

Elbing, Ulrich und Rohmann, Ulrich H.

**Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen oder psychotischen Verhaltensweisen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 7, S. 248-260*

urn:nbn:de:bsz-psydok-36576

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) ..... 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

## Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) ..... 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) ..... 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) ..... 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) ..... 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) ..... 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) ..... 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) ..... 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) ..... 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) ..... 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) ..... 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') ..... 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) ..... 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) ..... 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) ..... 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) ..... 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) ..... 208

## Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) ..... 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy) . . . . .	14	
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers) . . . . .	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach) . . . . .	260	
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies) . . . . .	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation) . . . . .	299	
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving) . . . . .	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume) . . . . .	326	
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES)) . . . . .	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma) . . . . .	331	
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study) . . . . .	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence) . . . . .	171	
<b>Psychotherapie</b>				
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy) . . . . .	88			
<b>Übersichten</b>				
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families) . . . . .	49	<b>Werkstattberichte</b>		
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy) . . . . .	124	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell . . . . .	345	
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System) . . . . .	368	WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung . . . . .	55	
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics) . . . . .	373	<b>Tagungsberichte</b>		
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study) . . . . .	293	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e.V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen . . . . .		348
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training) . . . . .	20	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg . . . . .		25
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome) . . . . .	132	<b>Buchbesprechungen</b>		
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care) . . . . .	316	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2 . . . . .	224	
		BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch . . . . .	312	
		BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt . . . . .	351	
		BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie . . . . .	311	
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde . . . . .	222	
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence . . . . .	222	
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work . . . . .	218	
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen . . . . .	30	
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28 . . . . .	61	
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29 . . . . .	220	

FABER, F. R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien . . . . .	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter . . . . .	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie . . . . .	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes . . . . .	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen . . . . .	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt . . . . .	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert . . . . .	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen . . . . .	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST) . . . . .	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter . . . . .	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen . . . . .	382	RUBIN, J. A.: Kunsttherapie als Kindertherapie . . . . .	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung . . . . .	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung . . . . .	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen . . . . .	221	SCHAFER, M. R.: ... und was geschieht mit den Kindern? . . . . .	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung . . . . .	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik . . . . .	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie . . . . .	353	SOLNIT, J. A./NEUBAUER, P. B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46 . . . . .	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis . . . . .	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen . . . . .	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie . . . . .	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie . . . . .	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS . . . . .	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen . . . . .	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen . . . . .	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen . . . . .	220
MORDIER, J. P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926 . . . . .	351	WITTE, E. H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung . . . . .	309
MUSSEN, P. H./CONGER, I. J./KAGAN, I./HUSTON, A. C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1 . . . . .	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung . . . . .	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule . . . . .	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien . . . . .	59	<b>Editorial</b> 232, 273	
OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention . . . . .	311	<b>Mitteilungen der Herausgeber</b> 350	
		<b>Autoren der Hefte</b> 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		<b>Diskussion/Leserbriefe</b> 27	
		<b>Zeitschriftenübersicht</b> 58, 139, 216, 306, 380	
		<b>Tagungskalender</b> 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		<b>Mitteilungen</b> 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

# Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen oder psychotischen Verhaltensweisen

Ulrich Elbing und Ulrich H. Rohmann

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie dokumentiert den Verlauf schwerer Verhaltensstörungen und erwünschten Zielverhaltens bei Geistigbehinderten mit z. T. autistischen oder psychotischen Verhaltensweisen, die vor, während und nach der Durchführung eines Intensivtherapie-Programms in einem Heim für Geistig- und Mehrfachbehinderte beobachtet wurden. Der Artikel faßt sieben Einzelfallstudien zusammen, die als Längsschnitt-Beobachtungen das Verhalten zwischen 18 und 33 Wochen überwiegend in multiple baseline designs erhoben. In sechs Fällen wurden eine oder zwei mindestens vierwöchige katamnestic Beobachtungen im Abstand bis zu vier Jahren nach der Intensivtherapie durchgeführt. Neben einer Bestätigung der Wirksamkeit der Therapie bei fünf von sieben Fällen ergibt sich der Befund, daß nahezu durchgängig die bedeutsamste Reduktion der Verhaltensstörungen bereits in der baseline-Phase zu beobachten war. Die Ergebnisse werden hinsichtlich möglicher Erklärungen und hinsichtlich ihrer Bedeutung auch für die aktuelle Psychotherapieforschung diskutiert.

## 1 Einleitung

Im Laufe der letzten Jahre wurden schwere Verhaltensstörungen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe in zunehmendem Maße ein bedrängendes Problem (ELBING u. ROHMANN 1990, 1992 a). Grundlagen- und Therapieforschung (z. B. BREZOVSKY 1985; für die Autoaggressionsforschung ROHMANN u. HARTMANN 1988) wiesen zusammen mit den Erfahrungen der Behinderteneinrichtungen (SCHÄDLER 1991; siehe auch ELBING u. ROHMANN 1990; ROHMANN et al. 1988, 1988 b) auf die Notwendigkeit hin, zur zeitweiligen oder dauernden Unterbringung in psychiatrischen Kliniken therapeutische Alternativen im Heim anzubieten.

Das Kompakt-Therapie-Programm wurde für den stationären Wohnheimbereich entwickelt, um dieser Forderung Rechnung zu tragen. Im Rahmen dieses Artikels kann das Kompakt-Therapie-Programm nur skizziert werden; eine ausführliche Darstellung wurde an anderer Stelle veröffentlicht (ELBING u. ROHMANN 1990; vgl. auch ELBING u. ROHMANN 1992 b). Die Zielsetzung des Programms ist es, schwere Verhaltensstörungen bedeutsam zu verringern und Behinderte wie Betreuer in die Lage zu versetzen, mit der Störung umzugehen und zu leben. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, daß gestörtes Verhalten interaktive oder regulatorische Funktion hat und in ein systemisches Bedingungsgefüge aus Umwelt- und Organismusfaktoren (vgl. ELBING u. ROHMANN 1992; ROHMANN et al. 1988 a, 1988 b) eingebettet ist. Ziel ist eine angemessene Selbststeuerung der Behinderten, eine Entsprechung zwischen Fähigkeiten, spontaner Aktivität und Umweltaforderungen sowie eine angemessene Interaktion zwischen Betreuern und behinderten Partner.

Entsprechend der Zielsetzung werden offene, interaktionszentrierte Therapieverfahren eingesetzt, nämlich die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie von HARTMANN (1986; HARTMANN et al. 1988) und die Körperzentrierte

Interaktion von ROHMANN (ROHMANN u. HARTMANN 1988; ROHMANN et al. 1988 c). Mit hinzugezogen werden je nach Indikation die Basale Kommunikation von MALL (1984) und die Gestalttherapie von BESEMS und VAN VUGHT (1985). Ergänzend erfolgt eine Restrukturierung des pädagogischen Alltags nach lerntheoretischen und milieutherapeutischen Gesichtspunkten.

Das Kompakt-Therapie-Programm wurde in der Stiftung Haus Lindenhof in Schwäbisch Gmünd, einer Einrichtung für Geistig- und Mehrfachbehinderte, entwickelt und wird seit 1987 jährlich durchgeführt. Die Dauer beträgt insgesamt ein Arbeitsjahr. Im Zentrum des Programms steht eine ca. zweiwöchige Intensivtherapie, die mit den maximal fünf Teilnehmern des Programms und jeweils einem Bezugsbetreuer aus deren Wohngruppe in einer „Tagesgruppe auf Zeit“ durchgeführt wird. Die Bezugsbetreuer, wie nach Möglichkeit auch deren Kollegen, führen die von den Therapeuten begonnenen Interventionen unter Supervision bereits während der Intensivtherapie weiter.

Vorbereitet wird die Intensivtherapie während einer zwei- bis dreimonatigen Vorbereitungsphase. Neben einer umfassenden Problemanalyse stehen die systematische Beobachtung des Behinderten und die Therapieplanung im Vordergrund.

Nach der Intensivtherapie folgt in einer Umsetzungsphase die Weiterführung der begonnenen Änderungen im Alltag. Das Ziel ist hier die Integration therapeutischer Interventionen in den Tagesablauf. Ergänzend treten lerntheoretisch fundierte milieutherapeutische Maßnahmen hinzu, mit denen angemessenes Verhalten aufgebaut, verstärkt und aufrechterhalten wird, wogegen das Symptombverhalten seine Funktionalität verliert und dadurch aufgegeben werden kann. Der hierbei verfolgte integrative Ansatz für Problemanalyse und Intervention ist andernorts ausführlicher dargestellt (ELBING u. ROHMANN 1992 a).

## 2 Fragestellung und Design

Zwei Aspekte der Wirksamkeit des Kompakt-Therapie-Programms stehen im Mittelpunkt der Untersuchung. Zum einen soll die Wirkung des Therapieprogramms auf die Auftretenhäufigkeit von Verhaltensstörungen bzw. erwünschten Verhaltensweisen untersucht werden. Zum anderen soll geklärt werden, ob die Aufnahme der Behandlung mit der Intensivtherapie einen bedeutsamen Effekt auf die Verhaltensentwicklung hat.

