

---

# Heilpädagogische Forschung

---

**Zeitschrift für Erziehung und Unterricht behinderter Kinder und Jugendlicher**

Herausgegeben von Helmut von Bracken, Marburg; Hermann Wegener, Kiel  
und Lothar Tent, Marburg

---

Band VIII, Heft 2  
1979

---

Marhold

---

# Heilpädagogische Forschung

Zeitschrift für Erziehung und Unterricht behinderter Kinder und  
Jugendlicher

---

## Herausgeber

Prof. Dr. Dr. *Helmut von Brackeen*, Marburg, Prof. Dr. *Lothar Tent*,  
Marburg und Prof. Dr. Dr. *Hermann Wegener*, Kiel.

---

## Ständige Mitarbeiter

Prof. Dr. *Hans Asperger* (Wien), Prof. Dr. *Heinz Bach* (Mainz), Ltd.  
Regierungsdirektor Dr. *Walter Becker* (Hamburg), Prof. Dr. *Ulrich Blei-  
dick* (Hamburg), Prof. Dr. *Karl H. Bönner* (Marburg), Prof. Dr. *René  
Dellaert* (Antwerpen), Prof. Dr. *Heinrich Düker* (Marburg), Min-  
Dirigent Dr. *Othmar Englert* (Wiesbaden), Prof. Dr. *Gerhard Heese*  
(Zürich), Prof. Dr. *Theodor Fr. Hellbrügge* (München), Prof. Dr. *Hilde-  
gard Hetzer* (Gießen), Prof. *Wilhelm Hofmann* (Heilbronn), Prof. Dr.  
*Elfriede Höhn* (Mannheim), Prof. Dr. *Heribert Jussen* (Köln), Prof.  
Dr. *Samuel Kirk* (Urbana, Illinois), Prof. Dr. *Karl Josef Klauer*  
(Aachen), Prof. Dr. *Werner Küchenhoff* (Hannover), Prof. Dr. *Eduard  
Montalta* (Fribourg), Prof. Dr. *Richard Müller* (Hagen), Prof. Dr.  
*Elimar Schönhärl* (Marburg), Prof. Dr. *Eberhard Schomburg* (Hannover),  
Prof. Dr. *Josef Spieler* (Karlsruhe), Prof. Dr. med. Dr. phil. h. c. *Her-  
mann Stutte* (Marburg), Prof. Dr. *W. E. Vliegenhart* (Utrecht), Prof. Dr.  
*Peter Voigt* (Berlin), Doz. Dr. *Franz Wurst* (Klagenfurt).

---

## Inhaltsverzeichnis von Band VIII, Heft 2 1979

<i>Harald Tornow, Michael Broda</i> und <i>Wolfgang Nöthen</i> : Semantische Struktur von Bezeichnungen abweichender Kinder bei Lehrern und Fachleuten . . . . .	133
<i>John F. Kane</i> : Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten — Literaturübersicht . . . . .	143
<i>Dietrich Holzer</i> : Zur Pathocharakterologie frühkindlich hirngeschä- digter Jugendlicher . . . . .	176
<i>Elisabeth Sander</i> und <i>Klaus Sander</i> : Zur Frage der Bedingungskon- stellationen bei lern- und bei geistig behinderten Schülern — eine empirische Arbeit von Schülerakten . . . . .	191
<i>Eberhard Bay</i> und <i>Helmut Ott</i> : Eine verhaltenstherapeutische Spiel- therapie . . . . .	205
<i>Heinz Neukäter</i> und <i>Herbert Goetze</i> : Strukturiertes Lernen bei leicht hirngeschädigten verhaltensgestörten Kindern . . . . .	226
<i>Kleine Beiträge und Nachrichten</i>	
<i>Helmut Bernsmeier</i> : Untersuchung zum sprachlichen Gebrauch der Begriffe Krüppel und Körperbehinderter . . . . .	235
<i>Jörn Greve</i> : Begrenzende Faktoren sozialer Integration und Präven- tion sekundärer Neurotisierung bei Behinderten . . . . .	245
<i>Zum Gedenken</i> : Kurt Prautzsch . . . . .	250
<i>Richard von Premerstein</i> : Heilpädagogische Dokumentation . . . . .	252

# Semantische Struktur von Bezeichnungen abweichender Kinder bei Lehrern und Fachleuten

Von *Harald Tornow, Michael Broda* und *Wolfgang Nöthen*

## Zusammenfassung, Summary, Résumé

Mittels einer Assoziationstechnik in Verbindung mit Cluster- und Faktorenanalyse wurde die semantische Struktur von 20 heilpädagogisch-kinderpsychiatrischen Termini untersucht. Es zeigte sich bei den beiden untersuchten Stichproben (Fachleute und Lehrer) eine fast identische Struktur mit 5 bis 6 Dimensionen. Das Ergebnis deckt sich mit denen anderer Untersuchungen. Außerdem stimmt die semantische Struktur weitgehend mit der Struktur der bezeichneten Phänomene überein.

### **The semantic structure of the terms used by teachers and other specialists to describe abnormal children**

The semantic structure of 20 terms from the field of remedial education and child psychiatry was examined using an association technique in conjunction with cluster and factor analysis. Both the random samples examined (specialists and teachers) showed an almost identical structure with five or six dimensions. The result tallies with those of other surveys. In addition, the semantic structure corresponds, for the most part, with the structure of the phenomena described.

### **La structure sémantique des appellations appliquées aux enfants anormaux par les enseignants et les spécialistes**

Au moyen d'une technique d'association, combinée avec une analyse de cluster et une analyse factorielle, a été examinée la structure sémantique de 20 termes de pédagogie curative et de psychiatrie infantile. Dans les deux groupes examinés (spécialistes et enseignants), s'est manifestée une structure presque identique comportant 5 à 6 dimensions. Les résultats concordent avec ceux d'autres enquêtes. Par ailleurs, la structure sémantique correspond pour une large part à celle des phénomènes désignés par le vocabulaire.

## 1. Fragestellung

In der Literatur, die sich mit abweichendem Verhalten im Kindes- und Jugendalter befaßt, gibt es eine unüberschaubar große Anzahl von Bezeichnungen von Devianz: schwererziehbar, verwahrlost, neurotisch, verhaltensgestört, erziehungsschwierig, psychisch behindert, sozial-emotional gestört usw.. Zusammenstellungen einer Reihe solcher Termini finden sich bei *Müller* (1969) und *Benkmann* (1972). Zum einen reflektiert die Heterogenität die Verschiedenartigkeit der Objekte: Abweichung zeigt sich in verschiedenen Erscheinungsformen. Zum anderen spielen auch subjektive Unterschiede eine Rolle: je nach den theoretischen Modellen und wissenschaftlichen Orientierungen, je nach den Einstellungen und Wahrnehmungstendenzen der Beobachter werden unterschiedliche Termini verwendet.

Unter einem *Terminus* verstehen *Kamlah* und *Lorenzen* (1967) Prädikatoren einer wissenschaftlichen Sprache. Obwohl in der sozial- bzw. heilpädagogischen Fachliteratur Prädikatoren selten explizit eingeführt (sprich: definiert) werden, und daher im streng logischen Sinn nicht von Termini gesprochen werden kann, wollen wir diese Bezeichnung verwenden, da wir es andererseits auch nicht mit Alltagssprache zu tun haben.

Abstrahiert man von der Lautgestalt des Terminus und bezieht man sich nur auf seine Verwendung, so sprechen *Kamlah* und *Lorenzen* (1967, S. 85) von einem *Begriff*. „Ein ‚Begriff‘ ist die *Bedeutung* eines Terminus“ und „Bedeutung eines Terminus ist dasjenige, was der Terminus auf Grund seiner expliziten Bestimmung zu verstehen gibt“ (S. 86).

Ausgehend von diesen Sätzen wollen wir nach den Begriffen in der Heil- bzw. Sozialpädagogik und Kinderpsychiatrie fragen. Wir wollen diese Frage empirisch angehen und untersuchen, welche Bedeutungen Termini im faktischen Gebrauch haben.

Dazu sind einige *einschränkende Vorbemerkungen* nötig:

- Unter der Bedeutung eines Terminus – man kann in unserem Fall auch von Etikett sprechen – kann mehr verstanden werden als nur eine logisch-linguistische Abstraktion. Etiketten weisen auf Einstellungen, Attributionen und soziale Kontrolle. Diese „Bedeutung“, im Sinne des Symbolischen Interaktionismus (*Steinert*, 1973) wollen wir nicht untersuchen, sondern uns nur auf semantischer Ebene bewegen.
- Das Ergebnis der Untersuchung hängt von der Auswahl der „Population von Sprechern“ ab. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Begriffsstruktur populationsinvariant ist. Die beiden untersuchten Stichproben sprechen daher vorerst nur für sich selbst.
- Die Analyse von Bedeutungen ist methodenabhängig. In unserem Fall ist es besonders die Zusammenstellung der Termini, die bei der Bewertung der Ergebnisse beachtet werden muß.

Die Untersuchung soll auf *zwei Fragen* antworten:

1. Welche Begriffe im heil-, sozialpädagogischen und kinderpsychiatrischen Bereich lassen sich empirisch nachweisen, und wie lassen sich Termini und Begriffe zuordnen?
2. Gibt es einen Unterschied bei den Begriffen und bei den Bedeutungen der Termini zwischen Laien (Lehrern) und Fachleuten (Sonderpädagogen, Ärzten, Psychologen usw.)? Wenn ja, welcher Art ist dieser Unterschied? Hiermit ist das Problem der Kommunikation zwischen Fachleuten und Laien angesprochen: verstehen professionell mit abweichenden Kindern befaßte Personen und Lehrer dasselbe, wenn sie dasselbe Wort verwenden?

## 2. Methode

### 2.1. Stichprobe der Probanden

Die Befragung wurde an *2 Stichproben* durchgeführt:

- a) *Lehrer* (N = 46; Durchschnittsalter 30 Jahre, Streuung 7 Jahre, 35 weiblich); im Frühjahr 1974 wurden 90 Fragebogen, im Rahmen einer umfangreicheren schriftlichen Befragung, an Lehrer in Grund- und Hauptschulen ausgegeben (10 an einer Gesamtschule, 2 an einer Realschule, 2 an einer Sonderschule). Die Auswahl ist nicht repräsentativ; 45 Lehrer wurden über eine Kartei erreicht, die alle Junglehrer Baden-Württembergs repräsentierte; die anderen 45 wurden persönlich oder über Schulleiter für eine Mitarbeit gewonnen.

- b) *Fachleute* (N = 45; Durchschnittsalter 34 Jahre, Streuung 10 Jahre, 21 männlich); hierbei handelt es sich um Personen, die professionell mit verhaltensauffälligen Kindern befaßt sind, in kinderpsychiatrischen Stationen, heilpädagogischen Heimen, Beratungsstellen und Sonderschulen. Die Stichprobe kann nicht als repräsentativ für eine definierbare Population angesehen werden. Die befragte Gruppe setzt sich zusammen aus 19 akademisch ausgebildeten Personen (Kinderpsychiater, Psychologen, Sonderschullehrer) und 26 anderen Personen des Fachpersonals (Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Erzieher, Krankenschwestern). Die Befragung (schriftlich, anonym) erfolgte im Frühjahr 1975.

## 2.2. Stichprobe der Termini

Bei den *Termini* sollte ein Zusammenhang mit Verhaltensstörungen wahrscheinlich sein; spezifische Behinderungen wurden nicht berücksichtigt. Es wurden solche Bezeichnungen aufgenommen, die mit großer Wahrscheinlichkeit Lehrern bekannt sind; ausgesprochene Fachtermini wurden vermieden. Eine Ausnahme machen vielleicht „neurotisch“ und „psychotisch“, deren Grobeinordnung u. E. aber von Lehrern zu erwarten war.

gehemmt	verhaltensauffällig
erziehungsschwierig	behindert
psychotisch	auffällig
enthemmt	schwierig
zurückgezogen	schwererziehbar
verwahrlost	gestört
kriminell	verhaltensgestört
problematisch	krank
gefährdet	asozial
gemütskrank	neurotisch

## 2.3. Ähnlichkeitsrating

Auf empirischem Wege wurde festgestellt, welche Bezeichnungen eine assoziative Ähnlichkeit aufweisen. Um zu einer Ähnlichkeitsmatrix der Bezeichnungen zu gelangen, bedienten wir uns einer einfachen *Assoziationsmethode* (Deese, 1962; Noble, 1952; Mackenzie, 1972; Marx, 1976), die gegenüber anderen Verfahren (direkte und indirekte Ähnlichkeits-Ratings) den Vorteil hat, ökonomisch zu sein.

Die Pbn wurden aufgefordert, sich dreimal aufmerksam die 20 Termini durchzulesen. Die Wörter waren, um Serieneffekte etwas abzumildern, in zufälliger Reihenfolge in 4 Kolonnen innerhalb eines Kastens angeordnet. Nachdem die Pbn die Wörter zur Kenntnis genommen hatten, sollten sie in einer zweiten Liste (gleiche Termini in einer anderen Zufallsfolge) hinter jedes Wort spontan dasjenige Wort aus dem Kasten schreiben, das ihrer Meinung nach am besten dazu paßt.

In einem ersten Schritt der statistischen Auswertung gelangt man zu einer Matrix, die angibt, mit welcher Häufigkeit ein Terminus *i* auf einen anderen Terminus *j* assoziiert wurde. Prinzipiell könnten diese Maße schon als Ähnlichkeitsindikatoren verwendet werden. Sie haben allerdings den Nachteil, abhängig vom Stichprobenumfang zu sein und nur die *direkten* Assoziationen zu berücksichtigen.

Ein besseres Maß stellt die „conditional probabilities correlation“ (CPC) dar.

$$\text{CPC}_{ij} = \frac{\sum_k p_i(k) p_j(k)}{\sqrt{\sum_k p_i(k)^2 \sum_k p_j(k)^2}}$$

$p_i(k)$ ,  $p_j(k)$  – Wahrscheinlichkeit, daß Wort  $k$  assoziiert wird, wenn das Wort  $i$  bzw.  $j$  gegeben ist

$$p_k(k) \stackrel{!}{=} 1.0$$

Dieser Algorithmus wird von *Mackenzie* (1972) empfohlen. Er führt zu Maßzahlen, die dem Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten entsprechen und damit eine Reihe von statistischen Weiterverarbeitungen ermöglichen, die sonst problematisch wären. Außerdem wird ein Maximum an Information ausgeschöpft, da außer den direkten Assoziationen auch berücksichtigt wird, in welchem Umfang auf die beiden Wörter  $i$  und  $j$  ein gemeinsamer Terminus  $k$  assoziiert wird.

#### 2.4. Semantische Struktur

Wir gehen davon aus, daß Termini in dem Maße ähnlich sind, wie sie Gleiches bedeuten, d. h. einen gemeinsamen Begriff bilden. Somit läßt sich ein Begriff erschließen und beschreiben durch die Gruppierung ähnlicher Termini. Eine solche Gruppierung ähnlicher (kovariierender) Objekte erreicht die Clusteranalyse (CA). Bei der *hierarchischen Clusteranalyse* von *Johnson* (1967) werden nacheinander alle Wörter ihrer Ähnlichkeit nach zu Gruppen zusammengefaßt. Bei der verwendeten „diameter method“ dient als Ähnlichkeitsmaß zwischen Gruppen und Einzelobjekten sowie zwischen Gruppen untereinander der jeweils kleinste Ähnlichkeitskoeffizient aller paarweisen Kombinationen. Dieses kleinste Maß bezeichnet auch jeweils die Kompaktheit einer Gruppe. Die Cluster, zu denen wir gelangen, weisen auf Begriffe hin. Werden Cluster weiter zusammengefaßt, gelangen wir zu Begriffen höherer Ordnung.

Eine andere Möglichkeit der Strukturanalyse bietet die *Faktorenanalyse* (FA) der Ähnlichkeitsmatrizen. Hierbei wird davon ausgegangen, daß jeder Terminus die gewichtete Summe mehrerer Bedeutungen ist, die er mit anderen Termini teilt, plus einer spezifischen Bedeutung. Die Gewichte der gemeinsamen Bedeutungen werden in der Faktorenanalyse errechnet. Sie entsprechen den Ladungen auf den gemeinsamen Faktoren, die Faktoren selbst repräsentieren die Begriffe, und die gesamte Faktorenmatrix ist ein Modell der semantischen Struktur der Termini.

Über die CA hinaus, die die Termini nur jeweils einem Begriff zuordnet, zeigt die FA an, ob und in welchem Maß bestimmte Wörter mehrdeutig sind (d. h. auf mehreren gemeinsamen Faktoren hoch laden) oder sehr spezifisch und keinem der Begriffe zuzuordnen sind (d. h. auf keinem gemeinsamen Faktor hoch laden).

Wegen der mit 1.0 besetzten Diagonale der Ähnlichkeitsmatrix (jeder Begriff ist sich selbst maximal ähnlich) wurde eine Hauptkomponenten-

Analyse durchgeführt. Um zu möglichst markanten Begriffen (Faktoren mit hohen Ladungen) zu gelangen, wurde die Initialmatrix varimax-rotiert. Die Anzahl der zu rotierenden Faktoren wurde so gewählt, daß alle gemeinsamen Faktoren erfaßt wurden.

(Die Auswertungsarbeiten wurden im RZF Freiburg auf der Univac 1106-II durchgeführt. Zur Anwendung kamen die Programme CPC20 (Tornow), HCLUST (Johnson) und SPSS (Nie, Bent und Hull).

### 3. Ergebnisse

Bei beiden Stichproben läßt sich die semantische Struktur nach der FA in 5-dimensionalen Räumen abbilden (Tab. 1 und 2). Wenn man die Kommunalitäten ( $h^2$ ) betrachtet, fällt auf, daß einige Termini nur recht unzureichend mit den 5 Begriffen erfaßt werden. Bei den Lehrern sind es die Bezeichnungen „verhaltensauffällig“, „schwererziehbar“, „erziehungsschwierig“, „enthemmt“ und „behindert“. Bei den Fachleuten sind es fast die gleichen Termini, hinzu kommt hier noch die Bezeichnung „verhaltensgestört“. Anders als bei den Lehrern hat „behindert“ wegen des starken Zusammenhangs mit „krank“ eine hohe Kommunalität.

Wegen der im allgemeinen eindeutigen Zuordnung der Termini zu einzelnen gemeinsamen Faktoren ist zu erwarten, daß die CA ein ähnliches Ergebnis liefert. In der Tat sind die Abweichungen so gering, daß die Ergebnisse beider Auswertungsmethoden gemeinsam interpretiert werden können.

Abb. 1 und 2 stellen die Gruppierung der Termini in 6 Cluster dar. Die Zahl oben rechts in den Kästchen gibt an, welches das kleinste Ähnlichkeitsmaß aller paarweisen Kombinationen der Elemente eines Clusters ist. Bei der weiteren Zusammenfassung der 6 Cluster muß beachtet werden, daß zunehmend heterogene Gruppen gebildet werden.

In beiden Stichproben finden sich 3 Begriffe, die sich auf die *Abweichungen von der Norm sozialer Anpassung* beziehen. Am prägnantesten ist hier der Begriff der (*Prä-)*Delinquenz, der in beiden Stichproben identisch ist (Lehrer: F2 und Cluster III; Fachleute: F1 und Cluster III). Daß bei den Lehrern in der CA „enthemmt“ zu diesem Begriff gehört, kann als Artefakt gewertet werden (vgl. die geringe Kommunalität in Tab. 1).

Die beiden anderen Cluster (I und II) beziehen sich auf *Abweichungen in pädagogischen Situationen*. Bei der Stichprobe der Fachleute (Tab. 2) bilden diese Bezeichnungen einen einzigen Faktor (F2). In der CA (Abb. 2) werden diese Termini noch einmal aufgeteilt in einen Begriff, der allgemein auf die *Erziehungsproblematik* (Cluster I), und einen Begriff, der auf das *Auffallen* hinweist, evtl. im Sinne eines „acting out“ (Cluster II).

Bei der Lehrer-Stichprobe (Abb. 1) ist die Aufteilung des Begriffs „pädagogisch auffällig“ in die Cluster I und II nicht ganz nachvollziehbar. Besser sind hier die beiden entsprechenden Faktoren F3 und F4 der Hauptkomponentenanalyse (Tab. 1) zu interpretieren. So scheint der Begriff „pädagogisch schwierig (1)“ (F3 und Cluster I) mit dem größten Gewicht auf „schwierig“ und „problematisch“ eher allgemein auf die Problematik hinzuweisen,

Tab. 1: Semantische Struktur heilpäd.-kinderpsychiatr. Termini; Stichprobe Lehrer; Hauptkomponentenanalyse der CPC, varimax-rotiert

Terminus	F1	F2	F3	F4	F5	h <sup>2</sup>
verhaltensauffällig			42*	37		33
schwierig			87			77
schwererziehbar			40			25
problematisch			89			80
erziehungsschwierig				49		33
auffällig				78		63
gestört	33			53		44
verhaltensgestört				59		37
enthemmt				48		32
verwahrlost		77				62
kriminell		73				54
gefährdet		64				44
asozial		82				67
psychotisch	83					69
behindert	48					29
gemütskrank	72					53
krank	84					71
neurotisch	52					36
gehemmt					97	95
zurückgezogen					96	93

\* Ladungen über .30; ohne Dezimalpunkt

Tab. 2: Semantische Struktur heilpäd.-kinderpsychiatr. Termini; Stichprobe Fachleute; Hauptkomponentenanalyse der CPC, varimax-rotiert

Terminus	F1	F2	F3	F4	F5	h <sup>2</sup>
verhaltensauffällig		55*				35
schwierig		74				55
schwererziehbar		46				26
problematisch		70				55
erziehungsschwierig		56				34
auffällig		51				35
gestört		37	47			37
verhaltensgestört		49				28
enthemmt		32				31
verwahrlost	85					73
kriminell	69					48
gefährdet	64					44
asozial	82					68
psychotisch			76			59
behindert					88	82
gemütskrank			71			53
krank			34		85	85
neurotisch			68			49
gehemmt				95		92
zurückgezogen				95		92

\* Ladungen über .30; ohne Dezimalpunkt



I + II + III	.02	<i>sozial problematisch</i> <i>Norm: soziale Anpassung</i>																		
<table> <tbody> <tr> <td>I + II</td> <td>.10</td> <td><i>pädagogisch auffällig</i> <i>Norm: Anpassung in pädagogischen Situationen</i></td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>.17</td> <td><i>pädag. schwierig (1)</i> <i>Norm: Erziehbarkeit</i> verhaltensauffällig schwierig schwererziehbar problematisch</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>.26</td> <td><i>pädag. schwierig (2)</i> <i>Norm: Erziehbarkeit</i> erziehungsschwierig auffällig verhaltensgestört</td> </tr> </tbody> </table>			I + II	.10	<i>pädagogisch auffällig</i> <i>Norm: Anpassung in pädagogischen Situationen</i>	I	.17	<i>pädag. schwierig (1)</i> <i>Norm: Erziehbarkeit</i> verhaltensauffällig schwierig schwererziehbar problematisch	II	.26	<i>pädag. schwierig (2)</i> <i>Norm: Erziehbarkeit</i> erziehungsschwierig auffällig verhaltensgestört									
I + II	.10	<i>pädagogisch auffällig</i> <i>Norm: Anpassung in pädagogischen Situationen</i>																		
I	.17	<i>pädag. schwierig (1)</i> <i>Norm: Erziehbarkeit</i> verhaltensauffällig schwierig schwererziehbar problematisch																		
II	.26	<i>pädag. schwierig (2)</i> <i>Norm: Erziehbarkeit</i> erziehungsschwierig auffällig verhaltensgestört																		
III	.12	<i>(prä-)delinquent</i> <i>Norm: mittelschicht-orientierte soziale Konformität</i> enthemmt verwahrlost kriminell gefährdet asozial																		
<table> <tbody> <tr> <td>IV + V + VI</td> <td>.03</td> <td><i>individuell gestört</i> <i>Norm: indiv. Anpassungsfähigkeit</i></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table> <tbody> <tr> <td>IV + V</td> <td>.09</td> <td><i>emotional gehemmt</i> <i>Norm: emotionales Engagement</i></td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>.18</td> <td><i>emotional „gehandicapt“</i> <i>Norm: emotionale Funktionstüchtigkeit</i> behindert gestört neurotisch</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>.92</td> <td><i>„retiring“</i> <i>Norm: Aktivität</i> gehemmt zurückgezogen</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td>VI</td> <td>.36</td> <td><i>psychisch krank</i> <i>Norm: geistige Gesundheit</i> psychotisch krank gemütskrank</td> </tr> </tbody> </table>			IV + V + VI	.03	<i>individuell gestört</i> <i>Norm: indiv. Anpassungsfähigkeit</i>	<table> <tbody> <tr> <td>IV + V</td> <td>.09</td> <td><i>emotional gehemmt</i> <i>Norm: emotionales Engagement</i></td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>.18</td> <td><i>emotional „gehandicapt“</i> <i>Norm: emotionale Funktionstüchtigkeit</i> behindert gestört neurotisch</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>.92</td> <td><i>„retiring“</i> <i>Norm: Aktivität</i> gehemmt zurückgezogen</td> </tr> </tbody> </table>			IV + V	.09	<i>emotional gehemmt</i> <i>Norm: emotionales Engagement</i>	IV	.18	<i>emotional „gehandicapt“</i> <i>Norm: emotionale Funktionstüchtigkeit</i> behindert gestört neurotisch	V	.92	<i>„retiring“</i> <i>Norm: Aktivität</i> gehemmt zurückgezogen	VI	.36	<i>psychisch krank</i> <i>Norm: geistige Gesundheit</i> psychotisch krank gemütskrank
IV + V + VI	.03	<i>individuell gestört</i> <i>Norm: indiv. Anpassungsfähigkeit</i>																		
<table> <tbody> <tr> <td>IV + V</td> <td>.09</td> <td><i>emotional gehemmt</i> <i>Norm: emotionales Engagement</i></td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>.18</td> <td><i>emotional „gehandicapt“</i> <i>Norm: emotionale Funktionstüchtigkeit</i> behindert gestört neurotisch</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>.92</td> <td><i>„retiring“</i> <i>Norm: Aktivität</i> gehemmt zurückgezogen</td> </tr> </tbody> </table>			IV + V	.09	<i>emotional gehemmt</i> <i>Norm: emotionales Engagement</i>	IV	.18	<i>emotional „gehandicapt“</i> <i>Norm: emotionale Funktionstüchtigkeit</i> behindert gestört neurotisch	V	.92	<i>„retiring“</i> <i>Norm: Aktivität</i> gehemmt zurückgezogen									
IV + V	.09	<i>emotional gehemmt</i> <i>Norm: emotionales Engagement</i>																		
IV	.18	<i>emotional „gehandicapt“</i> <i>Norm: emotionale Funktionstüchtigkeit</i> behindert gestört neurotisch																		
V	.92	<i>„retiring“</i> <i>Norm: Aktivität</i> gehemmt zurückgezogen																		
VI	.36	<i>psychisch krank</i> <i>Norm: geistige Gesundheit</i> psychotisch krank gemütskrank																		

Abb. 1: Semantische Struktur heilpäd.-kinderpsychiatr. Termini; Stichprobe Lehrer; hierarchische Clusteranalyse der CPC

während „*pädagogisch schwierig (2)*“ (F4 und Cluster II) auf das Stören und Auffallen zielt. Es handelt sich also wahrscheinlich um die gleiche Unterscheidung wie bei der Fachleute-Stichprobe.

