for treating a dog-phobia of a seventeen year old boy with Downsindrom, using a special form of flooding by including the Premack-principle. Problems of desensitization and other special effects during therapy of these patients are discussed.

Literatur

- BANDURA, A. (1969): Principles of Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart and Winston. – DANAHER, B.C. (1974): Theoretical foundations and clinical applications of the Premack Principle: Review and critique. *Behav. Therapy* 5, 307–324. – FLIEGEL, S./W. M. GROEGER/R. KÜNZEL/D. SCHULTE/H. SORGATZ (1981): Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch. München: Urban & Schwarzenberg. – HAND, I. und H.-U. WITTCHEN (1988): Panic and Phobias. Vol. 2: Treatments and Variables Affecting Course and Outcome. Berlin: Springer. – KOCKOTT, G. (1984): Psychotherapie für psychisch Kranke im höheren Lebensalter. *Psychother. med. Psychol.* 34, 223–231. – KUHLEN, V. (1973): Verhaltenstherapie im Kindesalter. München: Juventus. – LAZARUS, A.A. und A. ABRAMOVITZ (1962): The use of “emotive imagery” in the treatment of children’s phobias. *J. of Mental Science* 18, 191–195. – LIEBECK, H. u. W. KRÜGER (1980): Verhaltenstherapeutische Möglichkeiten bei extremer Zahnarztangst. *Dtsch. zahnärztl. Z.* 35, 375–376. – MENOLASCINO, F.J. (1970): Psychiatric approaches to mental retardation. New York: Basic Books, Inc. Publisher. – PREMACK, D. (1965): Reinforcement Theory. In: D. LEVINE (Ed.): *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press. – REINECKER, H. (1990): Soziale und spezifische Phobien. In: H. Reinecker (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe. – WEBER, G. und A. RETT (1991): *Down Syndrom im Erwachsenenalter*. Bern: Huber. – WENDELER, J.: *Psychologie des Down Syndroms*. Bern 1990.

Anschr. d. Verf.: Dr. Heinz Liebeck, Institut für Psychologie der Universität Göttingen, Goßlerstr. 14, 3400 Göttingen.