Die Studie wird als therapiebegleitende Einzelfallstudie mit Längsschnittbeobachtung angelegt, wobei die Überprüfung der Fragestellung im quasiexperimentellen AB-Design mit baseline- und treatment-Phase erfolgt (vgl. PETERMANN 1982). Aufgrund der Komplexität des therapeutischen Ansatzes wurde u.E. die Alternative eines ABAB- oder ABC-Designs in der Überprüfung mehr Fragen aufwerfen als beantworten. Das Design entspricht annähernd einer Blindstudie, weil die behinderten Teilnehmer sich nicht selbst anmelden (können) und kognitiv die Bedeutung und Tragweite ihrer Anmeldung und Teil-

nahme am Therapieprogramm auch nicht annähernd verstehen oder abschätzen können.

Sieben der insgesamt fünfzehn behinderten Teilnehmer der Kompakt-Therapie- Programme 1987/88 bis 1990/91 werden hier als Einzelfallstudien vorgestellt. Bis auf einen Fall wurden in Abständen bis zu vier Jahren nach Beginn der Intensivtherapie eine oder zwei katamnestische Beobachtungen von mindestens vier Wochen Dauer durchgeführt. In vier Fällen wurden mehrere Verhaltensweisen in einem multiple baseline design beobachtet.

## 3 Beschreibung von Versuchspersonen und Datenerhebung

Die jeweils beobachtbaren Verhaltensweisen sowie der Beobachtungsmodus werden zu Beginn der Vorbereitungsphase vom Therapeuten und den pädagogischen Mitarbeitern gemeinsam festgelegt. Die hier vorgestellten Daten wurden von den jeweils im Dienst befindlichen pädagogischen Mitarbeitern der Wohngruppen nach ihrem Auftreten notiert (vgl. HOBRÜCKER 1990; zur Verlässlichkeit von Beobachtungen durch Bezugspersonen siehe RENNEN-ALLHOFF 1991). Grundsätzlich wurde täglich während der gesamten Wachzeit, die die Teilnehmer in ihren Wohngruppen verbrachten, beobachtet. Die Namen sind im folgenden alle geändert.

### 3.1 Heiner (15 Jahre)

#### 3.1.1 Diagnostische Daten und Beobachtung

*Diagnosen:* Geistige Behinderung mit autistischen Verhaltensweisen in Verbindung mit einer atypischen Psychose (DSM-III-R 318.00; 299.80; 298.90); teilweise mehrmals tägliche Eskalationen von aggressivem Verhalten mit massiven Angriffen auf Personen und Sachzerstörung. Kaum sinnvoller Sprachgebrauch vor Beginn der Therapie; Enuresis und Enkopresis diurna et nocturna (DSM-III-R 307.60; 307.670).

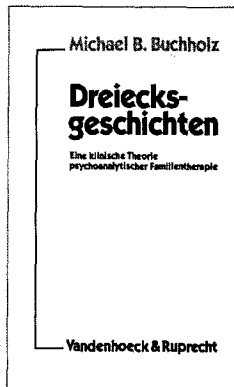
*Beobachtetes Verhalten:* Drei Stufen der Eskalation: (1) Die Beendigung der Eskalation vor Personen- und Sachschäden durch ihn selbst. Notiert wurden alle aggressiven Verhaltensweisen wie Schreien, Schimpfen, Umherrennen, die das Maß einer angemessenen Reaktion auf aktuelle Ereignisse deutlich überschritten. (2) Die Beendigung durch eine ablenkende Erzieher-Intervention. Deutlich erhöhte Intensität und Dauer der Verhaltensweisen, jedoch noch ohne tätliche Übergriffe. (3) Die volle Eskalation mit massiven Angriffen gegen Personen und Sachen. Der Ablauf entsprach einer akuten psychotischen Dekompensation.

*Beobachtungsmodus:* Häufigkeit und Dauer während der Wachphase stündlich in 5-Minuten-Einheiten. Bei Einnässen und Einknoten Häufigkeit und Uhrzeit über 24 Stunden.

*Datensatz:* Wochendurchschnittswerte der Tagesgesamtdauer bzw. die Wochengesamthäufigkeit des Verhaltens mit baseline, Intensivtherapie, Umsetzungsphase sowie follow-ups nach einem und nach vier Jahren<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die tabellarischen Darstellungen der jeweiligen Datensätze können bis auf das Fallbeispiel „Max“ aus Platzgründen nicht im Druck aufgenommen werden. Sie sind beim Erstautoren erhältlich.

## Michael B. Buchholz Dreiecksgeschichten



Eine klinische Theorie  
psychoanalytischer Familientherapie  
1993. Ca. 245 Seiten, kartoniert  
ca. DM 42,- / öS 328,- / SFr 43,30  
ISBN 3-525-45760-X

**V&R Vandenhoeck & Ruprecht**

### 3.1.2 Therapieansatz

Als therapeutischer Ansatz wurde die Aufmerksamkeits-Interaktions- Therapie nach HARTMANN (1986) gewählt mit dem Ziel einer angemessenen und differenzierten Auseinandersetzung mit der Umwelt. Bei aggressiven Ausbrüchen bzw. psychotischem Dekompensieren wurde die Methode der Wutreduktion von ZASLOW (1982, 1983; vgl. ROHMANN u. ELBING 1990) eingesetzt.

### 3.1.3 Behandlung mit Psychopharmaka oder Antikonvulsiva

Vor und während des Kompakt-Therapie-Programms sowie des ersten follow-ups wurden keine Medikamente verabreicht. Ca. ein Jahr nach Beendigung der Umsetzungsphase wurde ein Neuroleptikum eingesetzt, das bis zum zweiten follow-up mit bedarfsangepaßten Schwankungen in der Dosierung gesteigert wurde. Eingangsdosierung: Melleretten Tropfen 0-10-10-20; Dosierung während des zweiten follow-ups: Melleril Tropfen 8-8-8-8.

## 3.2 Franz (22 Jahre)

### 3.2.1 Diagnostische Daten und Beobachtung

**Diagnosen:** Geistige Behinderung mit autistischen Verhaltensweisen (DSM-III-R 318.10; 299.80); starke Spasmen der unteren Extremitäten, die nur kriechende Fortbewegung zulassen; stark eingeschränkter Wortschatz mit Zwei- bis Dreiwortsätzen; vor Therapiebeginn laute, ausdauernde und durchdringende Schreie auf beliebige Auslöser.

**Beobachtetes Verhalten:** Schreiverhalten.

**Beobachtungsmodus:** Häufigkeit der Schreie während der Wachphase bei Auftreten notiert.

**Datensatz:** Wochendurchschnittswerte der Tagesgesamthäufigkeiten mit baseline, Umsetzungsphase sowie follow-ups nach einem und nach vier Jahren (siehe Fußnote 1).

### 3.2.2 Therapieansatz

Aufgrund des passiv-rezeptiven Allgemeinverhaltens war eine direktive therapeutische Vorgehensweise kontraindiziert, weshalb die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (HARTMANN 1986) gewählt wurde, die ohne Rollstuhl stattfand. Parallel dazu wurden außerhalb der therapeutischen Situation Elemente der Körperzentrierten Interaktion angewendet, indem der Therapeut als Hilfs-Ich von Franz dessen Schreien im Worte übertrug, wobei er auf die momentane Situation Bezug nahm (vgl. ROHMANN u. HARTMANN 1988; ROHMANN u. ELBING 1991; ROHMANN et al. 1991).

Eine Behandlung mit Psychopharmaka oder Antikonvulsiva ist zu keiner Zeit erfolgt.

## 3.3 Gertrud (19 Jahre)

### 3.3.1 Diagnostische Daten und Beobachtung

**Diagnosen:** Geistige Behinderung mit stark autistischen Verhaltensweisen verbunden mit ausgeprägten Stereotypen und Jaktationen (DSM-III-R 318.10; 299.80; 307.30). Autoaggressionen mittleren bis schweren Grades in Form von Schlägen mit dem Kopf gegen harte Gegenstände; eruptiver Verlauf von großer Heftigkeit mit teilweiser Koppelung an bestimmte auslösende Situationen.

**Beobachtetes Verhalten:** Autoaggressive Ausbrüche.

**Beobachtungsmodus:** Häufigkeit der autoaggressiven Ausbrüche, notiert bei Auftreten während der Wachphase.

**Datensatz:** Durchschnittswerte der Tagesgesamtdauer pro Woche mit baseline, Intensivtherapie, Umsetzungsphase sowie follow-ups nach einem und nach vier Jahren (s. Fußnote 1).

### 3.3.2 Therapieansatz

Die Behandlung folgte dem Drei-Stufen-Modell von ROHMANN (ROHMANN u. HARTMANN 1988; vgl. auch ELBING 1992). Zur Wiederherstellung der Selbststeuerung und zum Aufbau alternativen Verhaltens wurde die Körperzentrierte Interaktion von ROHMANN eingesetzt. Im weiteren Verlauf wurde die Therapie durch die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie ergänzt, um Kommunikations- und Handlungskompetenzen zu entwickeln. Ergänzend wurden im Alltag verhaltenstherapeutisch fundierte pädagogische Reaktionen der Betreuer sowie ein restrukturierter Tagesablauf verankert.

### 3.3.3 Behandlung mit Psychopharmaka oder Antikonvulsiva

Eine Neuroleptika-Dauermedikation mit Melleril 25 Dragees 1-1-1 und Neurocil Tropfen 0-0-0-10 wurde und wird unverändert vor und nach dem Kompakt- Therapie-Programm eingenommen. Truxal (15 mg-Dragees) wurde seit Beginn der Intensivtherapie ausgehend von einer Dosis von 2-2-2 bis auf 1-0-0 beim zweiten follow-up ausgeschlichen. Das Barbiturat (Luminal 0,1 gr.-Tabletten) wurde bei Ende des Kompakt-Therapie-Programms ausgehend von 0-0-1/2 abgesetzt.