Die übrigen Termini gruppieren sich bei beiden Stichproben (Abb. 1 und 2) zu Begriffen, die sich in ihrer Gesamtheit auf die *individuelle Störung der Anpassungsfähigkeit* beziehen. Deutlich zeigt sich der Begriff, der sich aus den Termini „gehemmt“ und „zurückgezogen“ konstituiert (Lehrer: F5 und Cluster V; Fachleute: F4 und Cluster VI).

In der Lehrer-Stichprobe (Tab. 1) faßt der Faktor F1 alle jene Termini zusammen, die irgendeinen Bezug zu einem *psychopathologischen* Begriff haben. Die CA (Abb. 1) differenziert hier etwas mehr, indem sie die Termini „psychotisch“, „krank“ und „gemütskrank“ zusammenfaßt zu einem Begriff, den wir mit „*psychisch krank*“ (Cluster VI) beschreiben möchten, und daneben einen Begriff aus „behindert“, „gestört“ und „neurotisch“ bildet, der eher auf eine *Behinderung der Emotionalität* hindeutet (Cluster IV).

Die (psycho)pathologischen Termini gruppiert die Stichprobe der Fachleute anders. Bei der FA (Tab. 2) zeigen sich zwei Faktoren, F3 und F5, die sich identisch in der CA (Abb. 2) als Cluster IV und V wiederfinden. „Behindert“ und „krank“ bilden einen eigenen Begriff, während die Termini „psychotisch“, „gemütskrank“, „gestört“ und „neurotisch“ dem Begriff der *psychischen Krankheit* zugeordnet werden.

Als Einzelergebnis soll noch die Bedeutung des Terminus „*verhaltensgestört*“ herausgestellt werden. Dieser Bezeichnung kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie in zunehmendem Maß verwendet wird (Schultheis, 1974a, b), und sich einige Autoren von diesem Etikett versprechen, daß auffälliges Verhalten zunehmend wertfreier und mit einem an der Psychopathologie und klinischen Psychologie orientierten Verständnis gesehen wird (u. a. Müller, 1970; Myschker, 1971; Schumacher, 1972).

Unser Ergebnis widerspricht jenen Autoren, die den Begriff eher in der Nähe der emotionalen Störung und psychischen Krankheit ansiedeln. Viel-

I + II + III	.02	IV + V + VI	.04
<i>sozial problematisch</i>		<i>individuell gestört</i>	
Norm: soziale Anpassung		Norm: indiv. Anpassungs-	
		fähigkeit	
I + II	.08	IV + V	.07
<i>pädagogisch auffällig</i>		<i>pathol. abweichend</i>	
Norm: Anpassung in päd-		Norm: Gesundheit	
agogischen Situationen			
I	.18	IV	.17
<i>pädag. schwierig</i>		<i>psychisch krank</i>	
Norm: Erziehbarkeit		Norm: geistige Gesund-	
erziehungsschwierig		heit	
schwierig		psychotisch	
schwererziehbar		gemütskrank	
problematisch		gestört	
		neurotisch	
II	.19	V	.73
<i>verhaltensabweichend</i>		„ <i>gehandicapt</i> “	
Norm: Konformität		Norm: organismische (?)	
enthemmt		Funktionstüchtigkeit	
verhaltensauffällig		krank	
auffällig		behindert	
verhaltensgestört			
III	.26	VI	.86
<i>(prä-)delinquent</i>		„ <i>retiring</i> “	
Norm: mittelschichts-		Norm: Aktivität	
orientierte soziale Kon-		gehemmt	
formität		zurückgezogen	
verwahrlost			
kriminell			
gefährdet			
asozial			

Abb. 2: Semantische Struktur heilpäd.-kinderpsychiatr. Termini; Stichprobe Fachleute; hierarchische Clusteranalyse der CPC

mehr ist es so, daß „verhaltensgestört“ dem semantischen Gebrauch nach zu den sozialen Anpassungsproblemen im Sinne des Auffallens, Störens und des „acting out“ gehört. Insgesamt ist die begriffliche Bedeutung allerdings unklar (geringe Kommunalitäten) und der Terminus selbst wenig präsent (er wird selten assoziiert). Das gilt sowohl für die Stichprobe der Lehrer als auch der Fachleute.

#### 4. Diskussion

Die anfangs gestellten Fragen nach der semantischen Struktur heilpädagogisch-kinderpsychiatrischer Termini und nach dem möglichen Unterschied der Strukturen bei Laien (Lehrern) und Fachleuten lassen sich nunmehr wie folgt beantworten:

1. Die untersuchten 20 Termini lassen sich bei Lehrern und Fachleuten 5 bis 6 Begriffen zuordnen. Die Begriffe sind grob einzuteilen in solche, die eine soziale Fehl-anpassung bezeichnen, und in solche, die auf eine individuelle Gestörtheit hinweisen. Im einzelnen finden sich die Begriffe der pädagogischen Auffälligkeit im Sinne einer Erziehungsstörung, der sozialen Nonkonformität im Sinne einer (Prä-)Delinquenz, der psychopathologischen Abweichung und der extremen Introversion („retiring“).
2. Die Ergebnisse bei den beiden Stichproben wiesen überraschend hohe Übereinstimmung auf. Im Grundmuster stimmen die Strukturen überein. Die einzigen (wahrscheinlich nicht signifikanten) Unterschiede zeigen sich darin, daß Fachleute und Lehrer den Begriff der „pädagogischen Auffälligkeit“ unterschiedlich noch einmal aufteilen, und daß sie die Termini der psychischen Abweichung unterschiedlich gruppieren.

Mit einem ganz anderen methodischen Ansatz fand *Tornow* (1978) eine annähernd identische Struktur der Etiketten. 106 Lehrer skalierten ihren auffälligsten Schüler nach 14 Bezeichnungen, die fast alle in der von uns verwendeten Liste vorkommen. Eine FA der Kovariationen über die Personen führte zu 5 Dimensionen: Introversion, allgemeine Devianz, Erziehungsstörung, Psychopathologie und Delinquenz.

Mittels eines paarweisen Ähnlichkeitsratings und einer multidimensionalen Skalierung konnte *Guskin* (1963) bei 10 Bezeichnungen von Abweichungen bei Kindern 5 Faktoren ermitteln: 1. allgemeine Abweichung, 2. bedrohlich vs. ängstlich (hier werden „emotionally disturbed“ und „autistic“ der Bezeichnung „delinquent“ gegenübergestellt), 3. schulische vs. soziale Unfähigkeit, 4. und 5. Faktoren, die sich auf körperliche oder geistige Behinderung beziehen. Die ersten 3 Faktoren entsprechen in etwa unseren Ergebnissen, allerdings sind bei uns aus methodischen Gründen bipolare Faktoren nicht vorgekommen.

Die semantischen Dimensionen der sozialen Fehlanpassung und der individuellen Gestörtheit, die bei Verwendung unterschiedlicher Methoden gefunden wurden, haben ihre Entsprechung in den bezeichneten Phänomenen. Empirische Untersuchungen von Auffälligkeitssyndromen haben immer wieder die Trennung in mindestens 2 Faktoren (z. T. 2. Ordnung) ergeben: auf der einen Seite „conduct problems“, soziale Fehlanpassung, dissoziales, störendes Verhalten und auf der anderen Seite „personality problems“, emotionale Gestörtheit (*Lorr* u. *Jenkins*, 1953; *Pate*, 1963; *Peterson*, 1961;

Sigrell, 1972). Weitere gefundene Faktoren, wie neurotisch oder organisch begründete Abweichungen (Schmidtchen u. a., 1974), Schulschwierigkeiten durch Stören oder mangelnde Aktivität (Tornow, 1978) oder Verwahrlosung/Delinquenz als sozialisierte Dissozialität (Hewitt u. Jenkins, zit. Wolff, 1971; Candless, zit. Müller, 1969) finden ebenfalls ihre Entsprechung in der semantischen Struktur.

## Literatur

- Benkmann, K. H.: Das verhaltensgestörte (erziehungsschwierige) Schulkind. In: *Wolfgang, H.* (Hrsg.): *Behinderte und kranke Kinder in unseren Schulen*. Neuburgweier: Schindele, 1972, 107–121
- Deese, J.: On the structure of associative meaning. *Psychol. Rev.*, 1962, 69, 161–175
- Guskin, S.: Dimensions of judged similarity among deviant types. *Amer. J. Mental Deficiency*, 1963, 67, 218–224
- Johnson, S. C.: Hierarchical clustering schemes. *Psychometrica*, 1967, 32, 241–254
- Kamla, W. und P. Lorenzen: *Logische Propädeutik*. Mannheim: Bibliographisches Institut, 1967
- Mackenzie, B. D.: Measuring the strength, structure, and reliability of free associations. *Psychol. Bull.*, 1972, 77, 438–445
- Marx, W.: Die Messung der Assoziativen Bedeutungsähnlichkeit. *Z. exp. angew. Psychol.*, 1976, 23, 62–76
- Müller, R. G. E.: Zur Klassifizierung der Verhaltensstörungen von Schulkindern. In: *Zimmermann, K. W.* (Hrsg.): *Neue Ergebnisse der Heil- und Sonderschulpädagogik*, Bd. 1. Bonn: Dürr, 1969, 127–140
- Müller, R. G. E.: Verhaltensstörungen bei Schulkindern. (Erziehung und Psychologie; Beiheft der Zeitschrift „Schule und Psychologie“, Nr. 55). München: Reinhardt, 1970
- Myschker, N.: Verhaltensgestörtenpädagogik und Kinderpsychotherapie. *Z. Heilpäd.*, 1971, 22, 274–295
- Noble, C. E.: An analysis of meaning. *Psychol. Rev.*, 1952, 59, 421–430
- Pate, J. E.: Emotionally disturbed and socially maladjusted children. In: *Dunn, L. M.* (Hrsg.): *Exceptional children in the schools*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1963, 239–283
- Peterson, D. R.: Behavior problems of middle childhood. *J. consult. Psychol.*, 1961, 25, 205–209
- Schmidtchen, S. u. a.: Faktorenanalytische Untersuchung von Verhaltensstörungen bei Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 1974, 23, 270–276
- Schultheis, J. R.: Entwicklung und Vorkommenshäufigkeit von Leitbegriffen in der Verhaltensgestörtenpädagogik. *Heilpäd. Forsch.*, 1974 a, 5, 69–94
- Schultheis, J. R.: Fachtermini in Titeln zur Verhaltensgestörtenpädagogik. *Z. Heilpäd.*, 1974 b, 25, 20–26
- Schumacher, G.: Verhaltensgestörte Schüler – Definition und empirisch gefundenes Verhaltensprofil. *Z. Heilpäd.*, 1972, 23, 587–605
- Sigrell, B.: *Problemkinder in der Schule*. Weinheim: Beltz, 1972
- Steinert, H. (Hrsg.): *Symbolische Interaktion*. Stuttgart: Klett, 1973
- Tornow, H.: *Verhaltensauffällige Schüler aus der Sicht des Lehrers*. Weinheim: Beltz 1978
- Wolff, S.: *Kinder in Bedrängnis*. Stuttgart: Klett, 1971

### *Anschrift des Verfassers:*

Dr. Harald Tornow, Dipl.-Psych.  
Erfurth Weg 28  
5603 Wülfrath-Oberdüssel

## **Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten**

– Literaturübersicht –

Von *John F. Kane*

### **Zusammenfassung, Summary, Résumé**

In der Literaturübersicht werden vier verhaltenstherapeutische Programme zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen wie Aggressionen, Selbstverletzung und exzessiven Stereotypien besprochen: Löschung, Ausschluß, Korrekturverfahren und Wutreduktion. Jedes Verfahren wird zunächst in seinen Grundkomponenten beschrieben. Dann wird die aus der Literatur erkennbare Effektivität besprochen und zwar für drei Bereiche: 1. die Beeinflussung des Problems in der therapeutischen Situation; 2. die Bedeutung der Behandlung für die Alltagssituation; 3. das Auftreten positiver oder negativer Veränderungen in anderen Verhaltensbereichen während der Therapie.

Ein Vergleich der vier Therapien zeigt, daß noch wenig darüber bekannt ist, welche Therapiekomponenten in einzelnen Programmen wirksam sind und welche Therapieform am ehesten für spezifische Patienten geeignet ist. Abschließend wird diskutiert, wie eine gründlichere Dokumentation zur Klärung dieser Fragen beitragen könnte.

#### **The treatment of severe behavior disorders exhibited by mentally retarded individuals**

This literature review describes four behavior modification procedures for treatment of severe behavior disorders in retarded people such as aggression, self-injury and stereotypies. These procedures are extinction, time out from positive reinforcement, overcorrection and rage reduction. First the basic components of each procedure are described. Then the effectiveness reported for each procedure is discussed with respect to a) changes in the problem behavior in the treatment situation, b) transfer of treatment effects to the daily routine and c) correlated changes (positive or negative) in untreated behavior during therapy.

Comparison of the procedures revealed that very little is known about the effectiveness of specific treatment components or about the appropriateness of any of these therapies for specific cases. It is suggested that more thorough documentation of patient, environment and therapy variables might help to clarify these issues.

(Übersetzt vom Verfasser)

#### **Traitement de troubles graves du comportement chez les handicapés psychiques; Survol de la littérature**

Quatre programmes visant au traitement de troubles graves du comportement tels qu'agressions, auto-destruction, stéréotypes excessifs, font l'objet d'un commentaire: extinction, exclusion, correction et réduction de la colère. Chaque procédé est d'abord décrit in ses composantes fondamentales. Puis on commente le degré d'efficacité constaté dans la littérature en ce qui concerne trois aspects:

- moyens d'influencer le problème dans la situation thérapeutique;
- importance du traitement pour la situation quotidienne;
- modifications positives ou négatives au cours du traitement dans d'autres domaines du comportement.

Une comparaison des quatre procédés montre que l'on ne sait pas encore très bien quelles composantes thérapeutiques opèrent à l'intérieur des divers programmes. On manque également de principes de choix thérapeutique dans telle ou telle situation concrète. A cet effet, il faudrait d'abord que fussent publiés non seulement les traitements efficaces, mais aussi bien les essais malheureux.

## 1. Einleitung

Bei einigen schwer geistig Behinderten führen schwere Verhaltensstörungen in Form exzessiver Aggression gegen die Umwelt oder gegen die eigene Person zu einer erheblichen Selbst- und Fremdgefährdung. Darüber hinaus belasten gefährliche Attacken gegen andere bzw. dramatische Verletzungen, ja Verstümmelungen der eigenen Person den Kontakt mit Eltern und Betreuern, denn sie provozieren bei ihnen Resignation und Ablehnung, oder in extremer Form sogar Affekthandlungen.

Schließlich erschweren sie jede gezielte Förderung, da sie ruhiges, konzentriertes Arbeiten meist unmöglich machen. Letzteres gilt auch für starke Hyperaktivität und exzessive Stereotypien und Tics, die Behinderte über Stunden so herumtreiben und beschäftigen können, daß sie nicht ansprechbar sind und nichts von dem aufnehmen, was um sie herum geschieht.

Die Ursachen für die Entstehung von Stereotypien und aggressiven, selbstzerstörerischen und hyperaktiven Verhaltensweisen lassen sich oft nicht klären. Sicher liegt bei solch extremen Verhaltensstörungen fast immer eine cerebrale Dysfunktion vor. Zusätzlich können aber auch Umweltvariablen wie extreme Reizdeprivation oder soziale Verstärkung von Problemverhalten Einfluß haben.

Für die Behandlung dieser Probleme ist eine genaue Klärung der Entstehungsursachen meist nicht wesentlich. Sie ist im allgemeinen nicht kausal orientiert, da ihr die primäre Ursache, nämlich die cerebrale Dysfunktion, normalerweise nicht zugänglich ist. Es gibt heute medizinisch orientierte Behandlungsverfahren, die direkt am Organismus ansetzen und psychologisch-pädagogische Versuche, die an der Umwelt ansetzen. Hier werden nur letztere besprochen, da sich die Arbeit an Psychologen und Sonderpädagogen wendet. Selbstverständlich soll damit weder die Bedeutung organischer Ursachen für die Entstehung der extremen Verhaltensstörungen verkannt, noch eine Bewertung der Effektivität der verschiedenen Ansätze nahegelegt werden.

In dieser Arbeit werden vier Therapieansätze besprochen, die versuchen, exzessive Verhaltensweisen mit möglichst geringer physischer Belastung für den Patienten abzubauen. Eine Reihe weiterer Verfahren, wie z. B. körperliche Züchtigung, sind nicht berücksichtigt, da sie einen so starken Eingriff bedeuten, daß ihre Anwendung höchstens zu rechtfertigen ist, wenn alle anderen Therapieversuche erfolglos blieben (71).

Jedes Verfahren wird zunächst kurz in seinen Grundzügen charakterisiert. Dabei wollen die Beschreibungen nur über therapeutische Möglichkeiten informieren, sie können nicht das Erlernen des Verfahrens ermöglichen. Hierzu ist das gründliche Studium der Originalarbeiten nötig.

Im Anschluß an die Beschreibung wird die Wirksamkeit für verschiedene Problembereiche diskutiert.

Unter ‚Wirksamkeit‘ wird zunächst verstanden, daß das Problemverhalten in der Therapie zurückgeht. Darüber hinaus ist aber auch zu fragen, ob sich auch die Alltagssituation durch die Therapie bessert. So ist es durchaus denkbar, daß eine Behandlung unter optimalen Bedingungen in einem speziellen Therapieraum gute Erfolge bringt, daß aber unter nicht-optimalen Bedingungen, wie in einer Kindergruppe mit wenigen Betreuern, die alten Schwierigkeiten fortbestehen (48).

Schließlich ist im Zusammenhang mit der ‚Wirksamkeit‘ auch zu fragen, welche Veränderungen in anderen Verhaltensbereichen parallel zu einem Rückgang schwerer Verhaltensstörungen festzustellen sind. Solche Veränderungen sind mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, zumindest wenn das Störverhalten längere Zeit in Anspruch nahm und zudem eine wichtige Funktion erfüllte (14). Die vorher störend verbrachte Zeit wird wahrscheinlich mit anderen Verhaltensweisen ausgefüllt, und in vielen Fällen wird zudem ein anderes Verhalten die Funktion des Störverhaltens übernehmen. Solche parallelen Veränderungen können eine Bereicherung des Verhaltensrepertoires bedeuten, zum Beispiel, wenn Stereotypen durch konstruktives Spiel ersetzt werden. Sie können aber auch bedenklich sein, wenn zum Beispiel Aggressionen gegen Objekte durch Aggressionen gegen Spielgefährten ersetzt werden.

Die Bedeutung einer Therapie für die Praxis ist nicht nur durch ihre Effektivität bestimmt, sondern auch durch ihre Anwendbarkeit. Deshalb werden die Vorteile und Schwierigkeiten besprochen, die beim Einsatz einer bestimmten Therapieform in der Praxis zu erwarten sind, sowie der personelle Aufwand, den die Therapie fordert.

## **2. Lösungsverfahren**

### *2.1. Beschreibung*

Bei nichtbehinderten Kindern ist Aufmerksamkeit von und Interaktion mit Betreuern oder Altersgenossen eine verstärkende Konsequenz für hyperaktive und aggressive Verhaltensweisen (17, 19). Werden auch extreme Problemverhalten bei geistig Behinderten durch Aufmerksamkeit aufrechterhalten, so sollte das Problemverhalten zurückgehen, wenn man die verstärkende Interaktion verhindert. Aus dieser Überlegung heraus entstand das Lösungsverfahren (extinction procedure), bei dem Aufmerksamkeit und Zuwendung für unerwünschte Verhaltensweisen vermieden werden. Tritt ein Problemverhalten auf, so wird dies völlig ignoriert, der Behinderte wird nicht beachtet, auf seine Aggressionen oder Destruktionen reagiert niemand. Erst wenn der Patient kein Störverhalten mehr zeigt, wird wieder Kontakt aufgenommen. Im günstigsten Falle wird dieses Lösungsverfahren den ganzen Tag über angewandt, so daß jegliches Auftreten des Problemverhaltens von allen Bezugspersonen ignoriert wird (74). Dadurch wird sichergestellt, daß auf

Aggressionen keine Aufmerksamkeit mehr folgt und somit die Verstärkung durch Zuwendung fortfällt.

Doch häufig sind nicht alle Bezugspersonen bereit und fähig, extreme Aggressionen zu ignorieren. Zudem kann es auch eine Überforderung aller Beteiligten sein, ein solches Programm den ganzen Tag hindurch in der normalen Umgebung durchzuführen. Deshalb wird das Lösungsverfahren oft nur für eine begrenzte Zeit (1 bis 4 Stunden) in einem speziellen Isolationsraum durchgeführt. Bei der Behandlung von Aggressionen gegen Mitmenschen kann der Therapeut als „Aggressionsobjekt“ mit im Therapieraum bleiben und die gegen ihn gerichteten Angriffe ignorieren (60).

Bei der Behandlung von selbstzerstörerischem Verhalten bleibt der Patient als Therapie eine bestimmte Zeit lang allein im Raum. Durch diese völlige Isolation wird sichergestellt, daß kein ungeplanter sozialer Kontakt auf Selbstzerstörung folgt. Nach Beendigung der Isolationsphase werden extrem problematische Patienten meist festgebunden oder stark sediert, um Verletzungen zu verhindern und soziale Verstärkung hierfür zu vermeiden.

## 2.2. Ergebnisse

Das Lösungsverfahren wurde bisher überwiegend bei der Behandlung von selbstzerstörerischem Verhalten erprobt, gelegentlich auch bei Aggressionen, die von außen her ausgelöst wurden (*Tabelle 1*).

*Tabelle 2* zeigt für jede Untersuchung die Zahl der Behandelten, die Dauer der einzelnen Behandlungssitzungen, Veränderungen des Problemverhaltens während der Therapie- bzw. Isolationssitzungen und Veränderungen des Problemverhaltens im Alltag. Alle Untersuchungen sind Fallstudien, meist sogar Einzelfalluntersuchungen. Die Sitzungen dauerten in vier Untersuchungen zwei Stunden oder weniger, in drei Untersuchungen wurde das Lösungsprogramm ganztägig eingesetzt.

Während der Therapie verschwand das Problemverhalten bei 4 von 11 Patienten und bei zwei weiteren war es deutlich gebessert. Bei fünf Patienten trat keine bzw. eine geringfügige Besserung ein. Bei den geringfügig gebesserten Patienten bedeuteten die Selbstaggressionen weiterhin eine so ernste Gefährdung, daß die Isolationsbehandlung abgebrochen wurde.

Neben diesen Ergebnissen aus der Therapiesitzung interessiert natürlich, ob auch eine Besserung in der normalen Umgebung eintrat. Für drei Patienten wurde berichtet, daß das Problemverhalten auch im Alltag deutlich zurückging, wobei bei zweien die Behandlung ganztägig in der Alltagsumgebung durchgeführt wurde.

Bei zwei Patienten traten die selbstzerstörerischen Verhaltensweisen, die durch das Lösungsverfahren verschwunden waren, bei neuen Betreuern wieder auf. Für einen im Therapieraum erfolgreich behandelten Patienten wurden die Erfolge der Therapie im Alltag nicht beschrieben. Doch weist das Wiederauftreten der Störungen in zwei Untersuchungen (20, 55) darauf hin, daß die Übertragung von Therapieerfolgen auf neue Situationen (Generalisation) nicht automatisch stattfindet, sondern sorgfältig geplant werden muß. Gerade bei Aggressionen, die durch Zuwendung verstärkt werden, dürften solche Generalisationsprogramme eine entscheidende Rolle spielen.



Tab. 1

	Löschung	Jahr	Ausschluß	Jahr	Korrektur	Jahr	Wutreduktion	Jahr	
Wutausbrüche + Aggressionen + Destruktion	Martin, Foxx	73	Bostow, Bailey	69	Foxx, Azrin	72			
	Williams	59	Calhoun, Matherne	75	Klinge et al.	75			
			Clark et al.	73	Sumner et al.	74			
			Edwards	74	Webster, Azrin	73			
			Frazier, Schneider	75					
			Freeman et al.	76					
			Hamilton et al.	67					
			Levine	74					
			Pendergrass	71					
			Peniston	75					
			Salzberg, Napolitan	74					
			Sloane et al.	67					
			Vukelich, Hake	71					
			White et al.	72					
			Wolf et al.	64					
	Selbstzerstörerisches Verhalten	Bucher, Lovaas	68	Duker	75	Azrin et al.	75	Saposnek	72
		Corte et al.	71	Lucero et al.	76	Harris, Romanczyk	76	Saposnek, Watson	74
Jones et al.		74	Hamilton et al.	67	Freeman et al.	75			
Lovaas, Simmons		69	Myers, Deibert	71	Iwata, Loentzson	76			
Romanczyk, Goren		75	Repp, Deitz	74	Webster, Azrin	73			
Rubin et al.		72	White et al.	72					
			Wolf et al.	64					
Exzessive Stereotypien			Barkley, Zupnick	76	Azrin et al.	73			
			Levine	74	Epstein et al.	74			
			Pendergrass	72	Foxx, Azrin	73			
			Peniston	75	Rollings et al.	74			
			Repp et al.	74					

Tab. 2: Lösungsverfahren

Name	Jahr	Zahl der Ptn.	Therapie täglich in Std.	Problem in Therapie			Problem im Alltag			Begleiterscheinungen
				verschwunden	gebessert	nicht gebessert	gebessert	nicht gebessert	nicht berichtet	
Bucher, Lovaas	68	2	2			2a		2		
Corte et al.	71	2	1			2			2	
Jones et al.	74	1	4	1			1			
Lovaas, Simmons	69	2	1 <sup>1/2</sup>	2				2		2
Martin, Foxx	73	1	1 <sup>1/4</sup>	1					1	
Romanczyk, Goren	75	1	12			1a		1		
Rubin et al.	72	1	12		1		1			
Williams	59	1	12		1		1			

a Therapeutisch nicht relevante Besserung

### 2.3. Diskussion

Die Ergebnisse sprechen für die These, daß zumindest ein Teil der selbstzerstörerischen und aggressiven Verhaltensweisen durch direkt folgende Zuwendung aufrechterhalten wird. Trotzdem wird das Lösungsverfahren in der Praxis kaum angewandt. Dafür gibt es mehrere Erklärungen. Zum einen dürfte der Zusammenhang zwischen Problemverhalten und Zuwendung nicht in jedem Fall zutreffen. Es ist aber leider bisher nicht möglich, die Bedeutung von Zuwendung für die Störung vor Beginn der Behandlung abzuklären. Sie zeigt sich erst durch den Erfolg des Lösungsverfahrens, oft erst nach längerer konsequenter Anwendung. So waren in einer Untersuchung (47) 476 Stunden Isolation notwendig, bis die Selbstzerstörungen völlig verschwunden waren. Dies bedeutet, daß man beim Lösungsverfahren schweres Störverhalten über längere Zeit ignorieren und somit tolerieren muß, ohne im voraus abschätzen zu können, inwieweit das Verfahren für die Störung adäquat ist. Dies dürfte zumindest bei sehr gefährlichen Verhaltensweisen kaum durchführbar sein.