### 3.4 Sonja (21 Jahre)

#### 3.4.1 Diagnostische Daten und Beobachtung

**Diagnosen:** Geistige Behinderung mit autistischen Verhaltensweisen (DSM-III-R 318.10; 299.80); gut eingestellte Epilepsie bei mehrjähriger Anfallsfreiheit. Keine aktive Sprache bei beträchtlichem Sprachverständnis. Seit über 10 Jahren mittlere bis schwere, sowohl eruptive als auch automatisierte Autoaggressionen bei bleibenden Schäden v. a. an den Ohrmuscheln. Verlauf teilweise reaktiv, teilweise von auslösenden Situationen entkoppelt.

**Beobachtetes Verhalten:** Autoaggressive Verhaltenssequenzen.

**Beobachtungsmodus:** Häufigkeit der autoaggressiven Sequenzen bei Auftreten während der Wachphase; zusätzliche Einschätzung des Schweregrades auf einer Skala von eins bis drei.

**Datensatz:** Mit dem Schweregrad gewichtete Häufigkeiten im Tagesmittel pro Woche mit baseline und Umsetzungsphase (s. Fußnote 1). Eine Katamnese wurde nicht erhoben, da sich die erzielte Besserung nicht halten ließ und der Einsatz von Fixierung in Form eines Eishockey-Helmes notwendig wurde. Unter dieser Bedingung hätte eine erneute Beobachtung keine vergleichsfähigen Daten erbracht.

#### 3.4.2 Therapieansatz

Wie bei Gertrud folgte der Therapieansatz dem Drei-Stufen-Modell von ROHMANN (ROHMANN u. HARTMANN 1988). Zusätzlich wurden schrittweise Kleingruppen-Settings geschaffen, in denen andere Behinderte in die Interaktion integriert wurden. Gleichzeitig blendeten sich die Betreuer aus. Erreicht wurde eine längerdauernde Interaktion zwischen Sonja und einem behinderten Partner, wobei noch ein Betreuer im Hintergrund des Geschehens anwesend war und gelegentlich moderierend eingriff. Nach der Intensivtherapie wurde dieses Setting in den Alltag integriert und mit Elementen der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie ergänzt.

#### 3.4.3 Behandlung mit Psychopharmaka oder Antikonvulsiva

Dauermedikation mit dem Carbamazepin Timonil retard 300 Tabletten 2-0-0-2 und dem Benzodiazepin Novanox 5 mg Tabletten 1/2-0-0. Das Hydantoin Phenhydantoin wurde ausgehend von 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub>-0-0-1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> auf 0-0-0-1/2 reduziert und vor Beginn der Intensivtherapie abgesetzt.

### 3.5 Alex (24 Jahre)

#### 3.5.1 Diagnostische Daten und Beobachtung

**Diagnosen:** Geistige Behinderung und starke autistische Verhaltensweisen in Verbindung mit einer atypischen Psychose (DSM-III-R 318.10; 299.80; 298.90). Aktive Sprache mit Zwei- bis Dreiwortsätzen. Autoaggressionen leichten bis mittleren Grades bei Frustration oder Ärger.

**Beobachtetes Verhalten:** Die beobachteten Verhaltensweisen wurden zu Komplexvariablen zusammengefaßt:

(a) Komplexvariable „stereotyp-zwanghaftes Verhalten“:

Stereotypien, ritualistisches Verhalten (z.B. schnelles Ein- und Ausschalten des Lichts bei Betreten/Verlassen eines Raumes, Drehen um die eigene Achse vor dem Hinsetzen) und zwanghaftes Verhalten (z.B. Anordnen der Zahnbürste im Becher).

(b) Komplexvariable „Manipulation mit Exkrementen und Genitalien“: Einnässen und Einkoten, Kotschmierern (z.B. Verreiben des Kotes an der Wand) und Onanieren.

(c) Komplexvariable „positive Stimmung“: Lächeln in Verbindung mit leuchtenden Augen und gelockter Motorik sowie Lachen und Produzieren von Freudenlauten.

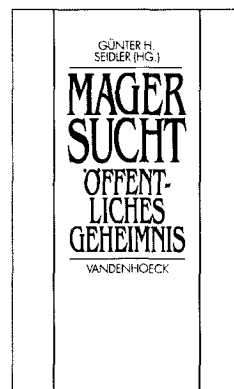
(d) Komplexvariable „Verweigerung und Provokation“: Tätliche Übergriffe auf Personen und Sachen. Schreien, aktive Verweigerungen fester und bekannter Aufgaben (z.B. Tisch abräumen), Provokation (Übertreten eines Verbots in Anwesenheit eines Erziehers unter Aufnahme von Blickkontakt), Autoaggressionen, karikierendes Nachahmen von Betreuerverhalten, sehr lautes Sprechen im Kommandoton und Ignorieren von Ansprache und Aufforderungen.

(e) Komplexvariable „Kooperation“: Eigenständiges Aufnehmen von Freizeitaktivitäten (z.B. Schaukeln im Garten), bereitwilliges Eingehen auf Bitten, freiwilliges Helfen im Haushalt und einwandfreies Erledigen fester Aufgaben. Die positiven Verhaltensbereiche wurden im Hinblick auf die erwartete Entwicklung durch die Therapie aufgenommen.

**Beobachtungsmodus:** Stündliche Notation des Auftretens der einzelnen Verhaltensweisen während der Wachphase.

**Datensatz:** Die beobachteten Verhaltensweisen wurden additiv zu den o.g. Komplexvariablen zusammengefaßt (zum Verfahren der Komplexvariablenbildung vgl. BRANDSTÄDTER et al. 1985). Die Tagesdurchschnittswerte pro Woche umfassen baseline, Umsetzungsphase und follow-up nach drei Jahren (s. Fußnote 1).

## Günter H. Seidler (Hg.) Magersucht – öffentliches Geheimnis



1993. Ca. 266 Seiten, kartoniert  
ca. DM 39,- / öS 304,- / Sfr 40,30  
ISBN 3-525-45765-0

**V&R Vandenhoeck & Ruprecht**



3.5.2 Therapieansatz

Eingesetzt wurde die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie nach HARTMANN (1986), um eine konstruktive dialogische Auseinandersetzung mit der Umwelt anzubahnen. Aufgrund des reaktiven Charakters der Autoaggressionen und ihres vergleichsweise geringfügigen Auftretens wurden diese ignoriert und in der Therapieplanung nicht berücksichtigt.

3.5.3 Behandlung mit Psychopharmaka oder Antikonvulsiva

Das Neuroleptikum Truxal wurde 4 Wochen vor Beginn der Intensivtherapie von 4 x 100 mg, auf 100-50-50-100 mg gesenkt und bis zum follow-up auf 100-0-50-100 mg weiter abgebaut. Das Neuroleptikum Glianimon wurde mit Beginn der Erniedrigung von Truxal mit 3 x 4 Tropfen erstmals und unverändert bis zum follow-up eingesetzt. Zur Unterdrückung der extrapyramidalen Symptome wurde und wird 1 x 1 Akineton retard zum Zeitpunkt des follow-up eingesetzt.

3.6 Gabi (23 Jahre)

3.6.1 Diagnostische Daten und Beobachtung

**Diagnosen:** Geistige Behinderung mit autistischen Verhaltensweisen und elektivem Mutismus (DSM-III-R 318.00; 299.80; 313.23); allgemein große Antriebsarmut und Trägheit bei stark geminderter Aufnahmebereitschaft; massives Kotschmieren und Kotessen sowie Einnässen (Enuresis diurna et nocturna), Zerreißen von Kleidern, Entwenden und Essen auch verdorbener Speisen und anhaltend lautes Brüllen.

**Beobachtetes Verhalten:** Alle genannten Verhaltensweisen.  
**Beobachtungsmodus:** Stündliche Notation des Auftretens während der Wachphase.  
**Datensatz:** Tagesdurchschnittswerte der Auftrittshäufigkeiten pro Woche mit baseline, Umsetzungsphase und follow-ups nach einem und nach vier Jahren (s. Fußnote 1).

3.6.2 Therapieansatz

Aufbauend auf den bereits praktizierten gestalttherapeutischen Übungen nach BESEMS und VAN VUGHT (1983, 1985, 1988) wurde die Körperzentrierte Interaktion von ROHMANN und Mitarbeitern (1988, 1991) eingesetzt mit dem Ziel des Basiskontakts und der Aktivierung. Im weiteren Verlauf der Therapie wurde mit fließenden Übergängen die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie von HARTMANN (1986) verwendet, wobei dann weitere Aktivierung, dialogische Auseinandersetzung mit der Umwelt und Sprachanbahnung (vgl. KALDE 1992) im Vordergrund standen.

3.6.3 Behandlung mit Psychopharmaka oder Antikonvulsiva

Das Neuroleptikum Eusucos wurde in den Wochen 4 bis 6 der baseline mit der Dosierung 1-1/2-1 Tabletten eingesetzt und seither nicht wieder verordnet. Das Antidepressivum Kalma wurde 3 x wöchentlich mit 1-1-2 Tabletten und das Hypericin Sedariston wurde mit täglich 1-1-1 Kapseln während der Intensivtherapie eingesetzt, um die Wachheit und Aufmerksamkeit zu steigern und die Antriebsarmut zu senken. Mit Beginn der Umsetzungsphase wurden diese Medikamente abgesetzt und seither nicht wieder eingesetzt.