Auch dort, wo das Problemverhalten durch die Zuwendung aufrechterhalten wird, bleiben erhebliche Schwierigkeiten bei der Anwendung des Lösungsverfahrens.

Zunächst einmal ist es im Alltag oft schwierig, soziale Verstärkung für extrem störendes Verhalten auszuschließen. Schmerzhaftes bzw. gefährliche Attacken zu ignorieren ist schon für Betreuer schwierig, für andere Behinderte in einer Gruppe aber oft unmöglich. Und das untätige Zuschauen bei oft dramatisch wirkenden Selbstzerstörungsversuchen dürfte für viele eine Überforderung sein. Generell ist die Erhaltung der Gesundheit des Patienten selbst und seiner Bezugspersonen oberstes Ziel jeder Behandlung, und manche Aggressionen bedeuten eine so große Gefährdung, daß es unverantwortlich wäre, sie zu ignorieren (47).

Rücksicht auf den Patienten und seine Umgebung erfordert in solchen Fällen die Suche nach anderen, besser schützenden Therapieformen. Dazu kommt, daß die Löschung häufig zunächst zu einer Verschlechterung der Situation führt, sei es, daß das Störverhalten häufiger wird oder aber intensiver (55).

Und in dieser Phase läßt sich dann oft ein Eingreifen zum Schutz des Patienten oder der Umgebung nicht vermeiden, womit dann unter Umständen noch extremere Formen von Problemverhalten verstärkt werden.

Ein weiterer Nachteil des Lösungsverfahrens ist es, daß es einen Verlust an Zuwendung mit sich bringt, da ja bisher gezeigte Aufmerksamkeit entzogen wird. Werden nicht zugleich Wege gezeigt, diese Zuwendung in adäquater Form zu erreichen, so führt der Abbau der Aggressionen leicht zu stärkerer Isolation statt zu besserer Integration in die Gemeinschaft. Hier ist kaum eine dauerhafte Verhaltensbesserung zu erwarten, sondern eher die Entwicklung neuer Störungen zur Wiedergewinnung der Aufmerksamkeit.

Besonders problematisch ist die Löschung durch vollständige Isolierung über längere Zeiträume. Denn während der Isolation können auch andere, erwünschte Verhaltensweisen abnehmen, die durch soziale Interaktion aufrechterhalten werden. Somit besteht nicht nur keine Möglichkeit, neue,

positive Verhaltensweisen zu lernen, sondern es ist eine Verarmung im schon vorhandenen Verhaltensrepertoire möglich.

Die therapeutische Bedeutung des Lösungsverfahrens ist demnach begrenzt. Zu einer deutlichen Besserung kann es führen, wenn das Störverhalten tatsächlich durch Sozialverstärkung aufrechterhalten wird, wenn es nicht sehr gefährlich ist, wenn der Patient alternative Verhaltensmöglichkeiten hat, um Zuwendung und Kontakt zu erreichen, und wenn die Kooperation aller Bezugspersonen gewährleistet ist. Diese Voraussetzungen sind bei Schwerbehinderten wohl nur selten zu erfüllen.

Bedeutet dagegen das Problemverhalten eine echte Gefährdung des Patienten selbst oder seiner Umgebung, ist es die wichtigste Kontaktmöglichkeit oder besteht Gefahr, daß das Problemverhalten auch nach der Therapie von Bezugspersonen weiter verstärkt wird, so ist das Lösungsverfahren kaum geeignet.

### 3. Ausschlußverfahren

#### 3.1. Durchführung des Ausschlusses

Bei dem Lösungsverfahren wird Störverhalten ignoriert, man reagiert nicht darauf. Das Ausbleiben der verstärkenden Zuwendung soll zum Verschwinden des Problemverhaltens führen. Aber häufig gibt es in einer Situation neben der Zuwendung auch andere Verstärker. Beim Ausschlußverfahren (time out) wird versucht, nach Auftreten eines Problemverhaltens alle Verstärkung zu verhindern. Hierzu wird der Patient, sobald er ein starkes Problemverhalten zeigt, für eine bestimmte Zeit von allen gerade stattfindenden Aktivitäten ausgeschlossen, indem er aus der momentanen Situation herausgenommen und isoliert wird.

In den Untersuchungen war das Ausmaß dieser Isolation sehr unterschiedlich. Am stärksten war die Isolierung, wenn ein besonderer Raum für den Ausschluß benutzt wurde (18, 22, 24, 27, 28, 36, 54, 65, 83, 85). Weniger stark war sie, wenn der Patient in einem abgetrennten Bereich des gleichen Raumes bleiben mußte (42, 66) oder für einige Zeit im Wohnbereich auf einem Stuhl sitzen mußte (11, 12, 21, 40, 75).

Auch die Dauer des Ausschlusses war sehr unterschiedlich. Sie schwankte in den Extremen zwischen 2 Stunden und mehr einerseits (40) und 15 Sekunden andererseits (13).

In den meisten Untersuchungen dauerte der Ausschluß zwischen 1 und 15 Minuten.

Mit dem Ende des Ausschlusses wird der Patient wieder in die Alltagssituation mit allen ihren Verstärkungsmöglichkeiten integriert. Dadurch dürfte die Beendigung des Ausschlusses verstärkend wirken und sollte möglichst nicht mehr mit sehr störenden Verhaltensweisen (wie Schreien und Toben) zusammenfallen (45, 58).

Um eine zufällige Verstärkung unangebrachter Verhaltensweisen zu vermeiden, haben mehrere Autoren in das Ausschlußprogramm ein Verzögerungsverfahren eingebaut (18, 24, 75). Hier wurde der Ausschluß erst dann beendet, wenn der Patient kurze Zeit keinerlei Störverhalten zeigte.

Beim Ausschlußverfahren sollten unnötige, d. h. nicht-therapeutische physische oder psychische Belastungen für den Patienten vermieden werden.

Dem dienen drei Forderungen:

- das Ausschlußgebiet darf die Bewegungsfreiheit des Patienten nur soweit notwendig einschränken,
- der Patient sollte während des Ausschlusses beobachtet werden,
- es müssen Vorkehrungen gegen ein Vergessen im Ausschluß getroffen werden.

Richtlinien für die Erfüllung dieser Grundforderungen geben für das Ausschlußgebiet *May et al. (1975)*, für die Überwachung während des Ausschlusses *Romanczyk und Goren (1975)* und für die Kontrolle der Ausschlußdauer *Naisworth und Madle (1976)*.

### *3.2. Zusätzliches Verstärkungsprogramm*

*Vukelich und Hake (1971)* haben darauf hingewiesen, daß das Ausschlußverfahren nur wirkungsvoll sein kann, wenn die Umgebung, aus der der Patient ausgeschlossen wird, tatsächlich verstärkend für ihn ist. Leider leben aber viele geistig Behinderte in einer Umgebung, in der angepaßte und erwünschte Verhaltensweisen nur selten beachtet und verstärkt werden. Auch die hier besprochenen Programme zeigen große Unterschiede im Ausmaß und in der Systematik der Verstärkung für nicht-aggressive Verhaltensweisen.

In einigen Untersuchungen wird überhaupt nicht beschrieben, ob und welche Verstärkungsmöglichkeiten im Alltag bestanden (21, 65, 66, 75, 83). Andere Autoren erwähnen nur, daß das Pflegepersonal angehalten war, angemessene Verhaltensweisen, soweit möglich, zu verstärken (27, 28, 78) bzw., daß die Patienten in nicht näher beschriebene Förderungsgruppen aufgenommen waren (22, 24, 75). Die Verstärkungsform ist klarer in Programmen zur differentiellen Verstärkung von Alternativverhalten (differential reinforcement of other behaviour ‚DRO‘), in denen Zeiten ohne Störverhalten durch freundliche Zuwendung allein (56) oder zusammen mit Eßbarem (12, 18, 68, 69, 80) verstärkt wurden. Um einen besonders wirkungsvollen Einsatz von eßbaren Verstärkern zu ermöglichen, wurden einige Therapien (besonders bei der Behandlung von selbstzerstörerischem Verhalten) zunächst nur während der Mahlzeiten durchgeführt. Hier führte jedes Auftreten des Problemverhaltens zu einer Unterbrechung der Mahlzeit. Störungsfreie Zeiten wurden durch die Fortsetzung der Mahlzeit verstärkt. Darüber hinaus gibt es Untersuchungen, die im Detail beschreiben, welche Verhaltensweisen mit welchen Konsequenzen verstärkt wurden (36, 54, 56, 63).

Bei jeder Kombination von Ausschlußverfahren und Verstärkungsprogramm ist es wichtig, daß unangepaßte Verhaltensweisen, die kurz vor dem Zeitpunkt der Verstärkung auftreten, nicht versehentlich verstärkt werden. In einigen Untersuchungen wurde zufällige Fehlverstärkung vermieden, indem nach unangepaßtem Verhalten stets ein Ausschluß durchgeführt wurde und eine Mindestzeit zwischen Beendigung des Ausschlusses und der Verstärkung störungsfrei vergehen mußte.

### 3.3. Ergebnisse

Das Ausschlußverfahren wurde bei einer Reihe verschiedener Verhaltensstörungen eingesetzt: bei Aggressionen gegen Personen oder gegen Objekte; bei selbsterstörerischen Verhaltensweisen und bei exzessiven Stereotypien (Tabelle 1). Zusätzlich wurde es auch bei Störungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme erprobt.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Effektivität des Ausschlußverfahrens. Wieder sind für jede Untersuchung die Zahl der behandelten Patienten, die tägliche Therapiedauer, der Erfolg des Ausschlußverfahrens sowie seine Bedeutung für den Alltag angegeben. Wenn möglich, wurden für jede Kategorie die genauen Patientenzahlen notiert. Untersuchungen, die nur Durchschnittswerte für eine Gruppe angeben, wurden nach der Gruppentendenz eingestuft. Während der Therapie ging das behandelte Problemverhalten bei 65 von insgesamt 89 Patienten deutlich zurück, bei 13 weiteren verschwand es völlig.

Keine Besserung wurde für 10 Patienten berichtet.

In den Untersuchungen mit Gruppenwerten wurden 58 Patienten behandelt. Insgesamt ging das Problemverhalten in allen drei Untersuchungen zurück. Aber es bleibt offen, ob die Behandlung für alle Patienten erfolgreich war.

Während im überwiegenden Teil der Untersuchungen ein deutlicher Rückgang der Problematik in der Therapie berichtet wurde, ist die Bedeutung des Ausschlußverfahrens für den Alltag des Kindes nicht so eindeutig.

Für 25 Patienten wurde keine Information gegeben, inwieweit sich die Veränderungen in der Therapie auch im Alltag zeigten. Von den übrigen 62 in der Therapie gebesserten Patienten wurde für 44 auch eine Besserung im Alltag berichtet, für 10 blieben die Schwierigkeiten im Alltag trotz guter Therapieerfolge bestehen.

Für die als Gruppe dargestellten Patienten wurde ebenfalls eine Besserung im Alltag berichtet. In diesem Zusammenhang scheinen Dauer und Ort der Therapie eine wesentliche Rolle zu spielen. Die im Alltag erfolgreichen Therapien wurden häufig ganztags in der normalen Umgebung des Patienten durchgeführt – zumindest im letzten Therapieabschnitt.

Dagegen dauerten die Therapien, die für den Alltag keine Bedeutung hatten, meist weniger als zwei Stunden am Tag und fanden zum Teil ausschließlich in einer speziellen Therapieumgebung statt.

Gelegentlich traten parallel zur Anwendung des Ausschlußverfahrens neue, unangepaßte Verhaltensweisen auf. Bei vier Patienten waren diese Begleiterscheinungen nur vorübergehend bzw. konnten durch ein zusätzliches Ausschlußprogramm wieder abgebaut werden. Bleibende Begleiterscheinungen wurden nur bei einem Patienten berichtet, der im Ausschluß regelmäßig einnäste und heftige emotionale Reaktionen zeigte (65).

Allerdings waren diese Verhaltensweisen bei diesem Kind schon im Zusammenhang mit einem Verfahren aufgetreten, in dem ein elektrischer Schlag als Strafe eingesetzt wurde. Sie könnten demnach eine Reaktion auf dieses Strafverfahren gewesen sein, die im Ausschluß beibehalten wurde.

Tab. 3. Ausschlußverfahren

Name	Jahr	Zahl der Ptn.	Therapie täglich in Std.	Problem in Therapie			Problem im Alltag			Begleiterscheinungen
				verschwinden	gebessert	nicht gebessert	gebessert	nicht gebessert	nicht berichtet	
Azrin, Wesolowski	75b	1	12			1		1		1
Baer et al.	73	3	1 1/2	3					3	
Barkley, Zupnick	76	1	5 1/2	1			1			
Barton et al.	70	16c	1		c		c			
Bostow, Bailey	69	2	12		2		2			
Bucher et al.	76	2	1	1	1	1	1	1		
Calhoun, Matherne	75	1	3		1			1		1
Christian et al.	73	28c	2		c		c			
Clark et al.	73	1	2 1/2		1		1			1
Duker	75	1	12		1		1			
Edwards	74	1	12		1		1			
Foxx, Azrin	72	3	12			3			3	

b = Andere Ausschlußlänge führte bei gleichen Patienten zur Besserung

c = Nur Daten für Gesamtgruppe, nicht für einzelne Patienten

Tab. 3: Ausschlußverfahren Forts.

Name	Jahr	Zahl der Ptn.	Therapie täglich in Std.	Problem in Therapie			Problem im Alltag			Begleiterscheinungen
				verschwinden	gebessert	nicht gebessert	gebessert	nicht gebessert	nicht berichtet	
Frazier, Schneider	75	1	1	1	1		1			
Freeman et al.	76	1	12	1	1		1			
Groves, Carroccio	71	24	12	24	24		24			
Hamilton et al.	67	5	12	3	2		5			
Levine	74	1	2 1/2	1			1			
Lucero et al.	76	3	1	3					3	
Myers, Deibert	71	1	12	1	1		1			
Pendergrass	71	1	3/4	1		1b			1	1
Pendergrass	72	2	2	2	2		2		2	1
Peniston	75	14c	10	c	c		c			

b = Andere Ausschlußlänge führte bei gleichen Patienten zur Besserung

c = Nur Daten für Gesamtgruppe, nicht für einzelne Patienten



Tab. 3: Ausschlußverfahren Forts.

Name	Jahr	Zahl der Ptn.	Therapie täglich in Std.	ver- schwunden	Problem in Therapie			Problem im Alltag			Begleit- erschei- nungen
					gebessert	nicht gebessert	gebessert	nicht gebessert	gebessert	nicht berichtet	
Repp et al.	74	3	2		3			3			
Repp, Deitz	74	1	2		1			1			
Risley	68	1	1			1				1	
Salzberg, Napolitan	74	1	2		1			1			
Sloane et al.	67	1	12	1				1			
Vukelich, Hake	71	1	12	1				1			
Webster, Azzin	73	4	12			4				4	
White et al.	72	20	12		19		1+9b				20
Wolf et al.	64	1	12	1				1			

b = Andere Ausschlußlänge führte bei gleichen Patienten zur Besserung

c = Nur Daten für Gesamtgruppe, nicht für einzelne Patienten

### 3.4. Diskussion

Insgesamt war das Ausschlußverfahren bei einem großen Teil der berichteten Fälle wirksam. Man sollte diese Daten jedoch mit Vorsicht betrachten, da sie möglicherweise nicht repräsentativ sind. *White, Nielsen* und *Johnson* (1972) wiesen darauf hin, daß möglicherweise erfolgreiche Einzelfallbehandlungen öfter berichtet werden als erfolglose. Tatsächlich wurden Mißerfolge mit dem Ausschlußverfahren nur berichtet, wenn die Autoren ein wirksames Alternativverfahren fanden (10, 33, 70, 82) oder wenn das Verfahren in der gleichen Untersuchung bei anderen Patienten eine Besserung brachte.

Berichte von völlig erfolglosen Versuchen, Problemverhalten durch Ausschluß abzubauen, liegen nicht vor, obwohl anzunehmen ist, daß solche Mißerfolge vorgekommen sind.

Sicher ist das Ausschlußverfahren nicht bei allen Patienten und Problemverhalten gleich effektiv. Doch stimmen die Autoren darin überein, daß sich – falls das Verfahren bei einem Patienten wirksam ist – erste Erfolge schon nach kurzer Therapiedauer zeigen. War nicht innerhalb der ersten fünf Sitzungen eine deutliche Besserung zu sehen, so blieb die Behandlung meist auch bei langfristiger Anwendung unwirksam. Demnach kann man die Wirksamkeit des Ausschlußverfahrens zwar nicht bei Therapiebeginn voraussagen, erhält aber nach relativ kurzer Therapiedauer deutliche Hinweise darauf.

Bisher wurde global vom ‚Ausschlußverfahren‘ gesprochen, aber es wurde auch schon darauf hingewiesen, daß mehrere Aspekte des Verfahrens von Untersuchung zu Untersuchung anders waren. So wurde in manchen Untersuchungen der Ausschluß erst durchgeführt, nachdem das Störverhalten voll aufgetreten war, in anderen schon bei seinen ersten Anzeichen. Hierzu fanden *Bucher, Reykdal* und *Albin* (1976), daß nur der frühzeitig einsetzende Ausschluß zum völligen Verschwinden des Problemverhaltens führte. Eine andere Variable ist, daß der Ausschluß zum Teil durch ein verbales Statement wie ‚nein‘ angekündigt wurde. Die Bedeutung dieses Signals ist noch offen. Auf Unterschiede bezüglich des Ausschlußortes wurde schon hingewiesen. Man kann sicher nur dort ohne räumliche Isolierung ausschließen, wo keine ungeplante Verstärkung, z. B. durch Gleichaltrige, zu befürchten ist.

Ein anderer Aspekt, der oft mit dem Ausschlußort zusammenhängt, ist die Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch den Ausschluß. Bei Isolation in einem gesonderten Raum ist meist innerhalb dieses Raumes volle Bewegungsfreiheit gegeben. Bei Ausschluß innerhalb der normalen Umgebung dagegen muß der Ausgeschlossene häufig auf einem bestimmten Stuhl sitzen bleiben, bzw. – besonders bei der Behandlung von selbstzerstörerischen Verhaltensweisen – wird er direkt festgehalten. Möglicherweise ist diese starke Einschränkung der Bewegungsfreiheit zusätzlich eine aversive Komponente des Ausschlusses.

Etwas besser untersucht ist inzwischen die Bedeutung der Ausschlußlänge (38, 65, 83). Sicher gibt es keine ‚Idealzeit‘. Zum einen spielen Vorerfahrungen mit dem Ausschlußverfahren eine Rolle. Dabei scheint es problematisch, für einen Patienten die Ausschlußlänge zu reduzieren, während eine

Verlängerung der Ausschlußdauer die Effektivität des Verfahrens erhöhen kann (83). Zum anderen bestehen auch von vornherein große interindividuelle Unterschiede im Ansprechen auf bestimmte Ausschlußlängen. Deshalb muß diese für jeden einzelnen Patienten nach sorgfältiger Beobachtung festgelegt werden.

Insgesamt scheinen Ausschlußzeiten zwischen 5 und 15 Minuten optimal. Unter dieser Bedingung zeigten die meisten Patienten eine Besserung, während die Variabilität bei kürzerer Ausschlußdauer erheblich größer war. Eine längere Ausschlußdauer war ähnlich effektiv wie die zwischen 5 und 15 Minuten, hat aber andere Nachteile. Ethische Bedenken sprechen gegen eine unnötig lange Isolierung, aber auch therapeutische, da die Zeit im Ausschluß stets eine Zeit ohne Lernmöglichkeit ist. In einem Fall führte sogar ein zu langer Ausschluß zu einer Zunahme von Störverhalten: der Ausschluß schien seinen aversiven Charakter zu verlieren, als der Patient im Ausschluß einschief (38).

Gelegentlich ist parallel zum Ausschlußverfahren eine Zunahme anderer unerwünschter Verhaltensweisen berichtet worden, die jedoch meistens leicht wieder abgebaut werden konnten. Solche unerwünschten Begleiterscheinungen scheinen am ehesten bei Patienten mit sehr verarmtem Verhaltensrepertoire aufzutreten, oder aber in Situationen mit wenig Verstärkungsmöglichkeiten für angepaßtes Verhalten. Doch sind hier weitere Untersuchungen mit detaillierten Beobachtungen des gesamten Verhaltensrepertoires notwendig, um die Bedingungen zu klären, unter denen sich neue unerwünschte Verhaltensweisen zeigen.

In der Praxis ist das Ausschlußverfahren bekannter und weiter verbreitet als das Löschungverfahren. Dies könnte einmal daran liegen, daß das Ausschlußverfahren besser erprobt und wohl auch gerade bei schweren Störungen erfolgversprechender ist. Darüber hinaus bietet es auch in der Anwendung Vorteile.

Durch das Isolieren werden Aggressionen nach außen unterbrochen, d. h. die Umgebung kann wirkungsvoll geschützt werden. Beim Ignorieren kann die Störung dagegen unvermindert fortgesetzt werden, ja, sie wird häufig zunächst noch heftiger. Der große Vorteil des Ausschlusses ist, daß sich hier im Gegensatz zur Löschung die Wirksamkeit des Verfahrens meist relativ schnell zeigt. Dies dürfte zum einen mit der Eindeutigkeit des Verfahrens und zum anderen mit dem Entzug aller Verstärkungsmöglichkeiten zusammenhängen.

Der Ausschluß – meist von einem ‚Nein‘ eingeleitet – ist eine klare Reaktion auf die Störung. Dies erleichtert wahrscheinlich dem Behinderten das Erfassen der Kontingenz ‚auf Störverhalten folgt Isolation‘. Darüber hinaus unterbricht die Isolation nicht nur die Sozialverstärkung, sondern auch angenehme Aktivitäten oder auch materielle Verstärkung, wenn die Therapie zum Beispiel in der Spielzeit oder während des Essens durchgeführt wird.

Auch bei der Behandlung von selbstzerstörerischen Verhaltensweisen bringt der Ausschluß Vorteile im Vergleich zur Löschung durch völlige Isolation. Er bietet zwar auch keinen Schutz vor Verletzung – es sei denn, weitere Selbstverletzungen würden im Ausschluß verhindert. Doch wird beim Ausschlußverfahren nur nach Auftreten von selbstzerstörerischem Verhalten

isoliert, d. h. nur als Konsequenz dafür. Und die Beendigung der Autoaggressionen kann durch das Ende des Ausschlusses verstärkt werden. Darüber hinaus können in Zeiten ohne Attacken gegen die eigene Person erwünschte Verhaltensweisen verstärkt werden, was bei voller Isolation nicht möglich ist.

Alle diese Gründe sprechen für eine Überlegenheit des Ausschlußverfahrens über das Lösungsverfahren bei der Behandlung schwersten Störverhaltens. Sie führten auch dazu, daß das Ausschlußverfahren in vielen Bundesstaaten in den USA offiziell für Programme für geistig Behinderte empfohlen wurde (70).

#### 4. Korrekturverfahren

##### 4.1. Beschreibung des Verfahrens

Bei Lösungs- und Ausschlußverfahren werden störende Verhaltensweisen dadurch angegangen, daß Verstärkung nach der Störung vermieden bzw. entzogen wird. Darüber hinaus werden bei einigen kombinierten Programmen in störungsfreien Phasen positive Verhaltensweisen verstärkt. Bei den Korrekturverfahren (*'overcorrection procedures'*, *Foxx* und *Azrin*, 1972) werden bei Auftreten von Problemverhalten zusätzlich zum Verstärkerzug positive, korrigierende Verhaltensalternativen geübt. Es gibt zwei Methoden, nach denen der Patient die durch ihn verursachte Störung korrigieren kann. Beim Wiederherstellungsverfahren (*restitutive overcorrection*) lernt er, die Verantwortung für die Störung zu übernehmen, indem er die Situation wiederherstellt, die vor seinem unangepaßten Verhalten bestanden hat. Beim Übungsverfahren (*positive practice overcorrection*) werden neue, der entsprechenden Situation angemessenere Verhaltensweisen geübt, die eine Alternative zum unerwünschten Verhalten darstellen.

Beide Arten des Korrekturverfahrens fordern Verhaltensweisen, die schwer retardierte Personen kaum oder überhaupt nicht zeigen und die deshalb im Rahmen des Verfahrens geübt werden müssen. In den meisten Untersuchungen gibt der Therapeut zunächst direkte Hilfe und reduziert diese in dem Maße, in dem der Patient alleine die Korrektur oder Übung durchführen kann. Während der Übung wird nicht sozial verstärkt, um nicht das vorausgegangene unerwünschte Verhalten durch Zuwendung zu verstärken.

Die Dauer von Korrektur oder Übung variierte zwischen 2 Minuten (29, 33) und 2 Stunden (81), meist lag sie bei etwa 20 Minuten. In fast allen Therapien mit Korrekturverfahren war zumindest zu Beginn des Programms ständig ein zusätzlicher Betreuer anwesend, bei der Behandlung von selbstzerstörerischem Verhalten während der ersten Übungstage sogar in unmittelbarer Nähe des Patienten.

Das Korrekturverfahren wurde bei einer Vielzahl schwerer Verhaltensstörungen erprobt. Aggressivität und selbstzerstörerisches Verhalten wurden behandelt, Hyperaktivität, Stereotypien und Tics (*Tabelle 1*). darüber hinaus sind Korrekturverfahren auch bei anderen schweren Verhaltensstörungen, sowie als Komponente in komplexeren Trainingsprogrammen angewandt worden, wie z. B. beim Eßtraining und beim Sauberkeitstraining. Da beim

Korrekturverfahren unerwünschtes Verhalten durch adäquate Alternativen ersetzt werden soll, sollte das geübte Verhalten stets direkten Bezug zum jeweiligen Störverhalten haben. Deshalb muß für jedes Störverhalten ein spezielles Korrektur- und Übungsprogramm entwickelt werden, und so entspricht der Vielzahl der behandelten Verhaltensstörungen eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren.