3.7 Max (17 Jahre)

3.7.1 Diagnostische Daten und Beobachtung

**Diagnosen:** Leichte geistige Behinderung (DSM-III-R 317.00) mit Sprachvermögen im Bereich von Zwei- bis Dreiwortsätzen; expansive Verhaltensstörung mit Übergriffen auf Mitbewohner und Personal sowie dominanten und provokativem Verhalten.  
**Beobachtetes Verhalten:** Tätliche Angriffe auf Mitbewohner und Betreuer, Provokationen (Füße auf den Tisch beim Essen; mutwilliger Umgang mit zerbrechlichen Gegenständen vor den Betreuern u. ä.), Verweigerung gegenüber Aufforderungen, Anweisungen und festen Pflichten, Erteilen von Kommandos gegenüber den Mitbewohnern, und angemessenes bzw. angepaßtes Verhalten und prosoziales Verhalten (freiwillige Hilfen ohne Aufforderung gegenüber Bewohnern und Betreuern).  
**Beobachtungsmodus:** Stündliche Notation des Auftretens während der Wachphase.  
**Datensatz:** Wöchentliche Tagesdurchschnittswerte mit baseline, Intensivtherapie, Umsetzungsphase und follow-up nach drei Jahren (Tabellen 1 bis 3).  
In den Abbildungen 1 bis 3 sind die Variablen dargestellt, deren Änderung Signifikanz erreicht haben (s. u.).

3.7.2 Therapieansatz

Eingesetzt wurde die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie in der Weiterentwicklung nach KALDE (1992) sowie eine verhaltenstherapeutisch orientierte Restrukturierung des Tagesablaufs und pädagogischer Standardsituationen.  
Eine Behandlung mit Psychopharmaka oder Antikonvulsiva erfolgte zu keinem Zeitpunkt.

Tab. 1: Tägliche Verhaltensweisen im Wochenschnitt<sup>a</sup> bei Max: baseline und Intensivtherapie<sup>b</sup>

Verhalten Woche	1	2	3	4	5	6	7 <sup>c</sup>
1	1,6	0,3	4,7	2,0	2,3	0,0	0,0
2	0,0	0,0	2,0	0,5	1,0	2,0	1,5
3	1,2	0,4	1,0	1,0	1,1	0,6	0,0
4	3,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0
5	1,8	1,3	1,9	0,0	0,0	1,7	1,3
6	0,0	2,2	2,0	0,2	0,8	2,0	0,0
7	0,0	0,5	2,5	2,0	1,5	2,5	0,0
8	0,0	0,0	2,0	0,0	2,0	6,0	0,0
9	0,0	0,0	1,5	1,5	1,5	4,5	0,0
10	0,0	0,3	1,0	1,2	0,5	2,5	0,0
11	0,3	0,3	0,7	0,7	0,3	1,7	0,0
12	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	3,0	0,0
13	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	3,0	0,0

<sup>a</sup> Wochendurchschnittswerte der Tagesgesamthäufigkeit des Verhaltens.  
<sup>b</sup> Wochen 11 bis 13.  
<sup>c</sup> 1 = Angriff auf Behinderte; 2 = Angriff auf Erzieher; 3 = Provokation; 4 = Verweigerung; 5 = Kommandieren; 6 = angemessenes Verhalten; 7 = prosoziales Verhalten.

Tab. 2: Tägliche Verhaltensweisen im Wochenschnitt<sup>a</sup> bei Max: Umsetzungsphase nach der Intensivtherapie

Verhalten Woche	1	2	3	4	5	6	7 <sup>b</sup>
14	0,0	0,0	0,2	0,6	0,4	4,8	0,0
15	0,0	0,0	0,2	0,4	0,4	7,7	0,0
16	0,1	0,0	0,4	1,7	1,7	4,9	0,9
17	0,0	0,0	0,8	1,8	0,5	1,0	0,3
18	1,0	0,5	1,0	1,5	4,0	0,0	0,0
19	0,4	0,2	0,0	1,8	1,6	1,2	2,2
20	0,1	0,0	0,7	0,6	0,9	2,1	0,9
21	0,0	0,0	1,4	1,3	1,6	3,9	0,6
22	0,0	0,4	0,0	1,1	0,7	1,4	2,3
23	0,0	0,0	0,8	1,3	1,0	4,2	4,3
24	0,1	0,0	0,7	1,4	1,3	4,4	0,8
25	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,5	0,5
26	0,6	0,3	1,3	0,4	0,7	2,7	0,0
27	0,2	0,4	0,0	0,4	0,1	3,1	1,6
28	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	5,9	4,7
29	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	6,3	1,6
30	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0	6,3	1,3
31	0,1	0,3	0,3	0,4	1,0	5,0	0,1
32	0,1	0,1	0,1	0,4	0,9	2,7	0,4
33	0,6	0,1	0,7	1,8	0,1	4,0	1,8
34	0,3	0,3	1,3	0,7	1,3	3,5	1,3
35	0,0	0,0	0,4	0,4	0,7	5,5	1,3
36	0,0	0,0	0,3	0,6	0,3	6,1	0,7
37	0,0	0,0	0,0	0,5	1,0	2,0	0,5

<sup>a</sup> Wochendurchschnittswerte der Tagesgesamthäufigkeit des Verhaltens.

<sup>b</sup> 1 = Angriff auf Behinderte; 2 = Angriff auf Erzieher; 3 = Provokation; 4 = Verweigerung; 5 = Kommandieren; 6 = angemessenes Verhalten; 7 = prosoziales Verhalten.

Tab. 3: Tägliche Verhaltensweisen im Wochenschnitt<sup>a</sup> bei Max: follow-up nach drei Jahren

Woche	1	2	3	4	5	6	7 <sup>b</sup>
1	0,0	0,0	0,2	1,2	0,3	5,0	2,7
2	0,0	0,0	0,4	1,1	0,7	5,4	1,4
3	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	6,7	2,1
4	0,1	0,0	0,1	0,6	0,6	5,3	1,9
5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	7,9	3,4

<sup>a</sup> Wochendurchschnittswerte der Tagesgesamthäufigkeit des Verhaltens.

<sup>b</sup> 1 = Angriff auf Behinderte; 2 = Angriff auf Erzieher; 3 = Provokation; 4 = Verweigerung; 5 = Kommandieren; 6 = angemessenes Verhalten; 7 = prosoziales Verhalten.

4 Hypothesen und Methode der zufallskritischen Überprüfung

Die Verlaufsdaten sollen Aufschluß über zwei Fragestellungen geben: (1) Sind die dokumentierten Trends rückläufiger Verhaltensstörungen bzw. ansteigender angemessener Verhaltensweisen bedeutsam, und (2) hat die Aufnahme der Behandlung mit der Intensivtherapie einem bedeutsamen Einfluß auf den Verlauf der Verhaltensänderungen? Die gestellten Fragen lassen sich als zwei aufeinander aufbauende Nullhypothesen formulieren:

- (1) Die Verteilung der Meßwerte auf die Meßzeitpunkte ist zufällig.
- (2) Die Veränderung der Meßwerte ist unabhängig vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns mit der Intensivtherapie.