Hier sollen einige Beispiele das Prinzip verdeutlichen:

Ein Patient, der häufig Betten umwarf, mußte als Konsequenz erst einmal das umgeworfene Bett wieder aufstellen und machen (Wiederherstellung), dann noch mehrere andere Betten machen (Übung) (33). Auf diese Weise wurde die ursprüngliche Ordnung wieder hergestellt und zusätzlich ein Verhalten geübt, das dem Problemverhalten entgegengesetzt war.

Tics und nervöse Angewohnheiten treten ebenfalls häufig als Problemverhalten auf. Hierfür wurden zwei verschiedene Trainingsprogramme entwickelt:

„Üben von inkompatiblen Bewegungen“ (functional movement) und das „Bewußtmachen der stereotypen Bewegung“ (hand movement awareness training).

Beim Training inkompatibler Bewegungen übt der Patient, sobald eine Stereotypie auftritt, eine Zeitlang (2–20 Minuten) andere Bewegungen, die nicht gleichzeitig damit durchgeführt werden können (6, 29, 34). Beim Training zum Bewußtmachen der stereotypen Bewegung (5) macht der Therapeut den Patienten sofort auf unerwünschte Bewegungen aufmerksam und fordert ihn auf, sie zu unterbrechen. Folgt der Patient nicht, so muß er entgegengesetzte Bewegungen üben wie beim „Üben von inkompatiblen Bewegungen“. Zusätzlich erinnert der Therapeut den Patienten immer wieder daran, die Stereotypie zu vermeiden, bzw. er verstärkt ihn für Zeiten ohne Stereotypien.

Für Patienten, die hyperaktives und aggressives Verhalten nur im Erregungszustand zeigen, wurde von Webster und Azrin (1973) ein „Bettruhe Korrekturverfahren“ (bed rest restitution) entwickelt. Dabei muß sich der erregte Patient im Schlafrum in sein Bett legen und sich dort etwa 2 Stunden lang entspannen. Das ausgedehnte Entspannungstraining soll über den Erregungszustand hinweghelfen. Darüber hinaus bedeutet es für die anderen Patienten auf der Station eine Verschnaufpause und kann auch hier zu einer Beruhigung und Stabilisierung führen.

In neueren Untersuchungen wurde auch die Übertragung des in der Korrekturphase geübten Verhaltens in den Alltag (Generalisation) berücksichtigt. Beispiel hierfür ist eine Therapie mit einem Patienten, der Zigarettenkippen aus Aschenbechern aß (35). Die Korrektur bestand aus Händewaschen und Zähneputzen, die Übung aus der Reinigung aller Aschenbecher auf der Station. Wie üblich gab es während der Korrektur- und Übungsperiode keine Verstärkung. Zu Zeiten, zu denen das Problemverhalten nicht auftrat, wurde der Patient regelmäßig gebeten, Aschenbecher zu reinigen. Auch zum Händewaschen und Zähneputzen wurde er zu den entsprechenden Zeiten aufgefordert. Im Alltag wurde er für beide Gruppen erwünschten Verhaltens mit viel Zuwendung und auch mit Süßigkeiten verstärkt. Auf diese Weise sollte einerseits die Korrekturperiode eine sehr unangenehme Konsequenz für das

Problemverhalten bleiben, andererseits angemessenes Verhalten mit Verstärkung geübt werden.

Über die Übung inkompatibler Verhaltensweisen hinaus gehen einige Therapieprogramme, die zusätzlich zum Korrekturverfahren andere Lernprogramme anbieten, deren Lerninhalte nicht in direktem Zusammenhang mit dem Problemverhalten stehen.

Mehrere Autoren (3, 5, 6, 34) planten den Tagesablauf auf der Station so, daß den ganzen Tag über strukturierte Programme mit viel Verstärkung für positive Verhaltensweisen angeboten wurden, in die das Korrekturverfahren eingebettet war.

#### 4.2. Ergebnisse

*Tabelle 4* gibt in der gleichen Form wie die *Tabellen 2 und 3* einen Überblick über die Effektivität des Korrekturverfahrens. Es liegen für 78 Patienten Therapieberichte vor. Die unerwünschten Verhaltensweisen gingen bei fast allen Patienten deutlich zurück (76) und verschwanden bei mehr als der Hälfte davon (40) vollständig.

Bei 5 Patienten kam es zunächst bei einer Form der Korrektur (Bettruhe) zu einer Verhaltensverschlechterung. Besserung trat erst ein, als eine andere Art der Korrektur (aktives Üben) eingesetzt wurde (5, 10, 34). Nur bei zwei Patienten konnte mit dem Korrekturverfahren keine Verringerung des Problemverhaltens erreicht werden, bei einem der beiden wurde es sogar häufiger (62, 72).

Diesen insgesamt positiven Ergebnissen stehen zwei Untersuchungen gegenüber, in denen während der Behandlung mit Korrekturverfahren neue Problemverhalten beobachtet wurden. *Rollings et al.* (1974) beobachteten bei zwei Patienten während der Behandlung von Stereotypien mit dem Korrekturverfahren das Auftreten von neuen Stereotypien und von Autoaggressionen. Diese Verschlechterung trat bei einem Patienten parallel zu einer Verbesserung des behandelten Verhaltens ein, beim anderen Patienten, obwohl das Korrekturverfahren wirkungslos blieb.

Positive und negative Nebenwirkungen berichteten *Epstein et al.* (1974). Sie fanden, daß bei einem Patienten der Rückgang von Stereotypien in einer Situation von vermehrten Aggressionen gegen Objekte begleitet war, in einer anderen von einer Zunahme adäquaten Spielverhaltens.

Bei den Korrekturverfahren wurden für fast alle erfolgreich behandelten Patienten auch deutliche Besserungen im Alltag berichtet (für 74 von insgesamt 76); für nur zwei Patienten liegen keine Angaben zum Verhalten im Alltag vor.

Die große Bedeutung dieser Behandlungsmethode für den Alltag ist im Zusammenhang damit zu sehen, daß die Behandlung im allgemeinen entweder ganztags durchgeführt wurde (bei 52 Patienten), oder aber in der Situation, in der das Problemverhalten vor allem auftrat (z. B. beim Stehlen von Essen während der regulären Mahlzeiten). Die Korrekturverfahren wurden also fast alle im Alltag eingesetzt und brachten von daher auch eine im Alltag spürbare Besserung. Einige Untersucher schlugen zusätzlich zum Korrekturverfahren eine strukturierte Lernumgebung für die Patienten vor.

Tab. 4: Korrekturverfahren

Name	Jahr	Zahl der Ptn.	Therapie täglich in Std.	Problem in Therapie			Problem im Alltag			Begleiterscheinungen
				verschwunden	gebessert	nicht gebessert	gebessert	nicht gebessert	nicht berichtet	
Azrin, Foxx	71	9	9	9			9			
Azrin et al.	75	11	12	4	7	3d		11e		
Azrin et al.	73	9	12		9		9			
Azrin, Powers	75	6	6		6		6			
Azrin, Wesolowski	74	34c	2		c		c			
Azrin, Wesolowski	75a	11	12	11			11			
Azrin, Wesolowski	75b	1	12	1		1d	1			1d
Epstein et al.	74	2			2		2			1
Foxx	76	2	12	2			2			

c = Nur Daten für Gesamtgruppe, nicht für einzelne Patienten

d = Versuch mit Bettruhe-Korrektur

e = Verfahren trotz Erfolg abgebrochen

Tab. 4: Korrekturverfahren Forts.

Name	Jahr	Zahl der Ptn.	Therapie täglich in Std.	Problem in Therapie			Problem im Alltag			Begleit- erschei- nungen
				ver- schwunden	gebessert	nicht gebessert	gebessert	nicht gebessert	nicht berichtet	
Foxx, Azrin	72	3	12	3			3			
Foxx, Azrin	73	4	8	4		1d	4			
Foxx, Martin	75	4	12	3	1		4			
Freeman et al.	75	1	3		1				1	
Harris, Romanczyk	76	1	4 1/2	1			1			
Iwata, Loentzson	76	1	12		1		1			
Klinge et al.	75	1	12		1		1			
Measel, Alfieri	76	2	3	1		1	1	1		
Rollings et al.	74	2			1	1			2	1
Sumner et al.	74	7	8		7		7			

c = Nur Daten für Gesamtgruppe, nicht für einzelne Patienten

d = Versuch mit Bettruhe-Korrektur

e = Verfahren trotz Erfolg abgebrochen



Doch nur in vier Untersuchungen wurde von einer Kombination von Korrekturverfahren und strukturierter Lernumgebung berichtet. In vielen Fällen schien demnach das Korrekturverfahren allein auszureichen, wobei es doch möglich ist, daß zumindest in einigen Untersuchungen auch ohne besondere Lernprogramme viele Verstärkungsmöglichkeiten adäquater Verhaltensweisen bestanden.

Zur Bedeutung der Lernumgebung fanden *Azrin, Kaplan* und *Foxx* (1973), daß Stereotypien in günstiger Lernumgebung etwa um die Hälfte zurückgingen, während sie bei einer Kombination von Korrekturverfahren und Lernumgebung völlig verschwanden. *Foxx* und *Azrin* (1973) berichteten keine Wirkung der strukturierten Umgebung allein und ein völliges Verschwinden des Problemverhaltens bei der Kombination beider Verfahren. Somit liegen noch keine klaren Ergebnisse zum Einfluß einer strukturierten Alltagsumgebung vor.

### 4.3. Diskussion

Insgesamt wirken die Ergebnisse zum Korrekturverfahren ermutigend, besonders wenn man sie mit den Erfolgen der anderen Verfahren vergleicht. Doch sind bei genauerer Betrachtung einige Einschränkungen angebracht. Zunächst ist auch beim Korrekturverfahren nicht sichergestellt, daß die berichteten Erfolge wirklich repräsentativ sind. Auch hier könnte ähnlich wie beim Ausschlußverfahren eine Tendenz bestehen, daß erfolgreiche Therapieversuche eher veröffentlicht werden als erfolglose (83). So kann man aus den bisher publizierten Ergebnissen sicher nicht schließen, daß Korrekturverfahren bei jedem Patienten und bei jeder Störung zum Erfolg führen.

Die Korrekturverfahren sind kein ‚Patentrezept‘. Sie setzen voraus, daß in jedem einzelnen Falle die Therapie ganz gezielt für die Störung geplant wird. Wie schwierig dies sein kann, zeigen Berichte von Therapieversuchen, in denen sich ein Erfolg erst nach der Modifikation des ursprünglichen Programms einstellte. Zum Beispiel berichten *Foxx* und *Azrin* (1973) von einer Patientin mit starken Stereotypien, bei der die Korrektur – fünfminütiges Üben unvereinbarer Bewegungen – zunächst keine wesentliche Besserung brachte. Als die Übungssitzungen dann auf 20 Minuten ausgedehnt wurden, gingen die Stereotypien bald deutlich zurück und verschwanden allmählich.

In einer anderen Untersuchung (5) nahmen bei zwei Patienten mit dem Bettruhe-Korrekturverfahren selbstzerstörerische Verhaltensweisen zu, d. h. die Bettruhe wirkte verstärkend. Sobald als Alternative ein aktives Korrekturverfahren eingesetzt wurde, ging das selbstzerstörerische Verhalten bei beiden Patienten deutlich zurück. Dies verdeutlicht, daß man das für den jeweiligen Patienten und für die entsprechende Störung geeignete Korrekturverfahren finden muß, wenn man Mißerfolge vermeiden will.

Selbst wenn ein geeigneter Therapieplan aufgestellt ist, können schon kleine Abweichungen den Erfolg in Frage stellen. So berichteten *Foxx* und *Azrin* (1972) von einem Patienten, dessen Problemverhalten sich nach Beginn des Korrekturverfahrens verschlechterte. Eine genauere Beobachtung zeigte, daß der Betreuer den Patienten zum Üben überredete, statt ihn direkt

zu führen und ihn nach den einzelnen Wiederherstellungsaufgaben lobte. Sobald der Betreuer diese beiden Punkte seines Verhaltens änderte, verschwanden die Störverhalten.

Diese Beobachtungen weisen nachdrücklich darauf hin, daß die Kooperation des Personals auch hier für den Erfolg des Programms entscheidend ist. Ein großer Teil der erfolgreichen Therapien wurde von der gleichen Autorengruppe in der gleichen Einrichtung durchgeführt (18 von 24 Untersuchungen sind von *Azrin*, *Fox* und Mitarbeitern). Bei einem Versuch, in einer anderen Einrichtung mit Korrekturverfahren zu arbeiten, wurden die Programme vom Personal abgebrochen, obwohl sie erfolgreich waren (5).

Die Korrekturverfahren lassen sich demnach kaum überall mit gleicher Erfolgswahrscheinlichkeit einsetzen.

„Korrekturverfahren“ ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von Therapien, die versuchen, Störverhalten durch eine Korrektur anzugehen. Die einzelnen Therapien unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht: die geforderten Verhaltensweisen sind inhaltlich verschieden, manche fordern ständige Aktivität vom Patienten, andere völlige Ruhe und Passivität. Die Dauer der „Korrekturphase“ schwankt zwischen einigen Minuten und mehreren Stunden, und das Ausmaß an Kontakt zum Betreuer reicht von ständiger direkter Führung bis zu völliger Isolierung. In einigen Untersuchungen kommt dann noch eine Strukturierung des gesamten Tagesablaufes hinzu, während in anderen nur die Korrektur eingesetzt wird. Bedenkt man, wie komplex und variabel dieses Verfahren ist, so ist es wichtig zu überprüfen, welche Komponenten welche Bedeutung für den Therapieerfolg haben.

Grundgedanke des Korrekturverfahrens ist, unerwünschtes Verhalten dadurch zu eliminieren, daß es durch adäquates Verhalten ersetzt wird. In den bisherigen Untersuchungen gibt es allerdings kaum Aussagen darüber, ob die Patienten die in der Therapie geübten Verhaltensweisen auch zu anderen Zeiten im Tagesablauf zeigen. Nur *Azrin* und *Wesolowski* (1975) berichteten, daß das geübte adäquate Verhalten nach Rückgang des Problemverhaltens im Alltag häufiger zu werden schien. Dagegen beobachteten *Epstein et al.* (1974) auch nach Verschwinden des Problemverhaltens keinerlei Zunahme der in der Therapie geübten Verhaltensweisen. Letztere Beobachtung ist einleuchtend, da die automatische Generalisierung eines neu gelernten Verhaltens in andere Situationen eher die Ausnahme ist (48). Tatsächlich häufiger wurde das neue Verhalten im Alltag in der einzigen Untersuchung, in der es dort regelmäßig geübt und verstärkt wurde (35).

Somit dürfte die allgemein beschriebene Effektivität des Korrekturverfahrens kaum allein darauf zurückgehen, daß unangebrachtes Verhalten durch adäquates ersetzt wird.

Eine Erklärungsmöglichkeit ist, daß das Üben während der Korrektur für den Patienten bestrafend ist und daß diese bestrafende Wirkung zum Rückgang des Störverhaltens führt. Die Beobachtung von *Epstein et al.* (1974), daß eine einzige Form der Übung topographisch unterschiedliche Störverhalten abbauen konnte, spricht für eine bestrafende Wirkung. Hier verschwand das Problemverhalten, obwohl das geübte Verhalten keinen inhaltlichen Zusammenhang damit hatte, d. h. obwohl kein in der Funktion ähnliches Ersatzverhalten aufgebaut wurde. Betrachtet man das Korrekturver-

fahren genauer, so zeigen sich drei aversive Komponenten: die länger dauernde körperliche Anstrengung, die unangenehme feste Führung durch den Therapeuten und die Tatsache, daß die Korrekturperiode einen Ausschluß von Verstärkung bedeutet. Sind diese drei Komponenten wesentlich, so erscheint das Betruhe-Korrekturverfahren in einem neuen Licht. Da körperliche Anstrengung und feste Führung fortfallen, ist es eigentlich ein Ausschlußverfahren mit relativ langer Ausschlußdauer. Doch berichteten schon *Freeman, Graham* und *Ritvo* (1975) bei einem Patienten, der bei sehr langem Ausschluß einschlief, eine Verhaltensverschlechterung. Da Einschlafen eine sehr wahrscheinliche Reaktion auf längere Betruhe ist, dürften für einige Patienten dadurch alle aversiven Komponenten des Verfahrens entfallen. Dies könnte die ungünstige Wirkung der Betruhe bei fünf Patienten erklären.

Steht der bestrafende Aspekt bei der Wirkung des Korrekturverfahrens im Vordergrund, so sollte man genauer überlegen, welche Verhaltensweisen während der Korrektur geübt werden. Bedenkt man, wie mühsam geistig Behinderte neues Verhalten unter optimalen Übungsbedingungen lernen, so wird es fragwürdig, ob man ein für den Patienten wichtiges Verhalten ausschließlich während der Korrektur, d. h. in aversivem Zusammenhang und unter nicht-optimalen Lernbedingungen üben sollte. Sinnvoller scheint es, für die Übung Verhaltensweisen auszuwählen, die der Patient schon beherrscht, aber zu selten bzw. nur in anderen Situationen zeigt. Zudem scheint es wesentlich, daß während der Korrektur geübtes Verhalten in anderen Situationen verstärkt wird, um zu vermeiden, daß es aversiv gefärbt und somit seltener wird.

Optimal, besonders für Patienten mit Stereotypien und für sehr aggressive Patienten, scheinen Programme, in denen das Korrekturverfahren in ein gut strukturiertes Tagesprogramm mit vielen Lern- und Verstärkungsmöglichkeiten eingebettet ist (33, 34, 35). Hier können Verhaltensalternativen in positivem Zusammenhang unter optimalen Lernbedingungen aufgebaut und die oben geforderte Übertragung des in der Korrektur geübten Verhaltens in den Alltag erleichtert werden. Möglicherweise kann eine solche Lernumgebung auch dazu beitragen, negative Begleiterscheinungen des Korrekturverfahrens zu vermeiden (29). Allerdings ist bisher unklar, wie diese Lernumgebung aussehen sollte, welche Mindestforderungen sie im Hinblick auf Programmdauer, Übungsintensität, Verstärkungsdichte usw. erfüllen muß. Bedenkt man die hohen Kosten eines solchen Programms, so wird die Notwendigkeit weiterer Forschung auf diesem Gebiet deutlich.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das Korrekturverfahren eine gute Möglichkeit zum Abbau von Störverhalten zu bieten scheint. Allerdings ist ungeklärt, welche Komponenten des Verfahrens für seine Wirksamkeit ausschlaggebend sind. Möglicherweise liegt seine allgemeine Effektivität gerade in seiner Komplexität. Für unterschiedliche Patienten und Störungen könnten unterschiedliche Aspekte wesentlich sein. So zeigte sich z. B. bei sehr ruhigen, lethargischen Patienten eine Zunahme des Störhaltens während des Betruhe-Verfahrens, während aktives Üben einen Rückgang bewirkte. Bei sehr aktiven, sich stark widersetzenden Patienten scheint das aktive Üben dagegen problematisch. Die Klärung, bei welchen Patienten welche

Variablen des Korrekturverfahrens wirksam sind, ist eine vordringliche Aufgabe zukünftiger Forschung.

Die Einführung der Korrekturverfahren in die Praxis bringt viele Schwierigkeiten. Das Kernproblem sind die hohen Kosten. Das Korrekturverfahren, kombiniert mit einer strukturierten Lernumgebung, setzt ein intensives Training aller Mitarbeiter voraus und fordert in der Anwendung hohen organisatorischen und personellen Aufwand. Bedenkt man andererseits, daß solch ein intensives Programm dem Patienten den Eintritt in ‚normale‘, d. h. weniger aufwendige Lernumgebungen ermöglichen kann, so läßt sich solcher Aufwand auf lange Sicht rechtfertigen.

## 5. Akzeptable Wutäußerung und Wutreduktion

### 5.1. Methode und erste Ergebnisse

Als letztes wird hier ein Verfahren beschrieben, das besonders für selbstzerstörerisches Verhalten entwickelt wurde. Es ist ein Versuch, das Problemverhalten nicht zu unterdrücken, sondern es in weniger gefährliche Bahnen zu lenken. Das Verfahren basiert auf der Beobachtung, daß Selbstdestruktion häufig im Zustand der Erregung auftritt. Da sich leider stark erregende Situationen auch mit relativ viel Personal nicht immer vermeiden lassen, muß der Patient lernen, auf Erregung anders zu reagieren. Deshalb werden beim Wutreduktionsverfahren (*rage reduction*) mit dem Patienten für ihn selbst weniger gefährliche Reaktionen auf den Konflikt geübt (*Zaslow und Breger, 1969, S. 268*). Dieses Wutreduktionsverfahren besteht aus zwei Teilen. Zunächst wird ein Wutanfall provoziert, indem man eine Konfliktsituation herstellt. Dadurch wird sichergestellt, daß die gefährliche Äußerung während einer Therapiesitzung stattfindet. Wenn dann der Patient selbstdestruktiv reagiert, hindert ihn der Therapeut daran und übt stattdessen als neue Form der Erregungsäußerung ein mit dem Problemverhalten nicht vereinbares Verhalten, bis der Patient sich beruhigt hat.

Diese Art der ‚Wutreduktion‘ wurde bis jetzt nur mit zwei sehr selbstzerstörerischen Patienten experimentell untersucht, wobei die Programme in Methode und Ergebnis sehr ähnlich sind (76, 77). Hier soll zur Verdeutlichung ein Programm genauer beschrieben werden. Die Therapie wurde mit einem Kind durchgeführt, das vor Beginn der Therapie ständig angebunden war, um damit ernsthaften Gesundheitsschäden vorzubeugen. Die Therapie wurde zunächst in einem speziellen Raum in dreistündigen Sitzungen durchgeführt. Nur während dieser Zeit war das Kind losgebunden. Mindestens einmal während der Sitzung hielt es der Therapeut für einige Minuten auf dem Schoß fest, eine Situation, die beim Kind starke Erregung und Wutausbrüche provozierte. Versuchte es, sich ins Gesicht zu schlagen, so verhinderte der Therapeut dies. Er führte das Kind so, daß es stattdessen als Alternativverhalten auf den Arm des Therapeuten schlug, und zwar so lange, bis dieses einen entspannten Eindruck machte und das Kind weder sich noch den Therapeuten schlug. Traten in der Sitzung spontan selbstzerstörerische Verhaltensweisen auf, so wurde das gleiche Verfahren benutzt. In den Zei-

ten, in denen nicht das Wutreduktionsverfahren angewandt wurde, wurden mit dem Kind Spielverhalten und lebenspraktische Dinge geübt.

Nachdem das selbstzerstörerische Verhalten während der Therapiesitzungen verschwunden war, schloß sich ein langes Generalisierungstraining an, um eine Übertragung der Therapiefortschritte in den Alltag zu erleichtern. Zunächst wurden die dreistündigen Sitzungen nicht mehr im abgesonderten Therapieraum durchgeführt, sondern in der normalen Umgebung. Während dieser Sitzungen wurde das Kind nur einmal durch Festhalten provoziert. Zu allen anderen Zeiten wurden, wie schon im Therapieraum, positive Verhaltensweisen geübt. Trat während dieser Sitzungen selbstzerstörerisches Verhalten auf, so wurde das Kind aufgefordert, den Therapeuten auf den Arm zu schlagen.

Als nächstes lernten die Betreuer, beim Auftreten von selbstzerstörerischem Verhalten sofort das Wutreduktionsverfahren durchzuführen, das bisher nur der Therapeut angewandt hatte. Das Kind wurde überhaupt nicht mehr angebunden. Unter dieser Bedingung wurde selbstzerstörerisches Verhalten weniger als einmal täglich beobachtet. Nach sechs Monaten waren Ansätze zu Selbstaggressionen so selten, daß das Verfahren höchstens ein- oder zweimal in der Woche angewandt werden mußte. Zu diesem Zeitpunkt wurde das selbstzerstörerische Verhalten nicht mehr als Problem betrachtet, und das Kind nahm an verschiedenen Beschäftigungs- und Therapieprogrammen teil.

## *5.2. Diskussion*

Da dieses Verfahren bis jetzt nur bei zwei Patienten systematisch untersucht worden ist, kann nicht gesagt werden, ob es sich für die Anwendung bei verschiedenen Arten von selbstzerstörerischem Verhalten bzw. bei verschiedenartigen Patienten eignet.

Jedoch scheint es aus mehreren Gründen interessant. Das Wutreduktionsprogramm schließt ähnlich wie einige Korrekturverfahren das Lernen positiver Verhaltensweisen ein. Darüber hinaus wird nicht einfach versucht, unerwünschtes Verhalten zu unterdrücken, sondern es wird eine alternative Reaktionsmöglichkeit auf Konflikte geübt. Außerdem wird versucht, die Schmerzen für den Patienten auf ein Minimum zu reduzieren. Leider gibt es aber bei den Wutreduktionsverfahren eine Reihe von Nachteilen, die in künftigen Forschungsbemühungen beachtet werden sollten. So scheint es schwierig, dieses Verfahren bei größeren, starken und sehr aktiven selbstzerstörerischen Patienten anzuwenden, die sich kaum über längere Zeiträume festhalten und führen lassen. Außerdem ist das Verfahren zeitraubend, weil der Therapeut an jedem Therapietag mehrere Stunden lang für ein einziges Kind zur Verfügung stehen muß. Vor allem aber ist es bedenklich, Reaktionen zu üben, die eventuell zu Schmerzen oder sogar Schäden bei anderen führen könnten. Es scheint naheliegend, daß manche Patienten im Laufe der Behandlung anfangen, bei Erregung nicht nur den Therapeuten, sondern auch andere Patienten zu schlagen. In diesem Falle würde die Therapie eine gefährliche Verhaltensweise durch eine andere ersetzen. Vielleicht könnte das Verfahren in Zukunft so modifiziert werden, daß das „Therapeuten-

Schlagen‘ durch ein weniger gefährliches Verhalten ersetzt wird wie z. B. Schlagen gegen dafür vorgesehene Matratzen, Sandsäcke o. ä. Es ist wichtig und lohnend, durch weitere Untersuchungen die Effektivität und Durchführbarkeit dieses neuartigen Behandlungsansatzes abzuklären.

## 6. Schlußdiskussion

Bei einem Rückblick auf die vier Verfahren läßt sich zu ihrer Effektivität folgendes sagen: Jedes Verfahren führte bei der Mehrzahl der berichteten Fälle zu einem deutlichen Rückgang des Problemverhaltens bzw. zu seinem völligen Verschwinden. Die Besserung trat – mit Ausnahme des Lösungsverfahrens – innerhalb relativ kurzer Zeit ein, blieb allerdings zunächst auf die therapeutische Situation beschränkt. Zusätzliche Generalisationstrainings in der Alltagssituation halfen bei der Übertragung und Stabilisierung des Therapieerfolges. Diese Stabilisierungshilfen mußten oft lange beibehalten werden, bevor der Patient sicher symptomfrei war und die Behandlung ganz beendet werden konnte.