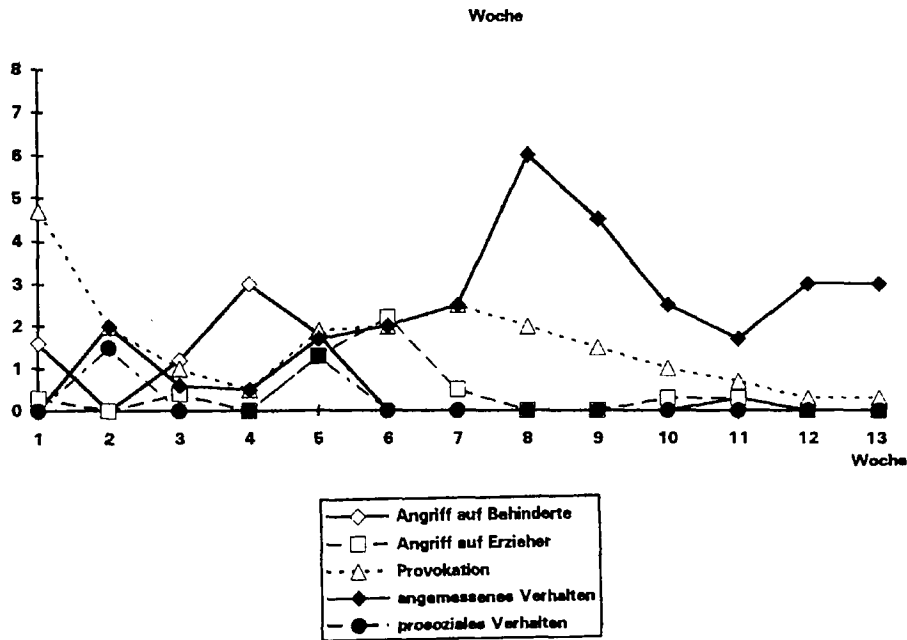


Abb. 1: Beobachtete Verhaltensweisen bei Max: baseline und Intensivtherapie

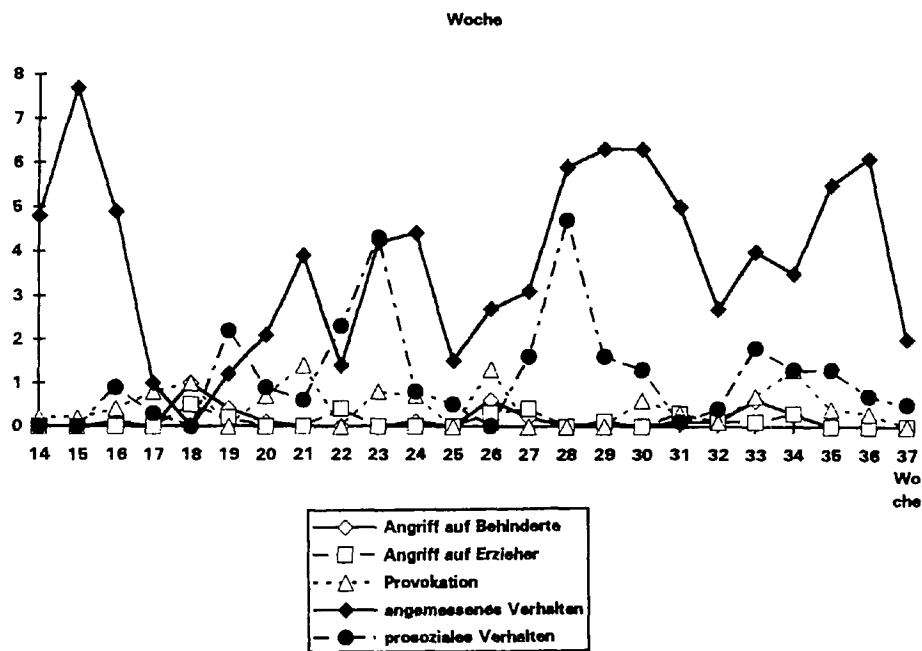


Abb. 2: Beobachtete Verhaltensweisen bei Max: Umsetzungsphase nach der Intensivtherapie

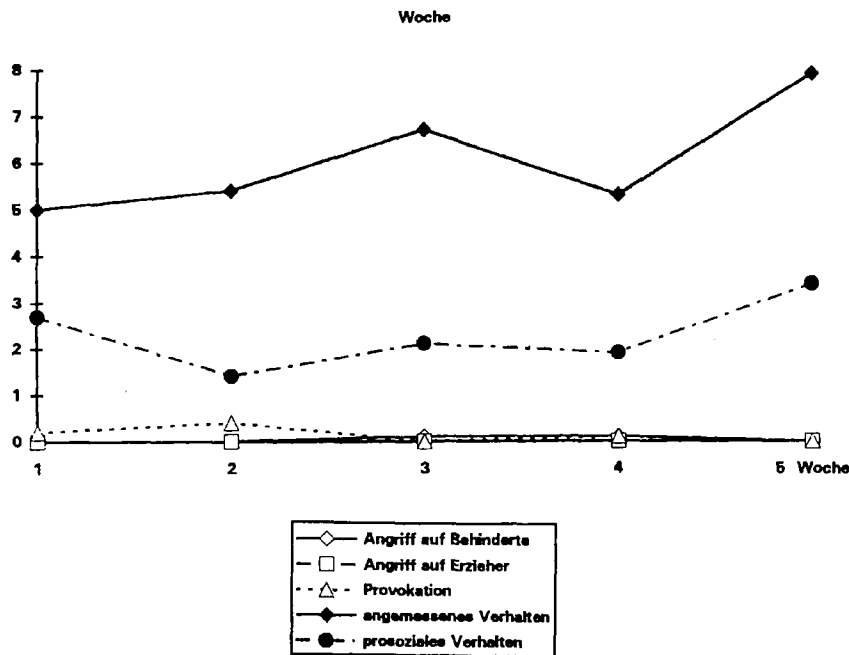


Abb. 3: Beobachtete Verhaltensweisen bei Max: follow-up nach 3 Jahren

Die erste Hypothese wird für jede Meßwertreihe mit Hilfe eines Randomisierungstests nach EDGINGTON (1980<sup>2</sup>) überprüft.

Dabei werden die ordinalskalierten Meßwerte in die n! möglichen Reihenfolgen gebracht und jeweils der Zeitreihe zugeordnet. Für jede der n! möglichen Zuordnungen wird als Teststatistik die Summe  $x_i y_i$  gebildet, wobei  $x_i$  gleich der laufenden Nummer der Beobachtungswoche und  $y_i$  gleich dem positionsgleichen Meßwert ist. Der Prozentsatz der Reihenfolgen, deren Testwert bei positiver Korrelation größer und bei negativer Korrelation kleiner ist als der Testwert der tatsächlich gemessenen Reihe, gibt die exakte Irrtumswahrscheinlichkeit an, mit der die Nullhypothese verworfen wird.

Die zweite Hypothese und mit ihr das vorliegende AB-Design

wird ebenfalls mit einem Randomisierungstest nach EDGINGTON (1980<sup>2</sup>) in folgender Weise überprüft: Innerhalb der Meßreihe werden X Zeitpunkte in Folge bestimmt, die dann als Anzahl theoretisch möglicher Zeitpunkte des treatment-Beginns gelten. Einer dieser Zeitpunkte ist der reale Beginn. Nun teilt man die Datenreihe an jedem dieser Zeitpunkte und errechnet  $AM_A$  für die Daten vor dem Zeitpunkt und  $AM_B$  für die Daten danach. Für die einseitige Nullhypothese besteht die Teststatistik aus der Differenz von  $AM_A$  und  $AM_B$ . Die Teststatistik des tatsächlichen treatment-Beginns teilt alle errechneten Werte in eine Gruppe mit größeren und eine mit niedrigeren Werten. Der Quotient dieser beiden Gruppen gibt den Signifikanzwert an (vgl. EDGINGTON 1980<sup>2</sup>). Bei 10 theoretisch möglichen treatment-Anfängen beträgt die Signifikanz maximal 1/10, also 10%.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Ergebnisse der zufallskritischen Überprüfung

Die Überprüfungen der ersten Hypothese ergeben ein differenziertes Bild (Tabelle 4). Erstes Ergebnis ist, daß in nahezu allen Fällen, in denen eine massive Verhaltensauffälligkeit im Vordergrund der Beobachtung stand, ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen ist. Im Fall von Gertrud wird die Signifikanzgrenze von 5% nur knapp verfehlt, und im Fall von Alex stand keine gut eingrenzbare massive Verhaltensstörung im Vordergrund. Sofern ein multiple baseline design vorliegt, zeigen sich sehr unterschiedliche Verlaufsbilder. Gabi zeigt sich in allen beobachteten Verhaltensbereichen signifikant gebessert, wogegen Alex bei ansonsten sehr wechselnden Trends keine Verbesserung im Bereich gestörter Verhaltensweisen aufweist. Dafür aber nimmt kooperatives Verhalten signifi-

kant zu. Bei Max sind lediglich diejenigen Verhaltensweisen unverändert, die sich in den Bereich der üblichen pädagogischen Auseinandersetzung einordnen lassen, nämlich Verweigerung und Kommandieren.

Zusammenfassend wird deutlich, daß die Beobachtung von Problemverhalten *und* sozial verträglichem bzw. erwünschtem Verhalten wichtige Aufschlüsse ergibt. In den vorliegenden Daten gibt es keinen durchgängigen Zusammenhang zwischen rückläufiger Verhaltensstörung und zunehmendem sozial erwünschtem und angemessenem Verhalten.

In die weiteren Berechnungen wird Gertrud trotz des knapp nicht signifikanten Ergebnisses einbezogen, da der Randomisierungstest sehr konservativ testet. Die Daten scheinen hinlänglich eindeutig, um die zweite Hypothese zu überprüfen. Im übrigen wurden nur die signifikanten Ergebnisse aus Tabelle 4 einbezogen.

Tab. 4: Teststatistiken der beobachteten Datenreihen<sup>a</sup>

Person	n!	Verhalten	Teststatistik Summe $x_j y_i$	Prozentrang/ Signifikanz
Heiner	31! = 8,22 x 10 <sup>33</sup>	Eskalation 1	9731	1,57
		Eskalation 2	5113	4,90
		Eskalation 3	2400	0,07
		Einnässen	1199	86,76 (n.s.)
		Einkoten	2202	53,13 (n.s.)
Franz	17! = 3,55 x 10 <sup>14</sup>	Schreien	2687	0,65
Gertrud	33! = 8,68 x 10 <sup>36</sup>	Autoaggression	7116	6,44 (n.s.)
Sonja	18! = 6,40 x 10 <sup>15</sup>	Autoaggressionen	1215	0,00
Alex	17! = 3,56 x 10 <sup>14</sup>	Stereotypien	1050	18,99 (n.s.)
		Schmieren mit Exkrementen	916	41,46 (n.s.)
		negative Emotionen	842	23,05 (n.s.)
		Provokationen	4274	47,37 (n.s.)
		positive Emotionen	2849	86,85 (n.s.)
		Kooperationen	3434	99,79 (p < 0,01)
Gabi	21! = 5,11 x 10 <sup>19</sup>	Kotschmieren	538	0,01
		Einnässen	386	0,40
		Schreien	274	4,31
		Essen stehlen	503	0,70
		Kleider zerreißen	1235	0,48
Max	37! = 1,38 x 10 <sup>43</sup>	Angriff auf Behinderte	1213	0,53
		Angriff auf Erzieher	923	1,72
		Provokation	3862	0,005
		Verweigerung	5330	22,13 (n.s.)
		Kommandieren	5862	13,63 (n.s.)
		angemessenes Verhalten	26176	99,78 (p < 0,01)
		prosoziales Verhalten	7515	99,33 (P < 0,01)