Relativ selten wurde von Schwierigkeiten berichtet, wie Gleichbleiben oder Verschlechterung des Problemverhaltens trotz Therapie, Auftreten von neuem Problemverhalten usw. Dies kann unter anderem durch die Veröffentlichungsgrundsätze der einschlägigen Zeitschriften bedingt sein und ist kein Beweis für eine allgemeine Effektivität der Verfahren.

Der Praktiker wird jetzt fragen, welches der vier Verfahren in welcher Situation zu empfehlen sei. Leider sind wir jedoch heute noch weit von klaren Entscheidungskriterien entfernt.

Insgesamt brachten bei gleichen Störverhaltensweisen unterschiedliche Therapien Erfolg (Tabelle 1). Bei unkontrollierten Wutausbrüchen mit Aggressionen oder Destruktionen wurde meist das Ausschlußverfahren eingesetzt, seltener ein Korrektur- oder Lösungsverfahren. Bei selbstzerstörerischen Verhaltensweisen wurden alle vier Verfahren angewandt, wobei die meisten Mißerfolge bei der Löschung berichtet wurden. Exzessive Stereotypen wurden entweder mit Ausschluß oder mit dem Korrekturverfahren angegangen.

Die Kriterien, nach denen für einen Patienten eine bestimmte Behandlungsform ausgewählt wurde, wurden fast nie berichtet. Die Wahl könnte ebenso durch Präferenzen einzelner Forscher bestimmt sein wie durch Unterschiede in der Eignung der einzelnen Verfahren. Untersuchungen, die den Erfolg verschiedener Therapieansätze bei der gleichen Störungsform systematisch vergleichen, stehen noch aus.

Vergleicht man die Programme untereinander, so zeigen sich viele Ähnlichkeiten in Teilaspekten. Bei Löschung, Ausschluß und Korrektur wird als Konsequenz für Störverhalten jede *positive Interaktion vermieden* bzw. unterbrochen. Bei Ausschluß und Korrektur werden zusätzlich auch andere *Verstärkungsmöglichkeiten* unterbunden. Das bedeutet, daß alle Programme eine Umgebung mit vielen Verstärkungsmöglichkeiten voraussetzen, da man nur hier von Verstärkungsentzug sprechen kann.

Bei Löschung und Ausschluß wird während der verstärkungsfreien Zeit *Passivität* erwartet, zumindest sind keine Aktivitäten gefordert. Der Patient ist meist sich selbst überlassen, ohne Kontakt zum Betreuer, mit Ausnahme des Ausschlusses durch Festhalten. Bei den Korrekturverfahren dagegen muß der Patient in der verstärkungsfreien Zeit aktiv sein, er muß für längere Zeit bestimmte Bewegungen oder Handlungen ausführen, die zum Teil körperlich anstrengend sind. Dabei wird er ständig überwacht und, wo notwendig, mit festem Griff geführt, d. h. es besteht in dieser Zeit Kontakt zum Betreuer, der unangenehm sein könnte. Ausnahme ist das Bettruhe-Korrekturverfahren, bei dem die Konsequenz Passivität ohne Kontakt ist.

Das Wutreduktionsverfahren hat gewisse Ähnlichkeiten mit dem Ausschluß durch Festhalten. Auch hier wird der Patient nach Auftreten des Störverhaltens festgehalten. Allerdings wird die Möglichkeit zu weiterer Aktivität offen gelassen. Nur gegen die eigene Person gerichtete Aggressivität wird verhindert, während nach außen gerichtete Aggressionen ermutigt werden.

Bei allen vier Verfahren ist die Beendigung der Maßnahme mit einer *Wiederaufnahme positiver Kontakte* und – bei Ausschluß, Korrektur und Wutreduktion – mit einer Rückgliederung in die Alltagssituation mit ihren Verstärkungsmöglichkeiten verbunden. Dies könnte eine negativ verstärkende Wirkung für die Beendigung von Störverhalten bzw. bei der Korrektur für kooperatives Verhalten haben.

Bei den drei ersten Verfahren beruht der Rückgang von Störverhalten möglicherweise primär auf seiner Unterdrückung. Löschung und Ausschluß bieten keine Verhaltensalternativen an, die die Funktion des Störverhaltens übernehmen könnten. Das Korrekturverfahren versucht dies, aber mit unklarem Erfolg, denn es wurde fast nie von einer Zunahme der geübten Verhaltensweisen im Alltag berichtet.

Nur beim Wutreduktionsverfahren scheint eine echte Verhaltensalternative geübt zu werden, wenn auch eine, die im Alltag weiterhin problematisch bleibt und allmählich verschwinden sollte.

Die Bedeutung aller dieser Aspekte für die Wirkung der vier Verfahren ist bisher offen. Dies erschwert die Einschätzung ihrer Erfolgswahrscheinlichkeit.

Doch die Erfolgswahrscheinlichkeit hängt nicht nur von der Therapie selbst ab, sondern auch von einem Zusammenwirken der Behandlungsvariablen mit *Patientenvariablen*.

In allen Programmen ist der *Sozialkontakt* als eine Art der Verstärkung vorgesehen. Doch ist dieser gute Kontakt nicht in allen Fällen gegeben. So scheinen Patienten mit körperlichen Defiziten oder starken Verhaltensproblemen seltener positiven Kontakt zu ihren Betreuern zu haben als andere Patienten (2, 26, 41, 59). Dies kann einmal daran liegen, daß diese Patienten weniger attraktiv für ihre Betreuer sind als andere. Aber es gibt auch geistig schwer Behinderte, die von sich aus soziale Interaktion vermeiden, bzw. für die sie bestrafend wirkt (44, 62). Für sie entfällt die Möglichkeit, über Sozialkontakte zu verstärken, es ist sogar denkbar, daß bei ihnen stattdessen eine längere Isolation verstärkend wirkt. Darüber hinaus hat für diese Kinder

auch der ständige Kontakt beim Korrekturverfahren möglicherweise eine andere Bedeutung als für Kinder, die Kontakt suchen.

Auch das individuelle *Aktivitätsniveau* könnte eine Bedeutung für die Effektivität einer Therapie haben. Sehr aktive Patienten könnten anders auf Programme reagieren, die anstrengende Tätigkeiten bzw. völliges Ruhig-Sein fordern, als Patienten, die meist untätig sind. Hinweis darauf geben Azrin et al. (1975), die fanden, daß Bettruhe-Korrekturverfahren bei sehr passiven Patienten weniger erfolgreich waren als bei aktiveren.

Weiterhin könnte auch der *Kontext* bedeutsam sein, in dem die Störungen auftreten. Bei manchen Patienten sieht man ein Problemverhalten besonders häufig in unruhigen Situationen mit vielen Sozialpartnern. Bei anderen findet man das gleiche Verhalten eher in reizarmen Situationen. Das individuelle Ansprechen auf bestimmte Situationen könnte die Wirksamkeit einzelner Verfahrenskomponenten mitbestimmen. So ist fraglich, ob ein Patient, der vor allem bei Reizdeprivation Störverhalten zeigt, mit Ausschluß behandelt werden sollte.

Schließlich dürfte auch ein Zusammenhang zwischen verfügbaren *Verhaltensalternativen* und dem Auftreten von neuen Verhaltensauffälligkeiten im Verlaufe der Behandlung bestehen (62).

Bei Patienten mit wenig Verhaltensalternativen muß sicher noch mehr Gewicht auf positive Übungs- und Lernprogramme gelegt werden als bei solchen mit komplexerem Verhaltensrepertoire, wo schon eine gezielte Verstärkung ausreichen kann.

Bisher gibt es kaum gesicherte Informationen über die Interaktion zwischen Patientenvariablen und Therapievariablen. Die oben angedeuteten Zusammenhänge sind nur Spekulationen, die andeuten sollen, daß die Wirksamkeit einer Therapie auch von den Charakteristiken des Patienten abhängt. Nur eine ausführliche Beschreibung dieser Parameter für erfolgreich und erfolglos behandelte Patienten kann diese Frage klären helfen.

Neben der Therapie und dem Patienten hat auch die Umwelt wesentlichen Einfluß auf den Therapieverlauf. Zunächst spielen Qualifikation und Erfahrung des Therapeuten eine entscheidende Rolle (33, 85). Gerade bei der Behandlung von Problemverhalten kann es leicht zu einer für den Patienten und seine Umwelt gefährlichen Verhaltensverschlechterung kommen, wenn Programme nicht adäquat geplant und durchgeführt werden. Deshalb ist dies kein Übungsbereich für den unerfahrenen Therapeuten!

Daneben spielen auch die Lern- und Verstärkungsmöglichkeiten der Alltagsumgebung eine wichtige Rolle. Bei allen vier Programmen sprechen ethische und klinische Überlegungen gegen ihre Anwendung in einer sehr reiz- und anregungsarmen Umgebung, die möglicherweise mitverantwortlich ist für die Aufrechterhaltung oder sogar die Entstehung von Problemverhalten (15, 49, 51, 57). Behandlungen in ungünstiger Umgebung werden kaum zu einer dauerhaften Besserung führen, sondern Problemverhalten nur kurzzeitig unterdrücken (52), oder aber neue Probleme in anderen Verhaltensbereichen hervorrufen (29).

Darüber hinaus scheint die Gefahr des Mißbrauches dieser Behandlungsmethoden in Einrichtungen größer, in denen keine Förderung der Patienten angestrebt wird (56, 71). Deshalb haben verschiedene Gruppen von Verhal-



tenstherapeuten zum Schutze der Patienten detaillierte Richtlinien für den Einsatz von Verfahren zum Abbau von Problemverhalten aufgestellt (1, 53, 61, 85). Diese Richtlinien sind zwar auf die Verhältnisse in amerikanischen Einrichtungen abgestimmt, enthalten aber auch wesentliche Anregungen für nicht-amerikanische Institutionen, die sich um die Behandlung von Patienten mit starken Problemverhaltensweisen bemühen.

Dieser Überblick zeigt, daß die psychologisch-pädagogische Behandlung von exzessiven Verhaltensstörungen bei geistig schwer Behinderten noch im Anfangsstadium ist. Die Forschungsarbeiten dokumentieren zwar, daß die Verfahren in einzelnen Fällen bei schweren Verhaltensstörungen Hilfe bringen konnten, doch die Einbeziehung dieser Forschungsergebnisse in die Praxis ist noch sehr problematisch.

Vor allem ist ungeklärt, für welche Patienten Hilfe möglich ist, bzw. nach welchen Kriterien man sich in einer konkreten Situation für ein Verfahren entscheiden kann. Hier ist notwendig, daß verstärkt neben erfolgreichen Behandlungen auch erfolglose Versuche veröffentlicht werden, und zwar zusammen mit einer ausführlichen Dokumentation von Patienten- und Umweltvariablen vor, während und nach der Behandlung sowie einer detaillierten Beschreibung des gesamten Therapieprogramms. Nur auf der Grundlage solcher Informationen können Entscheidungshilfen für den Einzelfall erarbeitet werden, die dann diese Verfahren für die Praxis zugänglich machen.

## Literatur

1. *American Association of Mental Deficiency*: Rights of mentally retarded persons: An official statement of the American Association of Mental Deficiency. *Mental Retardation* 11, 56–62, 1973. Erhältlich bei: American Association of Mental Deficiency, Office of Executive Director, 5207 Connecticut Avenue N.W., Washington, D.C. 20015/USA
2. *Anderson, V. H., Schottman, R. S., Weiner, B. J.*: Predictors of parent involvement with institutionalized retarded children. *American Journal of Mental Deficiency* 79, 705–710, 1975
3. *Azrin, N. H., Armstrong, P. M.*: The "mini-meal"—a method for teaching eating skills to the profoundly retarded. *Mental Retardation* 11, 9–13, 1973
4. *Azrin, N. H., Fox, R. M.*: A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis* 4, 89–99, 1971
5. *Azrin, N. H., Gottlieb, L., Hughart, L., Wesolowski, M. D., Rahn, T.*: Eliminating self-injurious behavior by educative procedures. *Behaviour Research and Therapy* 13, 101–111, 1975
6. *Azrin, N. H., Kaplan, S. J., Fox, R. M.*: Autism reversal: Eliminating stereotyped self-stimulation of retarded individuals. *American Journal of Mental Deficiency* 78, 241–248, 1973
7. *Azrin, N. H., Powers, M. A.*: Eliminating classroom disturbances of emotionally disturbed children by positive practice procedures. *Behavior Therapy* 6, 525–534, 1975
8. *Azrin, N. H., Wesolowski, M. D.*: Theft reversal: An overcorrection procedure for eliminating stealing by retarded persons. *Journal of Applied Behavior Analysis* 7, 577–581, 1974
9. *Azrin, N. H., Wesolowski, M. D.*: The use of positive practice to eliminate persistent floor sprawling by profoundly retarded persons. *Behavior Therapy* 6, 627–631, 1975a

10. *Azrin, N. H., Wesolowski, M. D.*: Eliminating habitual vomiting in a retarded adult by positive practice and self-correction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6, 145–148, 1975 b
11. *Baer, A. M., Rowbury, T., Baer, D. M.*: The development of instructional control over classroom activities of deviant preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis* 6, 289–298, 1973
12. *Barkley, R. A., Zupnick, S.*: Reduction of stereotypic body contortions using physical restraint and DRO. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 7, 167–170, 1976
13. *Barton, E. S., Guess, D., Garcia, E., Baer, D. M.*: Improvement of retardates' mealtime behaviors by timeout procedures using multiple baseline techniques. *Journal of Applied Behavior Analysis* 3, 77–84, 1970
14. *Becker, J., Euler, H. A.*: Zum Problem von Nebeneffekten verhaltensmodifikatorischer Eingriffe. In: *W. H. Tack* (Hrsg.): Bericht über den 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Regensburg 1976, Band 2. Hogrefe. Göttingen, 1977, S. 301–303
15. *Berkson, G., Mason, W.*: Stereotyped movements of mental defectives: III. Situation effects. *American Journal of Mental Deficiency* 68, 409–412, 1963
16. *Berkson, G., Mason, W.*: Stereotyped movements of mental defectives: IV. The effects of toys and the character of the acts. *American Journal of Mental Deficiency* 68, 511–524, 1964
17. *Bernal, M., Duryee, J., Pruett, H., Burns, G.*: Behavior modification of the brat syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 32, 447–455, 1968
18. *Bostow, D. E., Bailey, J. S.*: Modification of severe disruptive and aggressive behavior using brief timeout and reinforcement procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2, 31–37, 1969
19. *Brown, P., Elliot, R.*: Control of aggression in a nursery school class. *Journal of Experimental Child Psychology* 2, 103–107, 1965
20. *Bucher, B., Lovaas, O. I.*: Use of aversive stimulation in behavior modification. In: *M. R. Jones* (Hrsg.): *Miami Symposium on the Prediction of Behavior: Aversive Stimulation*. University of Miami Press, Coral Gables, Florida, 1968, S. 77
21. *Bucher, B., Reykdal, B., Albin, J.*: Brief physical restraint to control pica in retarded children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 7, 137–140, 1976
22. *Calhoun, K. S., Matherne, P.*: The effects of varying schedules of time-out on aggressive behavior of a retarded girl. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6, 139–143, 1975
23. *Christian, W. P., Hollomon, S. W., Lanier, C. L.*: An attendant operated feeding program for severely and profoundly retarded females. *Mental Retardation* 11, 35–37, 1973
24. *Clark, H. B., Rowbury, T., Baer, A. M., Baer, D. M.*: Timeout as a punishing stimulus in continuous and intermittent schedules. *Journal of Applied Behavior Analysis* 6, 443–455, 1973
25. *Corte, H. E., Wolf, M. M., Locke, B. J.*: A comparison of procedures for eliminating self-injurious behavior of retarded adolescents. *Journal of Applied Behavior Analysis* 4, 201–213, 1971
26. *Dailey, W. F., Allen, G. J., Chinsky, J. M., Veit, S. W.*: Attendant behavior and attitudes toward institutionalized retarded children. *American Journal of Mental Deficiency* 78, 586–591, 1974
27. *Duker, P.*: Intra-subject controlled time-out (social isolation) in the modification of self-injurious behaviour. *Journal of Mental Deficiency Research* 19, 107–112, 1975
28. *Edwards, K. A.*: Physical restraint as time-out in therapy. *The Psychological Record* 24, 393–397, 1974
29. *Epstein, L. H., Doke, L. A., Sajwaj, T. E., Sorrell, S., Rimmer, B.*: Generality and side effects of overcorrection. *Journal of Applied Behavior Analysis* 7, 385–390, 1974

30. Firestone, P.: The effects and side effects of time-out on an aggressive nursery school child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6, 79–81, 1976
31. Forehand, R., Baumeister, A. A., Baumeister, A. A.: Deceleration of aberrant behavior among retarded individuals. In: R. M. Hersen, P. M. Eisler, P. M. Miller (Hrsg.): *Progress in Behavior Modification*. Academic Press, New York, 1976, S. 223–278
32. Foxx, R. M.: The use of overcorrection to eliminate the public disrobing (stripping) of retarded women. *Behaviour Research and Therapy* 14, 53–61, 1976
33. Foxx, R. M., Azrin, N. H.: Restitution: A method of eliminating aggressive-disruptive behavior of retarded and brain damaged patients. *Behaviour Research and Therapy* 10, 15–27, 1972
34. Foxx, R. M., Azrin, N. H.: The elimination of autistic self-stimulatory behavior by overcorrection. *Journal of Applied Behavior Analysis* 6, 1–14, 1973
35. Foxx, R. M., Martin, E. D.: Treatment of scavenging behavior (coprophagy and pica) by overcorrection. *Behaviour Research and Therapy* 13, 153–162, 1975
36. Frazier, J. R., Schneider, H.: Parental management of inappropriate hyperactivity in a young retarded child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6, 246–247, 1975
37. Freeman, B. J., Graham, V., Ritvo, E. R.: Reduction of self-destructive behavior by overcorrection. *Psychological Reports* 37, 446, 1975
38. Freeman, B. J., Somerset, T., Ritvo, E. R.: Effect of duration of time out in suppressing disruptive behavior of a severely autistic child. *Psychological Reports* 38, 124–126, 1976
39. Groves, I. D., Carroccio, D. F.: A self-feeding program for the severely and profoundly retarded. *Mental Retardation* 9, 10–12, 1971
40. Hamilton, J., Stephens, L., Allen, P.: Controlling aggressive and destructive behavior in severely retarded institutionalized residents. *American Journal of Mental Deficiency* 71, 852–856, 1967
41. Hammond, J., Sternlicht, M., Deutsch, M. R.: Parental interest in institutionalized children: A survey. *Hospital and Community Psychiatry* 20, 338–339, 1969
42. Harris, S. L., Hershfield, R. E., Kaffashan, L. C., Romanczyk, R. G.: The portable time-out room. *Behavior Therapy* 5, 687–688, 1974
43. Harris, S. L., Romanczyk, R. G.: Treating self-injurious behavior of a retarded child by overcorrection. *Behavior Therapy* 7, 235–239, 1976
44. Herbert, E. W., Pinkston, E. M., Hayden, M. L., Sajwaj, T. E., Pinkston, S., Cordua, G., Jackson, C.: Adverse effects of differential parental attention. *Journal of Applied Behavior Analysis* 6, 15–30, 1973
45. Hobbs, S. A., Forehand, R.: Effects of differential release from time-out on children's deviant behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6, 256–257, 1975
46. Iwata, B. A., Loentzson, A. M.: Operant control of seizure-like behavior in an institutionalized retarded adult. *Behavior Therapy* 7, 247–251, 1976
47. Jones, F. H., Simmons, J. Q., Frankel, F.: An extinction procedure for eliminating self-destructive behavior in a 9-year-old autistic girl. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 4, 241–249, 1974
48. Kane, J. F., Kane, G.: *Geistig schwer Behinderte lernen lebenspraktische Fertigkeiten*. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1976, 192 S.
49. Kaufman, M., Levett, H.: A study of three stereotyped behaviours in institutionalized mental defectives. *American Journal of Mental Deficiency* 69, 467, 1965
50. Klaber, M.: The retarded and institutions for the retarded—a preliminary report. In: S. Sarason, J. Doris (Hrsg.): *Psychological Problems in Mental Deficiency*. Harper and Row, New York, 1969, S. 148–185
51. Klaber, M., Butterfield, E.: Stereotyped rocking—a measure of institution and ward effectiveness. *American Journal of Mental Deficiency* 73, 13–20, 1968
52. Klinge, V., Thrasher, P., Myers, S.: Use of bed-rest overcorrection in a chronic schizophrenic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6, 69–73, 1975

53. *Lavis, L.*: Standards for residents' human rights: Appropriate management of behavior problems. Policy Memo No. 73-103, revised December 6, 1974. Kansas Neurological Institute, Topeka, Kansas 66604/USA
54. *Levine, B. A.*: Use of response-contingent withdrawal of reinforcement in reducing inappropriate behavior of a retarded child. *Psychological Reports* 35, 1015-1018, 1974
55. *Lovaas, O. I., Simmons, J. Q.*: Manipulation of self-destruction in three children. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2, 143-157, 1969
56. *Lucero, W. J., Frieman, J., Spoering, K., Fehrenbacher, J.*: Comparison of three procedures in reducing self-injurious behavior. *American Journal of Mental Deficiency* 80, 548-554, 1976
57. *McCormick, M., Balla, D., Zigler, E.*: Resident-care practices in institutions for retarded persons: A cross-institutional, cross-cultural study. *American Journal of Mental Deficiency* 80, 1-17, 1975
58. *MacDonough, T. S., Forehand, R.*: Response-contingent time out: Important parameters in behavior modification with children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 4, 231-236, 1973
59. *McGarry, M. S., West, S. G.*: Stigma among the stigmatized: Resident mobility, communication ability and physical appearance as predictors of staff-resident interaction. *Journal of Abnormal Psychology* 84, 399-405, 1975
60. *Martin, P. L., Foxx, R. M.*: Victim control of the aggression of an institutionalized retardate. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 4, 161-165, 1973
61. *May, J., McAllister, J., Risley, T., Twardosz, S., Cox, C.*: Florida guidelines for the use of behavioral procedures in state programs for the retarded. Erhältlich von Jack May, Department of Psychology, Florida State University, Tallahassee, Florida 32306/USA and Todd Risley, Department of Human Development, University of Kansas, Lawrence, Kansas 66044/USA, 1975
62. *Measel, C. J., Alfieri, P. A.*: Treatment of self-injurious behavior by a combination of reinforcement for incompatible behavior and overcorrection. *American Journal of Mental Deficiency* 81, 147-153, 1976
63. *Myers, J. J., Deibert, A. N.*: Reduction of self-abusive behavior in a blind child by using a feeding response. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2, 141-144, 1971
64. *Naisworth, J. T., Madle, R. A.*: Time-out with staff accountability: A technical note. *Behavior Therapy* 7, 261-263, 1976
65. *Pendergrass, V. E.*: Effects of length of time-out from positive reinforcement and schedule of application in suppression of aggressive behavior. *The Psychological Record* 21, 75-80, 1971
66. *Pendergrass, V. E.*: Timeout from positive reinforcement following persistent, high-rate behavior in retardates. *Journal of Applied Behavior Analysis* 5, 85-91, 1972
67. *Peniston, E.*: Reducing problem behaviors in the severely and profoundly retarded. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6, 295-299, 1975
68. *Repp, A. C., Deitz, S. M.*: Reducing aggressive and self-injurious behavior of institutionalized retarded children through reinforcement of other behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis* 7, 313-325, 1974
69. *Repp, A. C., Deitz, S. M., Speir, N. C.*: Reducing stereotypic responding of retarded persons by the differential reinforcement of other behavior. *American Journal of Mental Deficiency* 79, 279-284, 1974
70. *Risley, T. R.*: The effects and side effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1, 21-34, 1968
71. *Risley, T.*: Certify procedures not people. In: *W. S. Wood* (Hrsg.): *Issues in Evaluating Behavior Modification. Proceedings of the First Drake Conference on Professional Issues in Behavior Analysis.* Research Press, Champaign, Illinois, 1975, S. 159-181

72. *Rollings, J. P., Baumeister, A. A., Baumeister, A. A.*: The use of overcorrection procedures to eliminate the stereotyped behaviors of retarded individuals: An analysis of collateral behaviors and generalization of suppression effects. Unveröffentlichtes Manuskript, 1974. Zitiert in: *Forehand, R., Baumeister, A. A., Baumeister, A. A.*, 1976 (siehe oben)
73. *Romanczyk, R. G., Goren, E. R.*: Severe self-injurious behavior: The problem of clinical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43, 730–739, 1975
74. *Rubin, G., Griswald, K., Smith, I., de Leonardo, C.*: A case study in the remediation of severe self-destructive behavior in a 6-year-old mentally retarded girl. *Journal of Clinical Psychology* 28, 424–426, 1972
75. *Salzberg, B., Napolitan, J.*: Holding a retarded boy at a table for 2 minutes to reduce inappropriate object contact. *American Journal of Mental Deficiency* 78, 748–751, 1974
76. *Saposnek, D.*: An experimental study of rage-reduction treatment of autistic children. *Child Psychiatry and Human Development* 3, 50–62, 1972
77. *Saposnek, D. T., Watson, L. S.*: The elimination of the self-destructive behavior of a psychotic child: A case study. *Behavior Therapy* 5, 79–89, 1974
78. *Sloane, H. N., Johnston, M. K., Bijou, S. W.*: Successive modification of aggressive behaviour and aggressive fantasy play by management of contingencies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 8, 217–226, 1967
79. *Sumner, J. H., Mueser, S. T., Hsu, L., Morales, R. G.*: Overcorrection treatment for radical reduction of aggressive-disruptive behavior in institutionalized mental patients. *Psychological Reports* 35, 655–662, 1974
80. *Vukelich, R., Hake, D. F.*: Reduction of dangerously aggressive behavior in a severely retarded resident through a combination of positive reinforcement procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis* 4, 215–225, 1971
81. *Webster, D. R., Azrin, N. H.*: Required relaxation: A method of inhibiting agitative-disruptive behavior of retardates. *Behaviour Research and Therapy* 11, 67–78, 1973
82. *Weisberg, P., Passman, R. H., Russell, J. E.*: Development of verbal control over bizarre gestures of retardates through imitative and nonimitative reinforcement procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis* 6, 487–495, 1973
83. *White, G. D., Nielsen, G., Johnson, S. M.*: Timeout duration and the suppression of deviant behavior in children. *Journal of Applied Behavior Analysis* 5, 111–120, 1972
84. *Wolf, M., Fixsen, D., Phillips, E. L.*: Some suggestions for accountability procedures for behavior modification treatment programs. Prepared for the meeting of the National Institute of Mental Health concerning the development of guidelines for policy makers and program administrators regarding behavior modification programs, June, 1974, Washington, D.C. Manuskript erhältlich von Montrose Wolf, New Haworth Hall, Department of Human Development and Family Life, University of Kansas, Lawrence, Kansas 66044/USA
85. *Wolf, M., Risley, T., Mees, H.*: Application of operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child. *Behaviour Research and Therapy* 1, 305–312, 1964
86. *Wyatt vs. Stickney* court case (1971). In: *B. I. Ennis, P. R. Friedman* (Hrsg.): *Legal Rights of the Mentally Handicapped*, Vol. 1. Practising Law Institute, New York, 1974, S. 295–331
87. *Zaslow, R., Breger, L.*: A theory and treatment of autism. In: *L. Breger* (Hrsg.): *Clinical-Cognitive Psychology: Models and Integrations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1969, S. 246–291

*Anschrift des Verfassers:*

Dr. John F. Kane, Ph. D.  
Kinderabteilung  
Max-Planck-Institut für Psychiatrie  
Kraepelinstraße 10  
8000 München 40

# Zur Pathocharakterologie frühkindlich hirngeschädigter Jugendlicher

Von *Dietrich Holzer*

## Zusammenfassung, Summary, Résumé

Die Untersuchung von 100 Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten nach frühen Hirnschäden ist ein Versuch, zur Differenzierung des frühkindlich-exogenen Psychosyndroms für das Jugendalter beizutragen. Von besonderem Interesse sind dabei Fragen nach dem Manifestationsalter der pathocharakterologischen Auffälligkeiten, Fragen nach dem Familienbild, den körperlichen Konstitutions- und Reifemerkmale, den häufigen Intelligenzmerkmalen und nach der charakterologischen Zuordnung der Auffälligkeiten. In diesen untersuchten Fragen ergeben sich Unterschiede zum organischen Psychosyndrom im Kindesalter und Übergänge zum Psychopathieproblem.

### **Pathologic personalities of juveniles with minimal early brain damages**

This study of 100 juveniles with behaviour disorders, consequences of minimal early brain damages, is an attempt to describe the well known organic psychosyndrome beyond childhood. The results are informations about age of manifestation, the possible influence of family characters, the somatic constitutions, IQ-problems and problems of classifying the personality traits. Some differences to symptoms in childhood are founded and outlooks to problems of the adolescent and adult psychopathic personality are discussed.

### **Pathocaractérologie juvénile: lésions cérébrales de la prime enfance**

La recherche de lésions cérébrales en bas âge dans le cas de 100 adolescents présentant des anomalies du comportement représente une contribution à la différenciation du syndrome psychique exogène de la prime enfance à un âge ultérieur. On porte un intérêt particulier aux questions de date de manifestation des anomalies pathocaractérologiques, aux questions de structure familiale, de caractéristiques de la constitution physique et de son évolution, de traits d'intelligence (fréquents) et de classement caractérologique des anomalies. Ces questions conduisent à constater des différences par rapport au syndrome psychique de l'enfance et des approches du problème de pathologie psychique.

## 1. Problemstellung

Das „psychopathologische Achsensyndrom“ (*Göllnitz* 1954), das „frühkindlich-exogene Psychosyndrom“ (*Lempp* 1964) und Untersuchungen vieler anderer Autoren dokumentieren die mannigfachen somatischen und psychopathologischen Auffälligkeiten nach leichteren, d. h. meist subklinischen, frühen Hirnschäden für das Kindesalter (*Strauss* und *Lethinen* 1950, *Bosch* 1954, *Wewetzer* 1959, *Huffmann* 1963, *Müller-Küppers* 1969, *Specht* 1969, *Rett* 1971).

Untersuchungen über das Jugendalter bei frühkindlich Hirngeschädigten sind weniger häufig (*Bryan und Brown 1957, Corboz 1962, v. Stockert 1963, Koch 1970, Bresser 1970, Göllnitz 1973*). *Stutte* (1962) sprach einmal – wenn auch in einem anderen Zusammenhang – vom „neglierten Alter“ in Forschung und Wissenschaft.

Frühkindlich Hirngeschädigte werden mit psychopathologischen Merkmalen bis in das Jugendalter, wenn überhaupt<sup>1)</sup>, im wesentlichen wegen schwerer sozialer Anpassungsstörungen, Verwahrlosung und Dissozialität auffällig und dann häufig im Rahmen der Jugendhilfe, der Jugendgerichtsbarkeit und der Klinik erfaßt und beobachtet. Für die Klinik schätzt *Bresser* (1975), daß die charakterveränderten Hirngeschädigten (ohne die Schwachsinnigen und Epileptiker) nur einen kleinen Prozentsatz ausmachen und kommt für die Jugendgerichtsbarkeit zum Ergebnis, daß sicher weniger als 10% der minderjährigen Rechtsbrecher an einem Gehirnschaden leiden. Im Rahmen der Jugendhilfe stellte *Koch* (1970) fest, daß bei 30% der Jugendlichen (Nicht-Schwachsinnige) eine frühe Hirnschädigung nachzuweisen ist. Gegen die weit höheren Anteile bei *Enke* (1958) und *Göllnitz* (1954) sind Einwände zur Auslese und Untersuchungsmethodik gemacht worden (u. a. *Stutte 1961*).

Ein Beitrag zur Pathocharakterologie kann sich auf folgende Problemlage beziehen:

1. In der Jugendpsychiatrie sind die Psychopathien differenziert, z. B. als enzephalopathische Pseudopsychopathie (*Villinger*) und Charakteropathie (*v. Stockert*). Die Ursachen für Charakterstörungen im Jugendalter können vielfältiger Natur sein. Mit Blick auf die enzephalopathischen Charakterstörungen ist aber die Somatogenese von Charakteropathien noch am ehesten beweisbar (*Stutte 1961*). Ein Beitrag zur Pathocharakterologie frühkindlich hirngeschädigter Jugendlicher kann daher, wie jede Untersuchung einer psychopathologischen Jugendentwicklung, sicher auch hier „eine der lautersten Quellen für die Charakterforschung“ sein (*Kretschmer 1949*), insbesondere dann, wenn subklinische zerebraloorganische und enzephalopathische Zusammenhänge in Frage stehen.
2. *Bradley* sieht in den frühkindlich Hirngeschädigten ein sehr großes Reservoir für später fast unheilbar Kriminelle (zit. bei *Bittner 1968*). Eine eher positive Prognose für kriminelle Jugendliche mit frühen Hirnschäden stellt *Lempp* (1964). Er weist darauf hin, daß bei frühkindlich Hirngeschädigten die psychopathologischen Symptome – nach einer etwas verzögerten Pubertät – so weit verschwinden, daß sie nur noch vom Erfahrenen diagnostiziert werden können. Die gegenteilige Auffassung vertritt *Corboz* (1962, 1966). Das infantile bzw. juvenile organische Psychosyndrom weist oft ausgesprochen hirnlokale Züge auf, und dies lasse sich oft erst bei Jugendlichen differenzieren.

---

<sup>1)</sup> In den meisten Fällen wird sicher eine volle entwicklungsbiologische Kompensation der frühen Hirnschädigung erreicht. *Stutte* (1964) findet z. B., daß von 119 asphyktisch Geborenen prospektiv gesehen nur bei 7,8% der Fälle Verhaltensstörungen bzw. Charakterabnormalitäten zu finden sind.

## 2. Eigene Untersuchung

### 2.1. Untersuchungsgut

Untersuchungsgut sind 100 männliche, schulentlassene Jugendliche, die wegen „Verwahrlosung und Dissozialität“, d. h. wegen hartnäckiger seelischer Auffälligkeiten und schwerer sozialer Anpassungsstörungen im Rahmen der Jugendhilfe (Fürsorgeerziehung und Freiwillige Erziehungshilfe) erfaßt wurden.

Altersverteilung: 6 Vierzehnjährige  
25 Fünfzehnjährige  
25 Sechzehnjährige  
25 Siebzehnjährige  
14 Achtzehnjährige  
5 Neunzehnjährige

Nur zehn Jugendliche waren leicht debil, alle übrigen Probanden waren intellektuell durchschnittlich bis überdurchschnittlich begabt. Bei keinem Jugendlichen lag ein körperliches Defektsymptom vor.

Tab. 1: Anhalte zur Ätiologie der frühen Hirnschäden bei 100 jugendlichen Charakteropathen

Geburtsasphyxien	17 Fälle
Früh- und Mangelgeburten	14 Fälle
Zangengeburten	7 Fälle
Lageanomalien, „schwere Geburten“	5 Fälle
drohende Fehl- oder Frühgeburten	4 Fälle
Säuglingsdystrophien	4 Fälle
Säuglingskrämpfe	3 Fälle
Kaiserschnittgeburten	3 Fälle
Geburt nach Eklampsie	3 Fälle
icterus gravis neonatorum	1 Fall
„leere“ Anamnese	39 Fälle

Soweit diese Übersicht zu vergleichen ist mit jener, die *Lempp* (1964) für hirngeschädigte und neurotische Kinder mitgeteilt hat, könnte lediglich auffallen, daß im hiesigen Untersuchungsgut mehr Geburtsasphyxien und weniger Säuglingsdystrophien (schwere Ernährungsstörungen) vorkommen.

Vor der Erfassung und Betreuung im Rahmen der Jugendhilfe befanden sich 46 der 100 Jugendlichen in klinisch-jugendpsychiatrischer Untersuchung. Unter diesen 46 Fällen war in 36 Fällen der EEG- und/oder PEG-Befund pathologisch bewertbar. Unter den 100 Ausgangsfällen wurde in 37 Fällen eine Bajonettfingersymptomatik gefunden, die als sicherer Hinweis für eine frühkindliche Hirnschädigung gilt (*C. Schneider* 1934, *Navratil* 1960, *Koch* 1970).

Insbesondere waren unter den 39 Fällen mit „leerer“ Anamnese (Tab. 1) in 14 Fällen pathologische EEG- und PEG-Befunde und in 24 Fällen neurologische Mikrosymptome, einschließlich der Bajonettfingersymptome, zu finden.



Für die 100 Ausgangsfälle ist zusammengefaßt festzustellen, daß nur acht Jugendliche *allein* nach dem psychopathologischen Bild als frühkindlich hirngeschädigt diagnostiziert sind. Bei den übrigen 92 Jugendlichen wurden, neben dem psychopathologischen Bild, die pathologischen Geburtsumstände in der Anamnese und/oder pathologische EEG- und PEG-Befunde und/oder mikroneurologische Symptome gefunden.

## 2.2. Latenzzeit und Manifestationsalter

Leichte, frühkindliche Hirnschäden werden erst manifest, wenn die betroffenen Hirnregionen entwicklungsbiologisch in Funktion treten sollen. Intellektuelle und motorische Defizite und Defekte infolge einer frühen Hirnschädigung fallen naturgemäß, d. h. entwicklungsgemäß, nach einer kürzeren „Latenzzeit“ auf, als die pathocharakterologischen Abweichungen, durch die das hiesige Untersuchungsgut gekennzeichnet ist.

Zum Problem der Latenzzeit und des Manifestationsalters bei frühkindlich Hirngeschädigten hat *Krebs* (1970, S. 49) ausgeführt: „Ein Zeitfaktorenproblem ergibt sich auch zwischen dem Eintritt einer Schädigung einerseits und dem Auffallen bzw. Bekanntwerden der Folgen andererseits.“

Tab. 2: Manifestationsalter der pathocharakterologischen Entwicklung bei 100 Jugendlichen mit frühkindlicher Hirnschädigung

Alter (Jahre)	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Fälle (n = 100)	1	4	7	6	5	9	8	4	6	16	20	8	6
Prozentsumme	1	5	12	18	23	32	40	44	50	66	86	94	100

Im Überblick läßt sich in Tabelle 2 feststellen, daß bis zum 13. Lebensjahr bereits 50 der 100 Jugendlichen auffällig waren. Von Jahrgang zu Jahrgang ist die Zuwachsrate der Erstmanifestation relativ konstant und nur im 14. und 15. Lebensjahr etwas erhöht. Daraus wäre zu folgern, daß kein wesentlicher Einfluß der Entwicklungsphasen (z. B. erster und zweiter Gestaltwandel) und auch kein wesentlicher Einfluß sozialer Momente (z. B. Einschulung, Schulentlassung, Strafmündigkeit) vorliegt. Dies könnte für eine gewisse Eigengesetzlichkeit der pathocharakterologischen Folgeerscheinungen nach frühen Hirnschäden sprechen. Auch *Leferenz* (1958) hatte bei jugendlichen Kriminellen ausdrücklich keinen Einfluß der Entwicklungsphasen für die „Auslösung“ abnormen Verhaltens gefunden. Dem steht entgegen, daß *Pavloff*, *Schwidder* und *Stutte* bei neurotischen und verwahrlosten Kindern und Jugendlichen die Häufigkeitsspitze der Auffälligkeiten im 6./7. Lebensjahr und im 11. bis 14. Lebensjahr feststellen konnten (Gegenüberstellung bei *Leuner* 1960).

Zur Beurteilung der besseren Übereinstimmung mit dem Ergebnis bei *Leferenz* sei aber erwähnt, daß *Müller-Küppers* (1969) die Auffassung von *Thalhammer* wiedergibt, wonach die (präinatale) Hirnschädigung um so später erkannt wird, je leichter sie ist. Dies könnte für den hiesigen Befund bezüglich des Manifestationsalters bedeuten, daß nur die Schweregrade der

frühen Hirnschäden erfaßt sind und weder eine gewisse Eigengesetzlichkeit noch eine Abhängigkeit von Entwicklungsphasen („Phasopathie“). Es könnte aber auch erwogen werden, ob sich nicht einzelne charakterliche Deviationen doch in verschiedenen Altersstufen bevorzugt manifestieren. Betrachtet man im hiesigen Untersuchungsgut die Kinder, die erstmals im Kindergarten- und frühen Schulalter auffällig werden, so meist mit psychomotorischer Unruhe, Umtriebigkeit und Erethie, im mittleren Schulalter meist wegen abnormer Reizbarkeit und Aggressivität, im späteren Schulalter meist wegen Lügenhaftigkeit, Stehlens, Streunens und schließlich wegen nachlassender Schul- und Lehrleistungen. Es ließe sich geradezu eine vorläufige Regel formulieren, wonach zunächst Antriebsbesonderheiten, später Besonderheiten im Affektleben, noch später Trieb- und Gemütsauffälligkeiten und zuletzt Schwächen im Willensleben die charakteristischen und charakterologischen Einsatzpunkte für die hier dargestellten Erstmanifestationen sind.

### 2.3. Familienbild

Die Stellung in der Geschwisterreihe oder die Stellung als Einzelkind bestimmen auch beim frühkindlich hirngeschädigten Kind in individueller und unterschiedlicher Weise die Entwicklung (*Strunk* und *Faust* 1968).

Tab. 3: Stellung in der Geschwisterreihe bei 100 Jugendlichen mit frühen Hirnschäden

	Einzel- kind	ältestes Kind	jüngstes Kind	mittleres Kind
Untersuchungsgut (n = 100)	26 %	40 %	21 %	13 %
Bundesrepublik	11 %	30 %	30 %	28 %

Nach Tab. 3 scheint es möglich, daß die Jugendlichen mit frühen Hirnschäden als Einzelkinder oder Erstgeborene signifikant häufiger vorkommen (66 %) als zu erwarten war. Dies könnte Anlaß sein, auf besondere psychodynamische Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen bei den hier untersuchten Jugendlichen zu schließen. Der überproportionale Anteil der Einzelkinder und Erstgeborenen im Untersuchungsgut weist aber indirekt viel eher darauf hin, daß wohl das perinatale Geburtsgeschehen an sich eine besondere pathogene Rolle spielte.

Bei der vergleichenden Beurteilung des Anteils der Einzelkinder mag sich ferner auch die Frage stellen, ob nicht die Eltern unter dem Eindruck des gestörten Kindes auf weitere Kinder bewußt verzichteten.

Von den hier untersuchten 100 frühkindlich hirngeschädigten Charakteropathen hatten 35 Jugendliche mindestens einen Elternteil, der in der behördlichen Familienanamnese als psychopathisch, asozial, kriminell, debil und/oder trunksüchtig u. ä. beurteilt worden war. In 28 Fällen lagen nur geringgradige elterliche Verhaltensauffälligkeiten vor, z. B. Unwirtschaftlichkeit, Unzuverlässigkeit, sexuelle Leichtlebigkeit, Antriebsarmut, Geltungsbedürfnis, Unbeherrschtheit, und in 37 Fällen waren keine elterlichen Verhaltensauffälligkeiten objektiviert.

In Tab. 4 findet sich eine anteilige Gegenüberstellung der verhaltensauffälligen und unauffälligen Eltern und Geschwister der 100 Jugendlichen mit frühen Hirnschäden. Sie erlaubt, wenn auch mit Einschränkungen, eine Einschätzung der Wirksamkeit von Erb- und auch Milieufaktoren.

Tab. 4: Verhaltensauffälligkeiten der Eltern und Geschwister bei 100 Jugendlichen mit frühen Hirnschäden

	ohne Geschwister (n = 26)	unauffällige Geschwister (n = 53)	auffällige Geschwister (n = 21)
schwer auffällige Eltern (n = 34)	10	13	11
leicht auffällige Eltern (n = 29)	6	14	9
nicht auffällige Eltern (n = 37)	10	26	1

Sofern man bei den Kindern der sozial und charakterlich auffälligen Eltern eine hereditäre Belastung oder Disposition annimmt und damit auch für die hirngeschädigten Kinder, so muß erwogen werden, ob sich nicht bei 63 der hier untersuchten Jugendlichen eine hereditäre Primäranlage oder Disposition in der Kombination mit der frühen Hirnschädigung im charakterlichen Bild akzentuiert hat (*Asperger* 1961, *Koch* 1959, *Huffmann* 1968). Trotzdem wird man nach Einschätzung der anteiligen Verhältnisse in Tab. 4 mit *Göllnitz* (1954) übereinstimmen, der ein Überwiegen, d. h. eine größere pathogenetische Potenz der organischen Schädigung den Erbfaktoren gegenüber hervorhebt.

Noch problematischer ist die Abschätzung der Rolle der Milieubedingungen und ihrer Wirksamkeit. Bei den charakterlich und sozial auffälligen Eltern wird man abträgliche Erziehungs- und Umweltbedingungen unterstellen können, auch wenn beim hiesigen Untersuchungsgut die Geschwister nur in bescheidenen Ausmaßen verhaltensauffällig wurden. Aber auch bei sozial, charakterlich und erzieherisch einwandfreien Eltern wird immer daran zu denken sein, daß hirngeschädigte Kinder und Jugendliche auch eine normale, durchschnittliche Umwelt andersartig und fehlerhaft verarbeiten, so daß milieureaktive Teilursachen stets vorliegen können. Schließlich ist auch zu erwägen, daß sich ein enzephalopathischer Jugendlicher auch aktiv eine pathologische Umwelt schaffen kann, indem er z. B. die Familie zu einem besonderen Reagieren veranlaßt.

#### 2.4. Körperkonstitutionen und körperlicher Reifestand

*Göllnitz* (1973) zählt die Verschiebung des körperlichen Reifetempos (Akzeleration und Retardierung) und auch die Abweichungen in der Entwicklungskoordination (Asynchronie, Dysharmonie) zum Kernbild der Enzephalopathie. *Bresser* (1970) hat – zumindest für forensische Zwecke – bei Jugendlichen davor gewarnt, die den normalen Körpervarianten entlehnten

konstitutionsbiologischen Begriffe und Befunde den Symptomen einer frühen Hirnschädigung gleichzustellen. Auch *Lempp* (1964) hält die von ihm gefundene Relation von Retardierung und frühkindlicher Hirnschädigung nicht für so ausgeprägt, um einen entscheidenden Hinweis abzugeben. *Koch* (1970) hat lediglich eine *starke Akzeleration* und Retardierung erwähnt, die sich – nach Ausschluß anderer Ursachen – mit dem Nachweis einer frühen Hirnschädigung zutreffender bewerten läßt. – Nach *Lempp* (1964) liegen für die körperkonstitutionelle Entwicklung von frühkindlich hirngeschädigten Jugendlichen noch keine wesentlichen Untersuchungen vor. Einen allgemeinen Überblick über die Bedeutung der Anthropobiometrie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie geben *Verdun* (1960) und das Übersichtsreferat von *Harbauer* (1962).

Tab. 5: Durchschnittliche Körpergrößen (in cm) bei jugendlichen Enzephalopathen

Lebensjahr	Untersuchungsgut (n = 100)	<i>Lempp</i> (1964):	
		Enzephalopathen männl. (n = 149)	gesunde Fälle männl. (n = 170)
14 Jahre	174,0	155,9	154,9
15 Jahre	165,0	162,3	165,2
16 Jahre	176,7	165,3	172,7
17 Jahre	177,8	168,9	173,7
18 Jahre	176,4		
19 Jahre	175,7		

Tab. 6: Körperkonstitutionen und Reifestand bei 100 Jugendlichen mit frühen Hirnschäden

Reifestand:	Konstitution:			
	leptosom	athletisch	pyknisch	dysplastisch
akzeleriert: 20	10	8	0	2
altersgemäß: 60	30	18	8	4
retardiert: 20	8	1	5	6
	48	27	13	12

Hinsichtlich der Körpergrößen läßt sich bei den hier untersuchten hirngeschädigten Jugendlichen keine Retardierung feststellen; es ist im Gegenteil sogar eine Größenakzeleration auffallend, wobei allerdings seit *Lempp* (1964) eine epochale Größenakzeleration zu berücksichtigen ist. *Stutte* (1964) hatte bereits bei asphyktisch geborenen Kindern ebenfalls keine Reifungsstörungen (Retardierung, Akzeleration, Reifungsdissoziation) gefunden, die von den Häufigkeitswerten bei Vergleichsgruppen abwichen.

Die Beurteilung des körperlichen Reifestandes soll bei Kindern und Jugendlichen nur zusammen mit der Berücksichtigung der Körperbautypen

geschehen (Lenz 1954), weil z. B. Leptosomie vielfach mit einer Spätreifung einhergeht. Nach Oster (1954) wird man – zum Vergleich bei Tab. 6 – bei männlichen Entlassungsschülern 14 % akzelerierte und 19 % retardierte Jugendliche erwarten können und hinsichtlich des Konstitutionstyps 42 % leptosome, 34 % athletische und 24 % pyknische und legierte Konstitutionen (ähnlich auch bei Lenz 1954).

Unter reifungs- und konstitutionsbiologischen Erwartungshäufigkeiten fallen die hier erfaßten jugendlichen Enzephalopathen kaum aus dem Rahmen. Zur Frage der körperlich „prodysklinen Konstitution“ (Koch 1953, 1967) könnte hier allenfalls der Anteil der dysplastischen und auch der leptosom-akzelerierten Konstitutionen auffallen. Bei diesem wenig prägnanten Ergebnis sei an die Beurteilung von Stutte (1961, S. 277) erinnert, wonach „die Konstitutionsforschung – epikritisch gesehen – für die Aufhellung kindlicher Charakterstörungen doch relativ bescheidene neue Einsichten gebracht hat“.

### 2.5. Artung der Intelligenz

Zuletzt hat Krebs (1973), wie auch schon Lempp (1971) und andere Autoren, festgestellt, daß die globale Angabe eines Intelligenzquotienten beim Vorliegen eines organischen Psychosyndroms in vielen Fällen wenig informativ ist und vielfach nur Hausnummernwert besitzt. Ergiebiger für die Beurteilung der Intelligenz sind oft die unterschiedlichen Leistungshöhen in einzelnen Prüfbereichen, z. B. Leistungsdifferenzen im Verbal- und Handlungsteil des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests (HAWIE). Der Autor des Tests (Wechsler 1964) fand eine Differenz zu Ungunsten des Handlungsteils bei hirnorganischen Erkrankungen und Lempp (1971) fand dies auch für Kinder mit organischem Psychosyndrom bestätigt (nicht jedoch für Kinder mit gestörter akustischer Erfassungsfähigkeit).

Bei den hier untersuchten 100 Jugendlichen mit frühen Hirnschäden wurden folgende Leistungsdifferenzen mit klinisch bedeutsamen Abweichungen (elf IQ-Punkte und mehr) im HAWIE gefunden:

Verbal-IQ höher als Handlungs-IQ: 20 Fälle

Verbal-IQ etwa gleich Handlungs-IQ: 48 Fälle

Verbal-IQ niedriger als Handlungs-IQ: 32 Fälle

Wechsler (1964) hatte darauf hingewiesen, daß bei „psychopathischen“ Jugendlichen die Leistungen im Handlungsteil besser sind als im Verbalteil. Nach diesen Kriterien haben hier 32 % der 100 Jugendlichen eine „psychopathisch“ verdächtige Intelligenzartung und 20 % eine „hirmorganisch“ verdächtige Intelligenzartung. Freilich wird auch bei einer „psychopathisch“ verdächtigten Intelligenzartung auf Defizite im Lern- und Erziehungsmilieu geschlossen, aber auch auf diskrete, aber psychoneurologisch relevante Hirnschäden, die das verbale Lernen beeinträchtigen. Als derartige psychoneurologische Lernschwächen sind Störungen der auditiven Sprache, Dyslexien, Dysgraphien und Rechenstörungen bekannt. Johnson und Myklebust (1971) fordern z. B. ausdrücklich eine heilpädagogische Behandlung der *verbalen und der nicht-verbalen Defekte*, und sie beziehen sich auf die vielfach be-

gründete Hypothese, wonach die Funktionen der verbalen Fähigkeiten in der linken Hirnhemisphäre und die nicht-verbalen in der rechten lokalisiert sind. Es wäre die Überlegung zulässig, ob nicht die bedeutsamen Minderleistungen im Verbal- und Handlungsteil des Tests in gleicher Weise zerebrale Defekte und Perfektionsmängel anzeigen, die auch lokalisatorische Schlüsse zulassen. Von dieser Erwägung ausgehend, wäre im hiesigen Untersuchungsgut rund jeder zweite Jugendliche schon allein aufgrund der Intelligenzartung als zerebral auffällig einzustufen.