<sup>a</sup> nach 20000 zufälligen Ziehungen

Tab. 5: Teststatistiken zur Überprüfung des treatment-Effekts

Person	Verhaltensweisen	Anzahl theoret. Treatment-Beginne	AM <sub>A</sub> – AM <sub>R</sub>	Rangplatz des realen Beginns	theoret./ realer Beginn <sup>a</sup>
Heiner	Eskalation 1	24	8,72	11 (n.s.)	4/12
	Eskalation 2	24	8,27	8 (n.s.)	4/12
	Eskalation 3	24	15,37	8 (n.s.)	4/12
Franz	Schreien	10	28,09	3 (n.s.)	4/7
Gertrud	Autoaggression	26	3,72	6 (n.s.)	20/13
Sonja	Autoaggressionen	10	11,17	3 (n.s.)	5/6
Alex	Kooperationen	10	18,55	2 (n.s.)	8/7
Gabi	Kotschmieren	14	11,97	2 (n.s.)	7/8
	Einnässen	14	3,69	8 (n.s.)	6/8
	Schreien	14	2,28	4 (n.s.)	4/8
	Essen stehlen	14	3,05	6 (n.s.)	6/8
	Kleider zerreißen	14	9,85	4 (n.s.)	4/8
Max	Angriff auf Behinderte	20	5,76	6 (n.s.)	6/11
	Angriff auf Erzieher	20	3,78	6 (n.s.)	6/11
	Provokation	20	13,46	6 (n.s.)	8/11
	angemessenes Verhalten	20	15,18	7 (n.s.)	6/11
	prosoziales Verhalten	20	7,88	12 (n.s.)	18/11

<sup>a</sup> Nummer der jeweiligen Woche.

Die Überprüfung der zweiten Hypothese (Tabelle 5) ergibt keinen Fall, in dem der Behandlungsbeginn mit der größten Trendveränderung im Kurvenverlauf zusammenfällt. Die zweite Hypothese ist also beizubehalten; es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Behandlungsaufnahme und Kurvenverlauf bei den beobachteten Personen. Vielmehr zeigen die Kurvenverläufe, daß alle signifikant veränderten Verhaltensstörungen ihre bedeutsame Abnahme vor Behandlungsbeginn haben. Die positiven Verhaltensweisen haben ihren deutlichsten Anstieg teils deutlich nach (Alex), teils vor Behandlungsbeginn (Max).

5.2 Katamnестische Ergebnisse

Die katamnестischen Erhebungen ergeben wiederum ein differenziertes Bild.

Bei Franz lassen sich anhaltend Werte auf dem Niveau der Begleitungsphase in den Katamnesen beobachten, wobei die zweite Katamnese nach vier Jahren nochmals abnehmende Werte verzeichnet. Ebenso verhält es sich mit den Daten von Gertrud. Bei Max erweisen sich die Werte aller erhobenen Variablen nach drei Jahren stabil auf dem Niveau zu Ende der Begleitungsphase. Bis auf die Variable Einnässen mit einer leichten Zunahme ist dies ebenfalls bei Gabi in beiden Katamnesen nach ein und vier Jahren der Fall. Alex weist eine Zunahme der Werte in den Variablen Stereotypien und Provokationen auf. Im Gegensatz zur Behandlungsphase nahm dagegen die Häufigkeit von Schmieren mit Exkrementen ab. Die übrigen Variablen hielten sich auf dem gebesserten Niveau der Begleitungsphase. Heiners Daten zeigen in der ersten Katamnese ein

praktisch unverändertes Bild im Vergleich zum Ende des Therapieprogramms. In der zweiten Katamnese jedoch bewegen sich die Variablenwerte von Eskalation 2 und 3 wieder auf baseline-Niveau. Unverändert blieben weiterhin die Werte für Eskalation 1 und Einnässen, wogegen Entkoten nicht mehr zu beobachten war.

Insgesamt differieren die Verläufe in den Katamnesen erheblich. In den Fällen mit multiple baseline design lassen sich zwei homogene oder nahezu homogene Datensätze mit stabil günstigen Verläufen feststellen. Die übrigen zwei Datensätze weisen jeweils stabile Daten sowie sich günstig und ungünstig verändernde Daten auf. In allen sechs Katamnesen wurden jedoch unverändert günstige oder sich noch weiter bessernde Variablenverläufe beobachtet.

6 Diskussion

6.1 Reliabilität und Validität der vorgelegten Daten

Die relativ langen Beobachtungszeiträume von mindestens 16 Wochen (112 Tage) lassen eine systematische Variation von Beobachtungsfehlern über den gesamten Zeitraum sehr unwahrscheinlich erscheinen. Da die Daten zu Wochenwerten akkumuliert wurden, sind sie durch die Mittelwertbildung eher nivelliert, was Beobachtungsunterschiede und -fehler ebenfalls ausgleicht. Dennoch zeigen sich deutliche Schwankungen in den Kurven auch in sehr späten Beobachtungswochen, und die Tatsache, daß nicht nur Datenreihe mit rückläufiger, sondern auch mit zunehmender Tendenz Signifikanz erreichen, widerspricht einem Nachlassen der Beobachtungsintensität im Laufe der langen Beobach-

tungszeiträume. Es kann also davon ausgegangen werden, daß die vorgelegten Daten genügend reliabel sind, um auf Ordinalskalenniveau untersucht werden zu können. Hinsichtlich der Validität der Daten liegen sicher unterschiedliche Qualitäten vor: Einnäsen und Einkoten, Kleider zerreißen und tätliche Angriffe sowie Autoaggressionen sind gut objektivierbare Variablen, wogegen Variablen wie Kooperation, Stimmungslage o.ä. in der Beobachtung immer auch der (sich ändernden) Subjektivität des Beobachters unterliegen. Hier wären Außenkriterien wünschenswert, um die externe Validität zu sichern. Zum Teil sind diese gegeben in einer deutlichen Veränderung der Interaktionsqualität auf Seiten der Behinderten, die sich beispielsweise mit Hilfe der PIAGET-schen Stadien der Spiel- bzw. kognitiven Entwicklung beschreiben lassen. Eine Verlaufsbeobachtung und systematische Dokumentation qualitativer Entwicklungsschritte war jedoch bisher nicht leistbar und bleibt Aufgabe der Zukunft. In Form von Verlaufsnotizen der Therapeuten liegen solche Beobachtungen jedoch für alle Teilnehmer vor.

## Klaus Walter Bilitza (Hg.) Suchttherapie und Sozialtherapie



Psychoanalytisches Grundwissen  
für die Praxis. Mit einem Vorwort von  
A. Heigl-Evers. 1993. Ca. 304 Seiten,  
gebunden ca. DM 29,- / öS 226,- /  
SFr 30.30. ISBN 3-525-45759-6

**V&R** Vandenhoeck & Ruprecht

Die wichtige Störvariable der Psychopharmaka-Einnahme kann aufgrund der Dokumentation in ihrem Einfluß gut abgeschätzt werden; deutlich wird jedenfalls, daß erfolgreiche Verläufe nicht auf den Einsatz von Medikamenten zurückzuführen sind. Im Einzelfall konnte vielmehr als Konsequenz des günstigen Verlaufs eine Reduzierung vorgenommen werden. Nach dieser Seite hin kann also die Validität als abgesichert gelten.

Die verwendeten Randomisierungstests sichern ausdrücklich die interne Validität der Befunde und verlangen Ordinalskalengüte, die hier gewährleistet ist.

## 6.2 Diskussion der Ergebnisse

Von sieben untersuchten Teilnehmern ergab sich bei zwei Teilnehmern, nämlich Sonja und Heiner, daß die dokumentierten Besserungen langfristig nicht aufrechterhalten waren. Die übrigen fünf Teilnehmer zeigten auch langfristig eine dauerhafte Besserung zumindest im Bereich der expansiven Verhaltensstörungen und – soweit erhoben – auch im Bereich des angemessenen und sozial erwünschten Verhaltens. In den übrigen erhobenen Verhaltensbereichen wird das Problem der Wertung einer Veränderung deutlich. Wir sind der Auffassung, daß z. B. die Zunahme von Provokationen auf dem Hintergrund seiner autistischen Störung bei Alex als Therapieerfolg zu werten ist. Provokationen stellen eine aktive Form der Auseinandersetzung mit der Umwelt dar, die zum autistischen Rückzug im deutlichen Kontrast steht.