## 2.6. Charakteropathien nach frühen Hirnschäden und Psychopathien

Bei der Frage, in welchem Verhältnis Enzephalopathien und Psychopathien zueinander stehen, verdient aus jüngster Zeit der Beitrag von *Alsen* (1974) sicher besondere Beachtung. Der Autor sieht kasuistisch eine oft frühkindliche Enzephalopathie als *eine der Ursachen* für phobisch-anankastische Neurosen, Haltschwächen, Geltungssucht, Egozentrität, fett- und magersüchtige Konstitutionen, progressiv-explosible Entwicklungen und Pubertäts- und Entwicklungskrisen. Allerdings warnte schon *Homburger* (1926) vor einer „hirnmythologischen“ Deutung etwa der postenzephalitischen Persönlichkeitsveränderungen und der Psychopathien. Es findet aber auch *Bresser* (1973, S. 79), daß es z. B. Formen der ungesteuerten Unruhe bei hirngeschädigten Kindern gibt, die sich im Erscheinungsbild sehr der konstitutionellen Betriebsamkeit (Hyperthymie) annähern. „Auch die gesteigerte Reizbarkeit der Organiker ist nicht immer unmittelbar von der charakterologischen Explosibilität zu trennen“. Bei Jugendlichen mit frühen Hirnschäden wird zutreffenderweise vielfach eine „Pseudopsychopathie“ oder eine „organische Pseudoneurose“ etwa „auf dem Boden einer frühen Hirnschädigung“ diagnostiziert. *Navratil* (1960) hat dazu einen besonders eindrucksvollen Fall, den Fall einer „somatogenen Psychopathie“ beschrieben.

„Zur Pathocharakterologie der organischen Persönlichkeitsänderung“ hat *v. Baeyer* (1947) allgemein zur Unterscheidbarkeit von Psychopathie und Enzephalopathie festgestellt: „Nur die Extremformen enzephalopathischer Persönlichkeitsstörungen kommen auf angeboren hirngesunder Grundlage und – so muß man hinzufügen – ohne Schwachsinn nicht vor.“

Der in Tab. 7 wiedergegebenen Klassifizierung liegt methodisch und inhaltlich die Beurteilung von *Stutte* (1961, S. 238) zugrunde: „Wir sollten uns klar machen, daß die Charakterisierung eines Jugendlichen als haltlosen, gemütsarmen oder geltungssüchtigen Psychopathen lediglich eine abkürzende Beschreibung seiner vordergründigen Wesenszüge darstellt, die nie das Ganze der Persönlichkeit erfaßt, die auch schwerlich den Stellenwert einer klinischen Diagnose beanspruchen kann“.

Als Haupttypen jugendlicher Verwahrloster bezeichnete *K. Schneider* (1924) die Erethiker (Hyperthymiker), die Willensschwachen, die Explosiblen, die Geltungsbedürftigen und die Gemütlosen. Nach *Kraepelin* (zit. bei *Petrowitsch* 1960) ist bei Stimmungs-labil-Explosiblen das Adoleszenzenalter die bevorzugte Manifestationszeit. *Petrowitsch* (1960) fand sie bei 100 klinisch abnormen Psychopathen zu einem Viertel vertreten. Diese Hin-

weise lassen sich auch zur psychopathologischen Beurteilung des hiesigen, frühkindlich hirngeschädigten Untersuchungsgutes heranziehen und sie lassen Parallelen erkennen. Falldarstellungen speziell für sexual-pathologische Entwicklungen infolge frühkindlicher Hirnschäden finden sich bei *Holzer* (1976).

Tab. 7: Jugendliche Charakteropathen mit frühen Hirnschäden in der Zuordnung zu Psychopathentypen

stimmungslabile, explosible	25 Fälle
gemütsarme, extrem egoistische	16 Fälle
haltschwache, willensschwache	16 Fälle
triebhaft, enthemmt, sexuell perverse	10 Fälle
dysphorische, schizoide	8 Fälle
hyperthyme	7 Fälle
geltungssüchtige, hysterische	7 Fälle
selbstunsichere, psychasthenische	1 Fall
ohne sichere Zuordnung	10 Fälle

Nach *Lempp* (1964, S. 105 f.) kommt es unter Umständen dann zum Eindruck einer Psychopathie als psychopathologischer Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung, wenn es *nicht* zu einer Neurotisierung kam. „Die unter günstigen Milieubedingungen stets rückläufige Tendenz dieser Verhaltensbesonderheiten kann differentialdiagnostisch verwandt werden.“ Für das hiesige Untersuchungsgut mußte aber schon dargelegt werden, daß eine Neurotisierung immer zu unterstellen, wenn auch nicht immer nachzuweisen ist. Der differentialdiagnostische Wert der Rückläufigkeit der psychopathieähnlichen Verhaltensauffälligkeiten ist für das hiesige Untersuchungsgut gering und die eingangs wiedergegebene Auffassung von *Bradley* könnte unter dem Eindruck der hier untersuchten Jugendlichen sehr wohl zutreffen. Auch ist die bereits erwähnte Falldarstellung von *Navratil* (1960) ein überzeugenderes Beispiel für eine exakte Differentialdiagnose.

## 2.7. Charakteropathien nach frühen Hirnschäden und die Theorie der Tiefenperson

Die Beurteilung von zerebral geschädigten Kindern und Jugendlichen unter dem Aspekt der „gestörten Tiefenperson“ ist nicht neu. *Zeller* (1952) beschreibt unter dem „Typus der cerebralen Frühentwicklung“ die Störungen der Tiefenperson als Folgezustände nach Enzephalitis, u. a. psychopathische Störungen, psychische und motorische Erregbarkeit, ethische Defekte, vegetative Störungen, Störungen des Antriebsgefüges. Für die Folgezustände nach frühkindlichen Hirnschäden hat *Koch* (1970) Instinkt-, Trieb-, Antriebsbesonderheiten und Stimmungsauffälligkeiten beschrieben und auf deren gemeinsamen Nenner – eine Störung der Tiefenperson (*Kretschmer*) – verwiesen. Das „hirnorganische psychische Achsensyndrom“ (*Göllnitz*) weist mit seinen Merkmalen Affekt-, Stimmungs-, Antriebsauffälligkeiten, vegeta-

tive Auffälligkeiten u. a. in die gleiche Richtung. *Lempp* (1964) beurteilt das *Göllnitz*sche Achsensyndrom als typisch für Postenzephalitiker, aber als wenig spezifisch für frühe Hirnschäden. Jedoch merkt *Lempp* in seiner Kasuistik (Fall Nr. 2) an, daß bei älteren Jugendlichen das „frühkindliche exogene Psychosyndrom“ meist nicht zum Vorschein kommt. Dies gilt sicher auch für die hier untersuchten hirngeschädigten Jugendlichen, bei denen doch eher Auffälligkeiten im Sinne des Achsensyndroms von *Göllnitz* festzustellen waren.

*Kretschmer* hat die Funktionsaggregate der Tiefenperson beschrieben, wobei Funktionen der Triebe, Antriebe, Affekte, der Motorik und Psychomotorik und des Vegetativums mannigfach integriert, gekoppelt, genormt und gesteuert sind. Dieses Bild kann auch bei Jugendlichen mit frühen Hirnschäden bei der Passage durch die Pubertät in mehr oder minder großer Prägnanz festzustellen sein, wenngleich *Asperger* (1970) dagegen hält, ein spezielles oder allgemeines Symptom für eine frühe Hirnschädigung gäbe es nicht und dies gelte auch für „Störungen der Tiefenperson“; weit eher lasse sich von „Störungen der Gesamtpersönlichkeit, von einer gestörten Integration der Persönlichkeit“ sprechen.

In Tab. 8 wurde versucht, einzelne phänomenale Störungen der Tiefenperson bei – teils erblich belasteten – Jugendlichen mit frühen Hirnschäden in ihrer Häufigkeit zu erfassen.

Tab. 8: Häufigkeiten von Einzelstörungen der Tiefenperson bei 100 Jugendlichen mit frühen Hirnschäden

Stimmungsauffälligkeiten (subeuphorisch, subdepressiv, explosibel)	in 77 Fällen
Antriebsauffälligkeiten (Antriebsminderung, -steigerung)	in 60 Fällen
auffällige Motorik, Psychomotorik (z. B. Stottern Hypomimie u. a.)	in 56 Fällen
Trieb- und Instinktauffälligkeiten (Deviationen von Appetenz und Sexua)	in 56 Fällen
Schwächen und Defekte im Gemüt (etwa im Sinne von moral insanity)	in 47 Fällen
vegetative Auffälligkeiten (Vasolabilität, Neuropathie, u. a.)	in 46 Fällen

Diese Zusammenfassung ermöglicht es nicht, etwaige genormte und gekoppelte Störungen der Tiefenperson zu erfassen. In Tab. 9 ist daher wiedergegeben, ob und wie stark die hier erfaßten Einzelstörungen miteinander korrelieren (Vierfeldermethode).

In Tab. 9 fällt auf, daß einerseits Auffälligkeiten im Antrieb, in der Stimmung, in der Motorik und im Vegetativum fast erwartungsgemäß korrelieren und andererseits – gut separiert – die Trieb- und Instinktauffälligkeiten mit Auffälligkeiten im Gemütsleben korreliert sind. Es mag sich bei

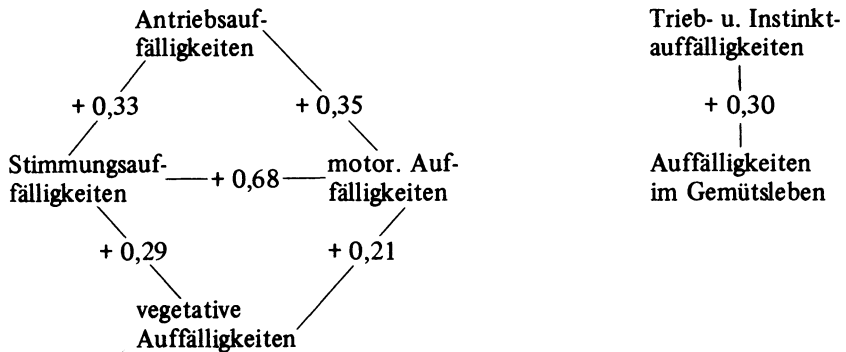


der Beurteilung dieser korrelativen Beziehungen der Eindruck ergeben, diese beiden Merkmalskombinationen könnten Persönlichkeitsrafikale bei jugendlichen Enzephalopathen sein, nämlich einmal mit Abweichungen in der Antriebs- und Stimmungslage mit motorischen und vegetativen Auffälligkeiten und zum anderen mit Abweichungen im Trieb-, Instinkt- und Gemütsleben.

Tab. 9: Vierfelderkorrelationen der Einzelmerkmale einer gestörten Tiefenperson bei 100 jugendlichen Enzephalopathen

	S	T	G	M	V
Antriebsauffälligkeiten A	+ 0,33	0,00	0,00	+ 0,35	- 0,42
Stimmungsauffälligkeiten S		- 0,47	- 0,78	+ 0,68	+ 0,29
Triebauffälligkeiten T			+ 0,30	- 0,49	- 0,38
Gemütsauffälligkeiten G				0,00	0,00
motor. Auffälligkeiten M					+ 0,21
vegetat. Auffälligkeiten V					

Schema der gekoppelten Symptompaaire mit Angabe des Korrelationskoeffizienten



### 2.8. Differentialdiagnostische Aspekte

Unter der Annahme, daß bei den jugendlichen Charakteropathen mit Neugeborenenasphyxien die Schädigungsart und der anatomische Schädigungsort anders zu beurteilen ist als bei frühgeborenen Charakteropathen, könnte eine differentialdiagnostische Untersuchung hier weitere Ergebnisse bringen, insbesondere zur Frage, ob Schädigungsart und -ort belangvoll sind (Stutte, Koch, v. Stockert) oder weniger bedeutsam sind (Asperger, Göllnitz, Lempp).

Unter den hier erfaßten 100 Jugendlichen mit frühen Hirnschäden befinden sich 37 Jugendliche mit angedeuteter oder ausgeprägter Streckbajonett-

finger-Symptomatik. Diese sind nach Schädigungsart, -ort und -termin ein relativ homogenes Untersuchungsgut (Koch 1970) mit besonders engen Beziehungen zu Merkmalen einer gestörten Tiefenperson und auch zu Merkmalen einer Psychopathie auf der Grundlage einer frühkindlichen Hirnschädigung (Navratil 1960).

Die gesonderte Berücksichtigung dieser erwähnten Teilgruppen könnte der Erwartung Stuttes (1960, S. 1069; 1970, S. 2) vielleicht besser entsprechen, „für die Folgezustände einzelner Krankheiten evtl. doch spezifische Elementarstörungen“ zu erfassen und die „pathoklitische Spezifität vieler Hirnschadensbilder“ zu eliminieren.

## Literatur

- Alsen, V.: Organische Pseudoneurosen und Pseudopsychopathien. In: Das ärztliche Gespräch, Köln: Tropon 1974, 106–122
- Asperger, H.: Heilpädagogik, Wien: Springer 1961, 3. Aufl.
- Asperger, H.: Diskussionsbeitrag. In: Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Hrsg.: Stutte, H. und Koch, H. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1970, S. 59
- v. Baeyer, W.: Zur Pathocharakterologie der organischen Persönlichkeitsveränderung. Nervenarzt 18, 1947, 21
- Bittner, W.: Zum Problem der sogenannten Pseudopsychopathien. Mschr. Krim. 3, 1968, 115–123
- Bosch, G.: Psychopathologie der kindlichen Hirnschädigung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 22, 1954, 425
- Bresser, P. H.: Grundlagen und Grenzen der Begutachtung jugendlicher Rechtsbrecher. Berlin: de Gruyter 1965
- Bresser, P. H.: Die forensische Beurteilung nach frühen Hirnschäden. In: Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Hrsg.: Stutte, H. und Koch, H. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1970
- Bresser, P. H.: Eigenschaften sind formbar – aber wie? In: Klinische Heilpädagogik. Hrsg.: Koch, H. Villingen: Neckar-Verlag 1973, 67–81
- Bryan, G. E. and Brown, M. H.: A method for differential diagnosis of brain damage in adolescents. J. nerv. ment. Dis. 125, 1957, 69–72
- Corboz, R.: La symptomatologie psychique des atteintes cerebrales chez l'enfant et l'adolescent. Ann. Pédiat. 199, 1962, 155
- Corboz, R.: La symptomatologie psycho-organique de l'enfant et de l'adolescent. Psychiat. Enf. 1966
- Enke, E. und W.: Jugendkriminalität in psychiatrischer Sicht. In: Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Thieme 1958
- Göllnitz, G.: Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Leipzig: Thieme 1954
- Göllnitz, G.: Besonderheiten der Entwicklung bei Enzephalopathien im Kindes- und Jugendalter. In: Beiträge zur somatopsychischen Entwicklung im Kindesalter. Jena: VEB G. Fischer 1973
- Harbauer, H.: Allgemeine Entwicklungsbiologie, Reifungspathologie, Konstitutions- und Vererbungslehre. Jahrb. f. Jugendpsychiat. 3, 1962
- Holzer, D.: Sexual-pathologische Entwicklung infolge frühkindlicher Hirnschäden. Prax. Kinderpsychol. u. Kinderpsychiat. 5, 1976, 173
- Homburger, A.: Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer 1926
- Huffmann, G.: Zur Systematik und Ätiologie der frühkindlichen Hirnschäden. Fortschr. Neurol. Psychiat. 31, 1963, 281–307
- Huffmann, G.: Das neurologische und psychische Defektsyndrom bei frühkindlichem Hirnschaden. Stuttgart: Thieme 1968

- Johnson, D. J. and Myklebust, H. R.*: Learning Disabilities. New York 1967, 5. Aufl., deutsch: Lernschwächen, Stuttgart 1971
- Koch, H.*: Zur Diagnostik prodyskliner Konstitutionen. A. Crianca Portuguesa, Lissabon 1953
- Koch, H.*: Gefahren und Hilfen bei latenten frühkindlichen Hirnschäden. Vortrag 1959 in: Heilpädagogik in der Erziehungshilfe. Hrsg.: Landschaftsverband Rheinland, Düsseldorf 1963
- Koch, H.*: Frühkindliche Hirnschäden bei verhaltensauffälligen Jugendlichen. In: Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Hrsg.: *Stutte, H. und Koch, H.*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1970
- Krebs, H.*: Die Bedeutung des Zeitfaktors in der Pathogenese frühkindlicher Hirnschäden. In: Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Hrsg.: *Stutte, H. und Koch, H.*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1970
- Krebs, H.*: Probleme der Beurteilung von Verhaltensweisen und Leistungen aus kinderpsychiatrischer Sicht. In: Klinische Heilpädagogik. Hrsg.: *Koch, H.*, Villingen: Neckarverlag 1973
- Kretschmer, E.*: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: Thieme 1949
- Lefferenz, H.*: Probleme der kriminologischen Prognose. Kriminalbiolog. Ggw. Fragen 3, 1958, 35
- Lempp, R.*: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern, Stuttgart 1964
- Lempp, R.*: Organische Psychosyndrome. In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hrsg.: *Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1971
- Lenz, W.*: Wachstum: Körpergewicht und Körperlänge. Proportionen. Habitus. In: Biologische Daten für den Kinderarzt. Hrsg.: *Brock, J.*, Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1954
- Leuner, H.*: Der erste Gestaltwandel als psychopathologischer Grenzbereich. Jb. Jugendpsychiatr. 2, 1960, 33–52
- Müller-Küppers, M.*: Das leicht hirngeschädigte Kind. Stuttgart: Hippokrates 1969
- Navratil, L.*: Zur Diagnostik von Residualzuständen cerebraler Kinderlähmung. Jb. Jugendpsychiatr. 2, 1960, 87–94
- Oster, H.*: Der Zusammenhang von Allgemeinzustand und Entwicklungstempo, in: Deutsche Nachkriegskinder, Hrsg.: *Coerper, Hagen, Thomae*. Stuttgart: Thieme 1954
- Petrilowitsch, N.*: Abnorme Persönlichkeiten. Basel, New York 1960
- Rett, A.*: Das hirngeschädigte Kind. Wien, München 1971
- Schneider, C.*: Zur Diagnose symptomatischer, besonders residualer Epilepsieformen. Nervenarzt 7, 1934, 385 u. 456
- Schneider, K.*: Die Verwahrlosung vom Standpunkt des Psychiaters. Bericht über die 3. Tagung der Psychopathenfürsorge Heidelberg. Berlin: Springer 1924
- Specht, F.*: Fehlentwicklungen nach früherworbenen Hirnschäden. In: Beiträge zur Erziehungsberatung, Hrsg.: *Duhm, E.*, Band 4, 83–98. Weinheim 1969
- v. Stockert, F. G.*: Verhaltensstörungen hirngeschädigter Kinder und Jugendlicher. Therapiewoche 13, 1963, 1049–1052
- Strauss, A. A., Lethinen, L. E.*: Psychopathology and education of the brain injured child. New York 1950
- Strunk, P. und Faust, V. B.*: Frühkindlicher Hirnschaden und Omega-Stellung in der Familie. Praxis Kinderpsychol. 17, 1968, 1–3
- Stutte, H.*: Kinderpsychiatrie und Jugendpsychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960
- Stutte, H.*: Charakterstörungen im Kindes- und Jugendalter. Acta paedopsychiatrica 28, 1961, 273–286
- Stutte, H.*: Präventive Folgerungen aus langfristigen Katamnesen von Kindern mit Geburtsasphyxie und Neugeborenen-Erythroblastose. In: Kinderpsychiatrie und Prävention. Hrsg.: *van Krevelen, D. A.*, Bern, Stuttgart: Huber 1964
- Stutte, H.*: Zur Problematik der frühkindlichen Hirnschädigung. In: Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Hrsg.: *Stutte, H. und Koch, H.*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1970

- Stutte, H.*: Aufgaben der Jugendpsychiatrie in der Heimpädagogik. In: Heilpädagogik in der Erziehungshilfe. Hrsg.: Landschaftsverband Rheinland: Düsseldorf 1962, S. 59–72
- Verdun, M.*: Anthropobiometrie et Maturation. Vortrag: Erster Europäischer Kongreß für Kinderpsychiatrie, Paris, September 1960, Rapports S. 77–90. Deutsche Zusammenfassung in Acta paedopsychiatrica 28, 1961, 71
- Wechsler, D.*: Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Berlin, Stuttgart, Wien: Huber 1964, 3. Aufl.
- Wewetzer, K. H.*: Das hirngeschädigte Kind, Psychologie und Diagnostik. Stuttgart: Thieme 1959
- Zeller, W.*: Konstitution und Entwicklung. Göttingen: Hogrefe 1952

*Anschrift des Verfassers:*

Dipl.-Psych. *Dietrich Holzer*  
Erziehungsberatungsstelle Dinslaken des Kreises Wesel  
Blücherstr. 25  
4220 Dinslaken

# Zur Frage der Bedingungskonstellationen bei lern- und bei geistig behinderten Schülern – eine empirische Analyse von Schülerakten

Von *Elisabeth Sander* und *Klaus Sander*

## Zusammenfassung, Summary, Résumé

Anhand von 129 Schülerakten lern- und geistigbehinderter Kinder zweier Kölner Sonderschulen werden Informationen über gegenwärtige und vergangene Entwicklungsbedingungen untersucht. Dabei handelt es sich um Merkmale familiärer Bedingungen, prä- und perinataler Einflüsse, Merkmale zum sozialen und körperlichen Entwicklungsverlauf, Krankheiten und sinnesphysiologische Ausfälle, Betreuungsleistungen der Gesundheitsversorgung und Merkmale elterlichen Interesses für schulische Belange. Die Merkmale werden interkorreliert und faktorisiert. Es ergeben sich Faktoren von Bedingungskonstellationen für Lern- und Geistigbehinderte, die mehr oder weniger stark Einflüsse der biologisch-organischen oder soziokulturellen Sphäre widerspiegeln. Es wird auf Möglichkeiten und auf die Notwendigkeit einer schulübergreifenden Lernhilfe, Beratung, Erziehung, Betreuung und Therapie – vor allem bei Lernbehinderten – hingewiesen.

### **On the question of the situational circumstances of slow learners and mentally handicapped pupils**

129 files on slow learners and mentally handicapped pupils at two special schools in Cologne provide information which is examined from the point of view of the past and present circumstances of their development. Points considered are: family situation, prenatal and perinatal influences, social and physical development, illnesses, care provided by the health service and characteristics of parental interest in school problems. The characteristics are intercorrelated and determined. Factors emerge from the situational circumstances of slow learners and the mentally handicapped which reflect in varying degrees influences of the biological-organic or the socio-cultural spheres. Attention is drawn to the possibility and necessity of help with learning, counselling, education, care and therapy not confined to individual schools and above all for slow learners.

### **Complexes situationnels chez les écoliers handicapés scolaires et handicapés mentaux**

129 dossiers d'enfants handicapés scolaires et handicapés mentaux de deux écoles spéciales de Cologne ont fourni des informations sur les conditions présentes et passées du développement. Il s'agit de la situation familiale, des influences prénatales et périnatales, du développement social et corporel, des maladies et accidents sensoriels, des soins médicaux et de l'hygiène ainsi que de l'intérêt porté par les parents aux problèmes scolaires. On établit des corrélations entre ces différents aspects tout en les soumettant à une analyse factorielle. Il en résulte des facteurs situationnels pour handicapés scolaires et mentaux, facteurs reflétant à des degrés divers l'influence du secteur biologique et organique ou socioculturel. On rappelle la possibilité et la nécessité de l'aide à l'apprentissage, de l'orientation, de l'éducation, de la prise en tutelle et de la thérapeutique dans un cadre dépassant le cadre scolaire – principalement dans le cas des handicapés scolaires.

## 1. Problemstellung

In der Behindertenpädagogik lassen sich immer wieder zwei verschiedene Forschungsansätze unterscheiden. Einmal wird die gegenwärtige Struktur der Behinderung, die Art der beobachteten Ausfälle, der Lern- und Leistungsauffälligkeiten, der sensorischen und motorischen Defekte, der organischen Fehlfunktionen, der Intelligenz-Struktur hervorgehoben, differentiell-psychologisch beschrieben oder medizinisch diagnostiziert. Diesem mehr *symptomatologisch* orientierten Forschungsansatz steht ein mehr *ätiologisch* orientierter Ansatz gegenüber, der sich auf die vergangenen und gegenwärtig wirkenden Bedingungen im organisch-biologischen, soziokulturellen und pädagogischen Bereich richtet. Die Unterscheidung dieser Forschungsansätze findet sich auch in der Lern- und Geistigbehinderten-Pädagogik (Kanter, 1974, S. 159; Bach, 1974, S. 32). Wenn auch die meisten Autoren unterschiedliche Schwerpunkte setzen, so stehen beide Ansätze doch in einem sinnvollen Ergänzungsverhältnis. Dafür ein Beispiel: die Kenntnis des Symptoms „Konzentrationsstörung“ und z. B. die Kenntnis der speziellen Struktur der damit verbundenen Aufmerksamkeitsschwankungen und -Ausfälle gibt für einen sinnvollen Behandlungsansatz wenig Hinweise, wenn nicht gleichzeitig geklärt ist, ob eine hirnanorganische Genese vorliegt, oder welchen Lernanreizen der Behinderte im Zusammenhang soziokultureller oder familiärer Einflüsse ausgesetzt war. Der symptomatologische Ansatz mag seine Berechtigung haben, wenn es um die richtige schulische Platzierung geht, um übende oder kompensatorische Maßnahmen oder um die Durchführung begrenzter verhaltensmodifikatorischer Programme. Darüber hinaus hat der ätiologisch orientierte Ansatz seine Berechtigung, wenn es um die Behebung wichtiger Verursachungsmomente geht, was oft beim Vorliegen organisch-struktureller Ausfälle und Fehlfunktionen nicht mehr möglich ist. Der ätiologische Ansatz liefert nicht nur Hinweise auf gegenwärtig u. U. änderbare Bedingungen, sondern sehr oft auch auf notwendige prophylaktische Maßnahmen. Vorbeugende Maßnahmen beziehen sich aber nicht allein auf die Organisationseinheit „Schule“, sondern müßten das gesamte Erfahrung- und Entstehungsfeld des Behinderten einbeziehen. Dabei ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen aus pädagogischen Einrichtungen, medizinischen Institutionen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen notwendig. Hier eröffnen sich schulübergreifende Ansätze einer Beratung und Behandlung „in der natürlichen Umgebung“, familientherapeutische Modelle und allgemeine Milieu- und gemeindepsychologische Interventionsstrategien (Brunner, 1977; Tharp und Wetzel, 1975; Sommer und Ernst, 1977).

Zunehmend verstärkt sich die Ansicht, daß man Probleme nicht von der Kenntnis der gegenwärtigen schulischen Leistungsfähigkeit und der Struktur ihrer Störungen und Ausfälle angehen kann. So beklagt Kaminski (1970, zit. n. Kautter und Munz, 1974, S. 285 f.) das Fehlen eines sonderpädagogischen „Bedingungs- und Änderungswissens“, das die entsprechenden Anhaltspunkte für diagnostisch-therapeutische Arbeit geben kann. Kornmann (1971) schlägt vor, die Zusammenfassung ätiologischer und prognostischer ähnlicher Gruppierungen auf dem Wege quantitativ statistischer Methoden durch Einsatz multivariater Verfahren vorzunehmen.