Die therapeutische Wirksamkeit des gesamten Therapieprogramms ist bei den untersuchten Personen dadurch sicherlich belegt; die differenzierte Betrachtung der erhobenen Befunde verdient im vorliegenden Fall allerdings besonderes Interesse. – Bis auf Gertrud, bei der die deutlichste Besserung erst spät nach der Intensivtherapie einsetzt, zeigt sich die bedeutsame Verringerung der Verhaltensstörungen durchgängig bereits vor Aufnahme der Intensivtherapie. Lediglich bei Gabi kann diese vorzeitige Erniedrigung auf Medikamenteneinsatz zurückgeführt werden; die dominante Störung allerdings, nämlich das Kotschmieren, ist davon ausgenommen (vgl. Tabelle 5). Damit wird ein Befund mehrfach bestätigt, der bereits in einer früheren Einzelfallstudie vorgelegt und diskutiert wurde (ROHMANN et al. 1988 a). Im damaligen Fall wurde dieser Effekt hauptsächlich mit der beobachtungsbedingt verstärkten Zuwendung erklärt. Diese Erklärung kann nicht hinreichend sein, denn gerade im Fall expansiver Verhaltensstörungen wirkt unter lerntheoretischen Gesichtspunkten eine vermehrte Zuwendung bei unveränderten Kontingenzen störungsverstärkend. Da in der baselin-Phase Absprachen über eine veränderte pädagogische Reaktion der Betreuer vermieden wurden, um den vorzeitigen Beginn wirksamer Interventionen zu verhindern, können Veränderungen im Betreuerverhalten allenfalls unsystematisch-episodischer Natur gewesen sein. Wiederum wäre in lerntheoretischer Perspektive allenfalls eine weitere Stabilisierung des Problemverhaltens zu erwarten, da auf diese Weise unfreiwillig ein intermittierendes Verstärkungsmuster mit wechselnden Kontingenzen entstehen würde. Im speziellen Fall von Autoaggressionen kann dies zwar therapeutisch wirksam sein (vgl. ROHMANN u. HARTMANN 1988); in den dokumentierten Fällen ist dies jedoch wegen des mit den Autoaggressionen einhergehenden Kontrollverlustes vor Therapiebeginn nicht zu erwarten. Ein angemessenes Konzept zur Erklärung der vorliegenden Befunde scheint jedoch die systemische Perspektive zu bieten, die davon ausgeht, daß Änderungen in Teilen des Systems das ganze System dazu zwingen, ein neues Gleichgewicht zu finden und sich so zu verändern (ROTHHAUS 1989, 1990). Unsere Erklärungshypothese ist, daß die Entscheidung des Betreuerteams, effektive Maßnah-

men zur Veränderung des Problems zu ergreifen (was auch immer das Team als effektiv bewertet), als die Änderung anzusehen ist, die den systemischen Wandel nach sich zieht. Im vorliegenden Fall müssen sich die Betreuer-teams schriftlich zum Kompakt-Therapie- Programm anmelden, und der zu erwartende Aufwand erfordert eine klare Entscheidung. Über die Wirksamkeit von solchen Entscheidungen auch mit weniger weitreichenden Konsequenzen wurde bereits berichtet (ELBING u. ROHMANN 1992 a; zur Erklärung der therapeutischen Wirksamkeit von Entscheidungen siehe auch GOULDING u. GOULDING 1981).

Wie auch immer die Erklärung sein mag, so erhebt sie grundsätzlich die Frage nach der Wirksamkeit und Wirkungsart der durchgeführten Therapien. Zwei hier vorgelegte Befunde sind nun heranzuziehen. Zum einen setzt die erwartete bedeutsame Änderung positiver Verhaltensweisen – soweit erhoben – unsystematisch teils kurz vor, während oder nach Aufnahme der Therapie ein (vgl. Tabelle 5). Zum anderen sind die Änderungsprofile in den multiple baselines designs sehr unterschiedlich, von Änderung in ganz spezifischen Verhaltensbereichen bis zu Änderungen auf breiter Front, vor allem im mehrjährigen follow-up (z. B. bei Gabi oder Max). Es scheint demnach so zu sein, daß die Therapie selbst vorrangig entwicklungsfördernde Funktion hat, indem sie angemessenes Verhalten in seiner Entfaltung unterstützt, wodurch ein höheres Entwicklungsniveau in der Auseinandersetzung mit der Umwelt erreicht wird. Dies entspricht sowohl dem Anspruch der eingesetzten Verfahren als auch dem Befund, daß Kommunikationsfähigkeit und Verhaltensstörungen im Verhältnis negativer Korrelation stehen (CARR u. KOLOGINSKY 1983; TALKINGTON u. HALL 1969; TALKINGTON et al. 1971; vgl. auch DUKER 1991). Daß dieser Zusammenhang unterschiedlich in seiner „Breitenwirkung“ sein kann, belegen die zur Diskussion stehenden Daten.

Systemische Effekte können also den (kurzfristigen) Rückgang von Verhaltensstörungen erklären. Die Stabilisierung dieses Rückgangs durch die Auswirkungen von gesteigerter Kommunikationsfähigkeit ist dann die Funktion der Therapie. Damit wird ein Ergänzungsverhältnis postuliert, das sich vor allem aus der langfristigen Perspektive herleitet; gerade mit den sehr günstigen Verläufen bei Max und Gabi z. B. sind zwischenzeitlich mehrere personelle Umbrüche im Betreuer-Team verbunden; zum Zeitpunkt des letzten follow-ups war seit längerem kein Betreuer mehr im Dienst, der am Therapieprogramm beteiligt war. Bekanntermaßen sind Betreuerwechsel sowie Änderungen in den täglichen Gewohnheiten stets kritische Ereignisse für das hier behandelte Klientel (vgl. BURKART u. KRECH 1986; BREZOVSKY 1985), und ausnahmslos waren alle behandelten Behinderten mehrfach solchen kritischen Bedingungen ausgesetzt. Somit läßt sich als eine der langfristigen Wirkungen der Therapie eine Erhöhung der Vulnerabilitätsschwelle vermuten.

Stützende und stabilisierende Funktion haben in dieser Sicht auch die lerntheoretisch orientierten milieugestaltenden und pädagogischen Maßnahmen, die in der Umset-

zungsphase ergänzend zur Basistherapie hinzutreten, denn noch offenkundiger als für die in der Intensivtherapie-Phase einsetzende Einzeltherapie gilt hier, daß in der Regel die größte Änderung des pathologischen Verhaltens bereits vollzogen ist.

### 6.3 Offene Fragen und Ausblick

Aufgrund der kleinen Stichprobe müssen Fragen der Generalisierbarkeit der Befunde weitgehend offenbleiben. Die vorgelegten Daten heben sich aber in mancher Hinsicht von Evaluationsstudien ab, wie sie für das Anwendungsfeld geistige Behinderung/Autismus/Kinder- und Jugendpsychiatrie im deutschsprachigen Raum vorgelegt wurden (z. B. BURCHARD 1988, 1989; DISCH u. HESS 1988; DUKER 1975; PETERMANN u. WALTER 1989; ROHMANN 1985; ZÜRN et al. 1990): Sie erheben Verhalten statt Einschätzungen und beinhalten vergleichsweise lange Zeiträume der baseline- Erhebung von durchschnittlich 56 Tagen, in denen sich Effekte zeigen, die bei kürzeren Erhebungszeiträumen nicht sichtbar werden können. Ähnliches gilt für die Länge der Beobachtung in der treatment-Phase und für die Nacherhebungen, vor allem in den Fällen, in denen zwei follow-ups vorgelegt werden. Der dadurch erreichte Erkenntnisgewinn unterstreicht die Forderung nach der Erhebung von Verhaltensweisen anstelle von Fragebögen und Tests zur Untersuchung von Therapieeffekten und -verläufen, wie sie in der Diskussion um den Stand der Psychotherapieforschung wiederholt gestellt wurde (z. B. ORLINSKY u. HOWARD 1986<sup>2</sup>; WITTMANN u. MATT 1986). Der Befund, daß bei sieben von insgesamt acht dokumentierten Einzelfällen die Ausprägung der Verhaltensstörung bereits vor Therapiebeginn am stärksten abnahm, stellt eine Herausforderung zunächst an die Therapieforschung dar; die nächstliegende Aufgabe wäre es, diesen Befund entweder weiter zu erhärten oder seinen singulären Charakter nachzuweisen. Wir gehen davon aus, daß es kein singulärer Befund bleiben wird, denn die behandelten Behinderten können sich nicht selbst zur Therapie anmelden und verfügen auch in der Regel nicht über einen Zeitbegriff, der sie den Beginn der Therapie abschätzen läßt. Auch wenn damit der Charakter eines echten Blindversuchs noch nicht gegeben ist, so steht doch zu erwarten, daß bei eigener und selbstverantworteter Anmeldung zur Therapie (wie dies bei „normalen“ Therapien die Regel ist) die vermuteten Effekte der Entscheidung eher noch deutlicher sein müßten. Möglicherweise könnte hier einer der Gründe dafür liegen, daß überzeugende Effektnachweise in der Therapieforschung nach wie vor schwierig zu erbringen sind (KADZIN 1986; MEYER 1990; STILES et al. 1986). In der theoretischen Reflexion gibt es mittlerweile erste Ansätze, die die Strategie des Klienten im Umgang mit Therapie und Therapeuten beschreiben (CASPAR u. GRAW 1992; GRAW u. DZIEWAS 1978) und dabei auch über das eigenschaftsähnliche Konstrukt der Aufnahmebereitschaft des Klienten (AMBÜHL u. GRAW 1988 in Weiterführung von ORLINSKY u. HOWARD 1986) hinausgehen. In jedem Falle stellt sich auch hier die Frage nach der sozialen Kompetenz und Intelligenz geistig

behinderter Menschen, denn ungeklärt bleibt hier die Fähigkeit der untersuchten Klienten, überhaupt in der dokumentierten Weise auf die oben diskutierten unsystematischen Veränderungen ihres Bezugssystems zu reagieren oder sie sogar aktiv mitzugestalten.

### Summary

#### *Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms*

The development of severely disturbed and socially accepted behavior in mentally handicapped persons with autistic or psychotic symptoms is documented before, during and after an intensive therapy program conducted in a residential institution for mentally handicapped persons. Seven single case studies were made as long term observation with a duration between 18 and 33 weeks, mostly with a multiple baseline design. One or two follow ups with at least four weeks length were conducted in six out of seven cases up to four years after the end of the intensive therapy. The main results show (1) the decrease of disturbed behavior and the increase of socially accepted behavior during the therapy program, and (2) the significant reduction of the disturbed behavior patterns taking place during the baseline phase before the beginning of the therapy in all cases but one. The results are discussed under the aspects of a possible explanation for the findings and their impact on the discussion about psychotherapy research.

### Literatur

AMBÜHL, H./GRAW, K. (1988): Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 36, 308-327. – BESEMS, T./VUGHT, G. VAN (1983): Integrative Körpertherapie. In: H. FÄRBER (Hrsg.): Integrative Therapie mit geistig und psychisch behinderten Kindern und Jugendlichen (S. 23-47). Dortmund: modernes lernen. – BESEMS, T./VUGHT, G. VAN (1985): Gestalttherapie mit geistig Behinderten. In: W. ROTTHAUS (Hrsg.): Psychotherapie mit Jugendlichen (S. 251-275). Dortmund: modernes lernen. – BESEMS, T./VUGHT, G. VAN (1988): Gestalttherapie mit geistig behinderten Menschen. Teil I. Geistige Behinderung, 4, Innenteil. – BRANDTSTÄDTER, J./KRAMPEN, G./WARNDORF, P. K. (1985): Entwicklungsbezogene Handlungsorientierungen und Emotionen im Erwachsenenalter. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 17, 41-52. – BREZOVSKY, P. (1985): Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens. Stuttgart: Enke. – BURCHARD, F. (1989): Festhalte-Therapie bei autistischen Kindern – Ergebnisse einer mehrjährigen Studie. Autismus 26, 6-16. – BURCHARD, F. (1988): Verlaufsstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 27, 89-98. – BURKART, H./KRECH, R. (1986): Aggression und geistige Behinderung. Probleme fremd- und selbst-aggressiven Verhaltens. Berlin: Marhold. – CARR, E./KOLINGINSKY, E. (1983): Acquisition of sign language by autistic

children II: Spontaneity and generalization effects. Journal of Applied Behavior Analysis 16, 297-314. – CASPAR, F./GRAW, K. (1992): Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer, integrierender Produktionsprozeß? Report Psychologie 46 (7), 10-22. – DISCH, J./HESS, T. (1988): „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapien: Eine katamnestische Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37, 304-310. – DUKER, P. C. (1975): Anwendung von Strafmethoden bei einem retardierten Mädchen mit selbstdestruktivem Verhalten. Zeitschrift für klinische Psychologie 4, 38-47. – DUKER, P. C. (1991): Gebärdensprache mit autistischen und geistig behinderten Menschen. Ein Handbuch der Gebärden. Dortmund: modernes lernen. – EDGINGTON, E. S. (1980<sup>2</sup>): Randomization tests. New York: Marcel Dekker. – ELBING, U. (1992): Autoaggression und pathologische Informationsverarbeitung bei Geistigbehinderten mit autistischen Zügen. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen. – ELBING, U./ROHMANN, U. H. (1990): Die Klinik im Heim: Das Kompakt-Therapie-Programm zur Behandlung autistisch Behinderter mit schweren Verhaltensstörungen. In: S. DZIKOWSKI/C. ARENS (Hrsg.): Autismus heute. Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder (S. 103-116). Dortmund: modernes lernen. – ELBING, U./ROHMANN, U. H. (1992 a): Autoaggressionsbehandlung im Heim – Eine integrative Perspektive. Jugendwohl 73, 176-189. – ELBING, U./ROHMANN, U. H. (1992 b): Das Kompakt-Therapie-Programm zur Behandlung autistisch und geistig Behinderter mit schweren Verhaltensstörungen im vollstationären Bereich. In: Lebenshilfe für geistig Behinderte, Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V. (Hrsg.): Annehmen und Verstehen – Förderung von Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen. Band 2. Hürth: Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen (im Druck). – GOULDING, M./GOULDING, R. (1981): Neuentcheidung. Ein Modell der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. – GRAW, K./DZIEWAS, H. (1978): Interaktionelle Verhaltenstherapie. Mitteilungen der DGVT, Sonderheft 1, 27-49. – HARTMANN, H. (1986): Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT) bei psychotischen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35, 242-247. – HARTMANN, H./ROHMANN, U. H./KALDE, M./JAKOBS, G. (1988): Das mehrdimensionale Therapie-Modell des Zentrums für Autismusforschung und Entwicklungstherapie in Viersen. In: C. ARENS/S. DZIKOWSKI (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 1 (S. 127-162). Dortmund: modernes lernen. – HOBRÜCKER, B. (1990): Die Technik der Nachbefragung in der Stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39, 38-44. – KALDE, M. (1992): Vom spielerischen zum sprachlichen Dialog mit behinderten Kindern. Ein Buch zur handlungsorientierten Spiel- und Sprachmotivation. Dortmund: modernes lernen. – KAZDIN, A. E. (1986): Comparative Outcome Studies of Psychotherapy: Methodological Issues and Strategies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 54, 95-105. – KOCH, A./KANE, J. F./JOCHMUS, I./KANE, G./WILHELMSTROOP-MEYER, A. (1979): Behandlung von Autoaggressionen auf lerntheoretischer Grundlage. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 28, 83-91. – MALL, W. (1984): Basale Kommunikation – ein Weg zum anderen. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen. Geistige Behinderung 23 (1), 1-16. – MEYER, A.-E. (1990): Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie 19, 287-291. – MELLOR, K. (1980): Reframing and the Integrated Use of Redeciding and Reparenting. Transactional Analysis Journal 10, 204-212. – ORLINSKY, D. E./HOWARD, K. I. (1986<sup>2</sup>): Process and outcome in psychotherapy. In: S. GARFIELD/A. BERGIN (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (S. 311-381). New York: Wiley. – OSNES, R. E. (1974):



- Spot Reparenting. *Transactional Analysis Journal* 4, 40-46. – PETERMANN, F. (1982): Einzelfalldiagnose und klinische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. – PETERMANN, F./WALTER, H.-J. (1989): *Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach beeinträchtigten Kindern*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38, 118-125. – RENNEN-ALLHOFF, B. (1991): Wie verlässlich sind Elternangaben? Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40, 333-338. – ROHMANN, U.H. (1985): Informationsverarbeitung autistischer Kinder. Ein theoretisches und empirisches Modell zur psychotischen Informationsverarbeitung und seine Bedeutung für die Therapie. Münster: Lit. – ROHMANN, U.H./HARTMANN, H. (1988): Autoaggression. Grundlagen und Behandlungsmöglichkeiten. Dortmund: modernes lernen. – ROHMANN, U.H./ELBING, U. (1990): Festhaltetherapie und Körpertherapie. Dortmund: modernes lernen. – ROHMANN, U.H./ELBING, U. (1991): Körperzentrierte Interaktion mit autistischen und autoaggressiven Kindern. Zeitschrift der Lebenshilfe Salzburg 2, 31-38. – ROHMANN, U.H./ELBING, U./HARTMANN, H. (1988a): Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37, 112-120. – ROHMANN, U.H./ELBING, U./HARTMANN, H. (1988b): Autoaggression und Pulsfrequenz – eine Längsschnittstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 16, 210-216. – ROHMANN, U.H./ELBING, U./HAHN, A. (1991): Gemeinsam Lernen, Gemeinsam Fühlen, Gemeinsam Handeln – Wege eines Kommunikations- und Interaktionsaufbaus mit Hilfe körperorientierter Methoden mit schwer geistig behinderten Menschen. In: Lebenshilfe für geistig Behinderte, Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.): Annehmen und Verstehen – Förderung von Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen, Bd.1 (S.258-282). Hürth: Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen. – ROHMANN, U.H./KALDE, M./HARTMANN, H./JAKOBS, G. (1988c): Das therapeutische Konzept der Körperzentrierten Interaktion. In: C. ARENS/S. DZIKOWSKI (Hrsg.): Autismus heute, Bd.1 (S.139-151). Dortmund: modernes lernen.
- ROTTHAUS, W. (1989): Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38, 10-16. – ROTTHAUS, W. (1990): Die systemische Perspektive. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39, 361-364. – SCHÄDLER, H. (1991): An Grenzen stoßen oder Grenzen erleben im Blickwinkel eines Mediziners. Marchtaler Pädagogische Beiträge 14 (2), 15-21. – STILES, W.B./SHAPIRO, D.A./ELLIOT, R. (1986): Are All Psychotherapies Equivalent? *American Psychologist* 41, 165-180. – TALKINGTON, L./HALL, S. (1969): Hearing impairment and aggressiveness in mentally retarded. *Perceptual and Motor Skills* 28, 303-306. – TALKINGTON, L./HALL, S./AITMAN, R. (1971): Communication deficits and aggression in the mentally retarded. *American Journal of Mental Deficiency* 76, 235-237. – WITTMANN, W.W./MATT, G.E. (1986): Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau* 37, 20-40. – ZASLOW, R.W. (1982): Der Medusa-Komplex. Die Psychopathologie der menschlichen Aggression im Rahmen der Attachment-Theorie, widergespiegelt im Medusa-Mythos, dem Autismus und der Schizophrenie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 30 (2), 162-180. – ZASLOW, R.W. (1983): Z-Prozeß-Beziehungstherapie. In: R.J. CORSINI (Hrsg.): *Handbuch der Psychotherapie*, Bd.2 (S.1450-1473). Weinheim: Beltz. – ZÜRN, H./BOSSELMANN, R./ARENDE, G./LIEBL-WACHSMUTH, W. (1990): Wie ging's denn weiter? – Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Nachbefragung eines Klientenjahrganges. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39, 185-190.
- Anschr. d. Verf.: Dr. Ulrich Elbing, Stiftung Haus Lindenhof, Lindenhofstraße 127, 73529 Schwäbisch Gmünd;  
Dr. Ulrich H. Rohmann, Ausbildungsinstitut für Beratungs- und Behandlungsmodelle bei geistig behinderten Menschen (AIBB), An der Wildbahn 18, 47800 Krefeld.