Diesem zuletzt genannten Vorschlag entspricht die Absicht dieser empirischen Untersuchung. Es soll versucht werden, durch Korrelation einer Reihe von Bedingungsvariablen der Vorgeschichte lern- und geistig behinderter Kinder, aus Merkmalen der soziokulturellen Umwelt, des biologisch-organischen Bereichs, der Gesundheitsbetreuung und sozialer und körperlicher Entwicklungsbedingungen auf empirischem Wege zu *Bedingungskonstellationen* zu gelangen, die für *behinderte* Kinder relevant sind. Wegen vieler methodischer Schwierigkeiten, vor allem wegen des Fehlens echter Längsschnitt-Daten, kann dies nur ein vorläufiger Versuch sein, ätiologisch ähnliche Strukturen von Verursachungsbedingungen aufzuzeigen.

## 2. Stichproben und Durchführung der Erhebung

Die empirische Erhebung<sup>1)</sup> umfaßte 129 Schüler zweier Sonderschulen für Lern- und Geistigbehinderte in Köln, deren Rektoren sich dankenswerterweise bereit erklärten, Schülerakten für eine Auswertung unter Wahrung der Anonymität der Kinder zur Verfügung zu stellen. Die Schülerakten enthielten Aufzeichnungen der Schule, des Schularztes und -- soweit es sich um anamnestische Daten handelt -- Elternbeantwortungen. Die relativ geringe Zahl von 64 (LB) und 65 (GB) Akten im Vergleich zur Gesamtschülerzahl dieser Schulen erklärt sich daraus, daß vollständige Informationen nicht in jeder Akte enthalten sind. Es gestaltete sich schon überaus schwierig, überhaupt Schulen zu finden, besonders im Lernbehindertenbereich, die über relativ viele anamnestische Daten verfügen.

Die in beiden Sonderschulen geführten Schülerakten erwiesen sich als relativ informationsträchtig im Hinblick auf Bedingungsvariablen wie familiäre Statusbedingungen, prä- und perinatale Einflüsse, soziale und körperliche Entwicklungsverläufe, durchgemachte Krankheiten, Gesundheitsfürsorgeleistungen, elterliches Interesse für schulische Belange usw. Die Einzeldaten wurden aus den Akten herausgeschrieben und zusammengehörige Daten zu Variablen („Bedingungsvariablen“) zusammengefaßt.

Einschränkungen erfährt die Auswertung durch folgende Gesichtspunkte:

1. Die Informationen beruhen zum großen Teil auf Elternaussagen und liegen schon eine Reihe von Jahren zurück.
2. Die Zusammenfassung der vielen Einzelinformationen sowie überhaupt die Definition von Bedingungsvariablen unterliegen gewissen subjektiven Einflüssen. Während die Variable „Ausmaß durchgemachter Krankheiten“ noch gut operationalisierbar ist (hier: durch Anzahl und Schweregrad verschiedener Krankheiten), wird es schwerer, z. B. das „Ausmaß elterlichen Interesses für schulische Belange“ zu definieren (hier: durch Be-

---

1) Die vorliegende Arbeit ist eine Erweiterung einer an der Abt. f. Heilpädagogik, Pädagog. Hochschule Rheinland/Köln geschriebenen Examensarbeit. Für die Hilfestellung bei der Datenverarbeitung sei Herrn Prof. Dr. H. E. Lück, Gesamthochschule Duisburg, herzlich gedankt, ebenso dem Referenten der Arbeit, Herrn AOR Dr. K. Dönhoff.

reitwilligkeit zu Auskünften über den Schüler und Förderung eines regelmäßigen Schulbesuches des Kindes).

Die Stichprobe der lernbehinderten Schüler bestand aus 64 Schülern, davon 33 männlich; das Alter variierte zwischen 8 und 15. Die Stichprobe der geistigbehinderten Schüler umfaßte 65 Schüler, davon 35 männlich. Die Überprüfung über  $\chi^2$ -Tests ergab, daß sich beide Stichproben hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schulstufe nicht unterschieden.

Die folgende Tabelle 1 zeigt beide Stichproben im Vergleich der Schularzt-Diagnose (von demselben Schularzt diagnostiziert):

Tab. 1: Häufigkeitsvergleich der beiden Stichproben hinsichtlich Schularzt-Diagnose

Diagnose	Lernbehinderte	Geistigbehinderte
milieubedingte Leistungsschwäche	30 (46,9 %)	3 (4,6 %)
familiäre Debilität	13 (20,3 %)	7 (10,8 %)
FKHS-Syndrom	18 (28,2 %)	29 (44,6 %)
Entwicklungsrückstand	2 (3,1 %)	3 (4,6 %)
Epilepsie	1 (1,6 %)	4 (6,2 %)
sonstige Befunde	0 (0,0 %)	17 (26,2 %)
ohne Angabe	0 (0,0 %)	2 (3,1 %)
Gesamt	64 100 %	65 100 %

### 3. Definition von Bedingungsvariablen

Bei der Definition von Bedingungsvariablen wurde davon ausgegangen, möglichst viele der in der Literatur genannten Verursachungsmomente einzubeziehen (vgl. z. B. *Kanter*, 1974, S. 159). Die Bedingungsvariablen beziehen sich auf organisch-biologische sowie soziokulturelle Bedingungen. Aus untersuchungstechnischen Gründen wurden gegenwärtige schulische Einflüsse wie z. B. didaktische Maßnahmen, Erziehungsstil, Unterrichtsstil nicht mit einbezogen.

Bei der Definition von Bedingungsvariablen versteht es sich, nicht von einer vereinfachten Interpretation auszugehen. Oft liegen die erfaßten Bedingungen zeitlich verschoben, sie können Ergebnisse dritter, hier nicht erfaßter Variabler sein. Auch eine Interpretation im Sinne „Anlage-vs.-Umwelt“-bedingt verbietet sich, da es kein Verhalten gibt, das isoliert eine Einwirkungsart hinreichend erklären kann (*Bach*, 1974, S. 126). So ist das Ausmaß prä- und perinataler Störungen (als eine einbezogene Variable) zwar organmedizinisch definiert, genauer aber Ergebnis eines komplizierten Wechselspiels z. B. von Gesundheitserziehung der Mutter, Inanspruchnahme von Vorsorgeleistung, gesellschaftlich geprägter Einstellung zum Neugeborenen, soziokulturell geprägter hygienischer Bedingungen und nicht zuletzt physiologischer, chemischer und organischer Bedingungen der Mutter.

Die erhobenen Variablen wurden als Schätzskalen definiert und mit Punktwerten versehen, die das Ausmaß von Störungen auf Intervallskalen-Niveau charakterisieren sollen (s. Tabelle 2).



Tab. 2: Erfassung und Definition der Bedingungsvariablen – eine vereinfachte Übersicht –

Variable	Bedingungsvariable	Punktwertbereich	Merkmalsbereich
<b>A Familiäre Bedingungen</b>			
1	Status Niveau	1–3 1–3 1–3	Vater – Beruf Schulausbildung – Vater Wohnverhältnisse
2	Ausmaß familiärer Belastung	1–2	je Angabe: Trennung/Tod eines Elternteiles/Krankheit/Abwesenheit/ Kind lebt(e) bei anderen Personen/Heimaufenthalt/Familien- angehörige schwierig
3	Zahl der Familienmitglieder		Angabe der Anzahl
4	Zahl der Kinder einschließlich gestorbener Geschwister		Angabe der Anzahl
5	Stellung in der Geschwisterreihe	1–3	am Anfang/Mitte/zuletzt Geborener
6	Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes		Altersangabe
<b>B Prä- und perinatale Einflüsse</b>			
7	Ausmaß ungünstiger prä-/perinataler Einflüsse	1–3 0–1 0–1 1	Geburtsvorgang – Komplikationen Krankheit der Mutter während der Schwangerschaft Geburtsort Sonstiges
<b>C Entwicklungsverlauf</b>			
8	Körperliche Entwicklungs- verzögerung	0–5 0–5	Laufen lernen Zahnen
9	Soziale Entwicklungsverzögerung	0–5 0–5	Sprechen lernen Sauberkeit

Tab. 2: Fortsetzung

Variable	Bedingungsvariable	Punktwertbereich	Merkmalsbereich
10	D <i>Krankheiten</i> Ausmaß durchgemachter Krankheiten	1-5	je nach Schweregrad der durchgestandenen Krankheit
11	Ausmaß chronischen Defizits	1-3	je nach Schweregrad des Defizits
12	Funktionsbeeinträchtigungen der Sinnesorgane	1-2	Sprache/Sehen/Hören
13	E <i>Fürsorge - Leistungen</i> Ausmaß erbrachter gesundheitlicher Betreuung	0-3 0-1 0-1 0-1	Impfungen Kurverschickung langfristige medizinisch-therapeutische Betreuung außerhalb der Schulzeit langfristige medizinisch-therapeutische Betreuung während der Schulzeit
14	F <i>Schulische Betreuung</i> Inanspruchnahme geeigneter Betreuungsinstitute	1-3	vorschulische Einrichtungen
15	Zeitdauer für die bis zur vorläufig optimalen Beschulung	1-7	Ein- bzw. Umschulung in die Sonderschule
16	G <i>Elterliches Interesse für die Beschulung ihres Kindes</i> Ausmaß elterlichen Desinteresses	0-3 0-2 0-1	Verweigerung von Antworten Schulbesuch Anamneseerhebung durch Eltern

Um extreme Abweichungen von einer Normalverteilung zu vermeiden, wie sie z. B. bei Entwicklungsdaten zu erwarten sind, wurden die Intervalle oder Häufigkeiten – ähnlich log. Meßwerten – korrigiert. (Näheres s. E. Sander, 1976.) Aus Erfahrungen elektronischer Datenverarbeitung sind jedoch mäßige Abweichungen in Verteilung und Exzeß durchaus tolerierbar.

Zum Verständnis der folgenden Tabelle 2 sei auf das Beispiel der „Bedingungsvariablen“ *Statusniveau der Familie* hingewiesen: der Punktwert setzt sich zusammen aus „Beruf des Vaters“, dessen „Schulbildung“ und den „Wohnverhältnissen“. Das Kind eines Vaters mit ungelerntem Beruf, nicht abgeschlossener Schulbildung und beengten Wohnverhältnissen erreicht so den Minimalpunktwert 3.

#### 4. Ergebnisse der Faktorenanalysen

Die Korrelationen der Bedingungsvariablen wurden mit Hilfe der Faktorenanalyse auf zugrundeliegende unabhängige Dimensionen reduziert, und zwar getrennt für die Stichprobe der lern- und geistigbehinderten Schüler. Die geringe Stichprobengröße (N = 64 bzw. 65) läßt nicht unbedingt Aussagen darüber zu, welche Konstellationen von Verursachungsbedingungen generell anzunehmen sind, sondern nur Aussagen in Bezug auf die vorliegende Stichprobe. Die Interkorrelationen und die Grunddimensionen (Faktoren) lassen auch keine kausalanalytischen Schlüsse zwingend zu, da hier Merkmale zusammengefaßt sind, die z. T. zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben wurden und damit das Modell der klassischen Faktorenanalyse (R-Analyse nach Cattell) verlassen. Vielmehr sollen die erhaltenen Dimensionen als *Konstellationen* aufgefaßt werden, ohne Festlegung auf eine Interpretationsrichtung.

Die Faktoren wurden nach dem Varimax-Verfahren rotiert. Die Zahl der Faktoren wurde nach dem Scree-Test definiert.

Die Faktorenanalyse der LB-Stichprobe erbrachte drei Faktoren.

##### *Faktor 1 mit folgender Bedingungskonstellation:*

###### *Lernbehinderung im Rahmen der kinderreichen, eher statusniedrigen Familie*

Auf diesem varianzstärksten Faktor laden am höchsten die Variablen Kinderzahl und Größe der Familie bei geringerem Status der Eltern (Eltern-Schulbildung, Berufsausbildung und Wohnverhältnisse schlechter). Hinzu kommen eine geringere Inanspruchnahme gesundheitlicher Betreuungsmaßnahmen wie Impfung, Kurverschickung und langfristige therapeutische Maßnahmen sowie Tendenzen familiärer Belastungsmomente wie Trennung der Eltern, Tod eines Elternteils oder Krankheit eines Familienmitgliedes.

##### *Faktor 2 mit folgender Bedingungskonstellation:*

###### *Lernbehinderung im Rahmen vorangegangener Entwicklungsstörungen und Verzögerungen bei stabiler Familiensituation*

Hier ergeben sich höhere Ladungen der Variablen „Entwicklungsverzögerungen im sozialen (sprachlichen) und körperlich-motorischem Bereich“ in Zusammenhang mit einer größeren Zahl durchgemachter Krankheiten. Neben geordneten familiären Bedin-

gungen bestehen elterliches Interesse für schulische Belange. Das Gesamtbild wird abgerundet durch Anzeichen geringerer Intelligenzleistungen der Kinder<sup>2)</sup>).

**Faktor 3 mit folgender Bedingungskonstellation:**

*Lernbehinderung in der statushöheren Familie mit höherem Alter der Mutter und damit verbundener Letztgeburt*

Dieser Faktor wird am deutlichsten beschrieben durch die Variablen Familien-Status, höheres Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes sowie dem häufigerem

Tab. 3: Faktorenanalyse der LB-Stichprobe

Variable	Beschreibung	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Komm.
A	Intelligenz	.12	-.28	.11	.11
1	Status Niveau	-.35	.04	.72	.64
2	Ausmaß familiärer Belastung	.25	-.51	-.41	.49
3	Zahl der Familienmitglieder	.98	.09	.04	.99
4	Zahl der Kinder einschließlich gestorbener Kinder	.98	.00	.00	.97
5	Stellung in der Geschwisterreihe	.09	-.05	.42	.19
6	Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	.25	-.39	.42	.39
7	Ausmaß ungünstiger prä-/perinataler Einflüsse	.02	.06	.08	.01
8	Körperliche Entwicklungsverzögerung	.01	.33	.14	.13
9	Soziale Entwicklungsverzögerung	.06	.46	.02	.21
10	Ausmaß durchgemachter Krankheiten	.05	.50	.12	.27
11	Ausmaß chron. Defizits	-.03	.26	.02	.07
12	Funktionsbeeinträchtigungen der Sinnesorgane	.01	.03	.13	.02
13	Ausmaß erbrachter gesundheitlicher Betreuung	-.27	.14	-.02	.09
14	Inanspruchnahme geeigneter Betreuungsinstitute	.22	-.11	-.04	.06
15	Zeitpunkt bis zur vorläufigen optimalen Beschulung	-.10	.08	.18	.05
16	Ausmaß elterlichen Desinteresses	.24	-.30	-.25	.22
Prozent Varianz Gesamtvarianz		53,2	26,8	20,1	
Prozent der erklärten Varianz		17,3	10,7	9,6	

<sup>2)</sup> Die verwendeten Intelligenztests waren bei den LB-Schülern überwiegend der HAWIK, bei den GB-Schülern der HAWIK oder überwiegend der *Snijders-Oomen-Test*.

Status des Kindes als Jüngstes in der Geschwisterposition. Die familiären Bedingungen sind frei von Zerrüttungen und Belastungen.

**Zusammenfassung:** Unsere Untersuchung erbrachte auf dem Wege empirisch-statistischer Methoden Bedingungskonstellationen, die z. T. in der Literatur beschrieben werden. Soziokulturelle Bedingungen gehen in die Bedingungskonstellation aller drei Faktoren ein, die Varianz soziokultureller bzw. familiärer Merkmale wird in einem höheren Ausmaß durch die einbezogenen Variablen aufgeklärt als z. B. Merkmale der biologisch-organischen Sphäre (s. Kommunalitäten). Die von verschiedenen Autoren hervorgehobene Bedeutung soziokultureller Faktoren im Zusammenhang mit Lernbehinderung wird hier empirisch bestätigt (*Begemann, 1970; Gehrcke, 1971; Lempp,*

Tab. 4: Faktorenanalyse der GB-Stichprobe

Variable	Beschreibung	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Komm.
A	Intelligenz	.21	-.45	.05	.25
1	Status Niveau	-.68	.07	.32	.58
2	Ausmaß familiärer Belastung	.38	.07	-.47	.38
3	Zahl der Familienmitglieder	.92	.04	.05	.85
4	Zahl der Kinder einschließlich gestorbener Kinder	.93	-.10	.00	.87
5	Stellung in der Geschwisterreihe	-.10	-.09	.29	.10
6	Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	.30	-.10	.73	.63
7	Ausmaß ungünstiger prä-/perinataler Einflüsse	-.22	.29	.43	.32
8	Körperliche Entwicklungsverzögerung	-.33	.58	-.04	.45
9	Soziale Entwicklungsverzögerung	-.01	.52	.11	.28
10	Ausmaß durchgemachter Krankheiten	.21	.38	-.20	.23
11	Ausmaß chron. Defizits	.06	.00	.00	.01
12	Funktionsbeeinträchtigungen der Sinnesorgane	.01	.49	-.08	.25
13	Ausmaß erbrachter gesundheitlicher Betreuung	.44	.09	.22	.26
14	Inanspruchnahme geeigneter Betreuungsinstitute	-.26	.00	.12	.08
15	Zeitpunkt bis zur vorläufigen optimalen Beschulung	.39	-.12	.01	.17
16	Ausmaß elterlichen Desinteresses	.39	-.23	-.17	.23
	Prozent Varianz Gesamtvarianz	58,8	23,2	18,0	
	Prozent der erklärten Varianz	23,1	12,0	9,4	

1971). Faktor 2 weist deutlich auf mögliche Retardierungsercheinungen, Entwicklungsstörungen und -Verzögerungen hin. Der allerdings varianzschwache Faktor 3 legt stärker die Vermutung nahe, daß es sich um organische Hirnschädigungen handelt, die im Zusammenhang höheren Alters der Mutter gehäuft auftreten. Insgesamt zeigen jedoch die recht geringen Kommunalitäten „körpernaher“ Bedingungsvariablen, daß somatische Einflüsse bei Lernbehinderten eine vergleichsweise geringe Relevanz haben bzw. nur gering durch die anderen einbezogenen Variablen aufgeklärt werden.

Die Faktorenanalyse der GB-Stichprobe erbrachte drei Faktoren.

*Faktor 1 mit folgender Bedingungskonstellation:*

*Geistigbehinderung im Rahmen der familiär belasteten, kinderreichen Unterschicht-Familie*

Der Faktor ist gekennzeichnet durch höhere Ladung der Merkmale Familiengröße und Kinderzahl, durch geringeres Statusniveau der Familie und durch Vorhandensein familiäre Belastungsmomente wie Zerrüttung, Scheidung oder Tod eines Angehörigen. Elterliches Desinteresse an schulischen Belangen sowie eine längere Zeitdauer bis zu einer vorläufig endgültigen schulischen Platzierung vervollständigen das Bild. Hinzu kommen gesundheitliche Betreuungsleistungen, die von Betreuungsinstitutionen angeboten wurden.

*Faktor 2 mit folgender Bedingungskonstellation:*

*Geistigbehinderung im Rahmen sinnesphysiologischer und organischer Fehlfunktionen und Störungen und damit einhergehender Intelligenzminderung*

Die höchsten Ladungszahlen weisen die Merkmale Funktionsbeeinträchtigung der Sinnesorgane, Entwicklungsverzögerungen im sozialen und körperlichen Bereich und Intelligenz auf.

*Faktor 3 mit folgender Bedingungskonstellation:*

*Geistigbehinderung als Auswirkung frühkindlicher Schäden und ungünstiger Schwangerschaftsbedingungen*

Der Faktor wird deutlich gekennzeichnet durch höheres Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes sowie durch ungünstige prä- und perinatale Bedingungen (Geburtskomplikationen, Krankheit der Mutter während der Schwangerschaft). Tendenziell gehen Zugehörigkeit zu höherem Status einher mit Fehlen familiärer Belastungsmomente.

*Zusammenfassung:* Die drei Faktoren der GB-Stichprobe stellen Bedingungskonstellationen dar, in denen somatisch-organische Faktoren eine weit größere Erklärungsrelevanz aufweisen als vergleichsweise bei der Analyse der LB-Stichprobe. Eine typische Konstellation einer Mehrfachbehinderung stellt Faktor 2 dar. Der Varianzanteil des Merkmals Intelligenz wird durch die anderen einbezogenen Variablen zu einem erheblich größeren Teil aufgeklärt. Negativ determinierend scheinen sich Entwicklungsverzögerungen im sprachlichen und körperlich-motorischen Bereich auszuwirken, ein Tatbestand, der unten noch weiter aufgeschlüsselt werden soll. Hinzuweisen ist hier auf die in der Literatur zur Behindertenpädagogik hervorgehobene Bedeutung von Lernversäumnissen im Bereich sog. kritischer und sensibler Phasen (Bernart, 1961; Kemmler, 1976; Kanter, 1974).

## 5. Intelligenz und Entwicklungsbedingungen

Neben dem Zustand eines „erheblichen und andauernden Schulleistungsversagens“ (Kanter, 1974, S. 154) gilt der IQ immer noch als das wichtigste Kriterium für die Sonderschuleinweisung. Dabei wird die Zuweisung zum Status „lernbehindert“ oder „geistigbehindert“ immer noch einseitig an der Höhe des IQ und bestimmter statistischer Toleranzgrenzen orientiert (Bach, 1974, S. 19). Wenn auch Autoren wie z. B. Kerekjarto (1960) und Schmalohr (1963) – um nur einige zu nennen – seit langem auf die Fragwürdigkeit dieses Maßes hinweisen (es finden sich beispielsweise in Normalklassen genau so viele gering intelligente Kinder wie in Klassen von Lernbehinderten), so sind der genauere Selektionsvorgang und andere Selektionskriterien noch nicht eindeutig analysiert.

Im folgenden soll durch Korrelation der Bedingungsvariablen mit der z. T. viele Jahre später gemessenen Intelligenz aufgezeigt werden, ob sich determinierende Einflüsse von Variablen der soziokulturellen Umwelt und der biologisch-organischen Voraussetzungen aufzeigen lassen.

Tab. 5: Zusammenhang des gegenwärtigen IQ mit Bedingungsvariablen bei lern- und geistigbehinderten Kindern (Korrelationskoeffizienten r)

Bedingungsvariable	LB-Stichprobe	GB-Stichprobe
1. Statusniveau	-.04	-.18*
2. Ausmaß familiärer Belastungen	.20*	-.02
3. Zahl der Familienmitglieder	.07	.20*
4. Zahl der Kinder einschl. gestorbener Geschwister	.11	.27**
5. Stellung in der Geschwisterreihe	.09	.04
6. Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	.35**	.19*
7. Ausmaß ungünstiger prä- und perinataler Einflüsse	-.08	-.22**
8. Körperliche Entwicklungsverzögerung	-.04	-.29**
9. Soziale Entwicklungsverzögerung	.01	-.37**
10. Ausmaß durchgemachter Krankheiten	-.07	-.03
11. Ausmaß chronischer Defizits	-.07	-.03
12. Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung der Sinnesorgane	-.13	-.22**
13. Ausmaß erbrachter gesundheitlicher Betreuung	-.06	-.03
14. Inanspruchnahme geeigneter Betreuungsinstitutionen	-.05	-.10
15. Zeitdauer bis zur vorläufig optimalen Beschulung	.05	.10
16. Ausmaß elterlichen Desinteresses an schulischen Belangen	.13	.07

\* sign. 5 %-Niveau; \*\* sign. 1 %-Niveau

Die Ergebnisse machen deutlich, daß sich die Intelligenz lernbehinderter Schüler nur sehr gering aus den einbezogenen Variablen vorhersagen läßt. Der Zusammenhang der Intelligenz mit höherem Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt legt die Interpretation nahe, daß ältere Mütter u. U. in ihren erzieherischen und intellektuellen Anregungen ein eher förderndes Klima herstellen können als jüngere Mütter. Insgesamt spricht das Ergebnis aller Korrelationen dafür, daß sich bei lernbehinderten Schülern eine größere Plastizität intellektueller Lernvorgänge feststellen läßt als etwa bei Geistigbehinderten. Auf keinen Fall ist innerhalb der untersuchten Stichproben ein enger Zusammenhang der Intelligenz mit familiärer Belastung abzuleiten. So scheint bei der Stichprobe der Lernbehinderten das Vorliegen familiärer Belastungsmomente (Tod, Scheidung, Krankheit in der Familie) eher Anreize zu einer differenzierteren Sichtweise zu bieten und u. U. eher förderlich im Hinblick auf die Entwicklung kognitiver Funktionen zu sein.

Bei den GB-Kindern zeigt die Tabelle eine Reihe von Zusammenhängen der Bedingungsvariablen mit der später gemessenen Intelligenz. Während von den soziokulturellen Variablen Familiengröße, Zahl der Geschwister und – wiederum – Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt einen eher fördernden Einfluß ausüben, ist eine Reihe von Bedingungen aufzuführen, die das Ausmaß der späteren Intelligenz negativ determiniert. So setzen ungünstige prä- und perinatale Einflüsse, Entwicklungsverzögerungen und Störungen sowie sinnesphysiologische Funktionsbeeinträchtigungen eindeutige Grenzen für die Entwicklung kognitiver Funktionen und beeinträchtigen den Entfaltungsspielraum von Intelligenz und Lernverhalten.

## 6. Einige weitere Ergebnisse

### *Vergleich von LB- und GB-Kindern in den Bedingungsvariablen:*

Die über t-Tests ermittelten Unterschiede erbrachten folgende Ergebnisse (E. Sander, 1976):

Im Unterschied zu LB-Kindern gehören GB-Kinder statushöheren Familien an, gekennzeichnet durch bessere schulische und berufliche Ausbildung der Eltern und bessere Wohnmöglichkeiten. Das Ausmaß familiärer Belastungs- und Zerrüttungsmomente, z. B. Tod, Krankheit, Trennung oder Abwesenheit eines Elternteils ist bei LB-Kindern eindeutig größer. GB-Familien sind insgesamt kleiner, bei der Stellung in der Geschwisterreihe zeigt sich ein Trend zum Status des Letztgeborenen, u. U. verbunden mit höherem Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt. Bei den Müttern von GB-Kindern treten gehäuft ungünstige prä- und perinatale Einflüsse auf wie Komplikationen während des Geburtsverlaufs oder Krankheit der Mutter während der Schwangerschaft. Deutlichere organische Schädigungen bei GB-Kindern gehen einher mit einer im Vergleich zu LB-Kindern erheblichen Verlangsamung der körperlichen Entwicklung, z. B. Laufen-Lernen, Zahnen usw. Das Gleiche gilt für das soziale Entwicklungstempo, z. B. Sprechen-Lernen. Während sich für beide Stichproben die Krankheitsanfälligkeit nicht unterscheidet, so mehren sich bei GB-Kindern doch Fälle mit chronischen Erkrankungen, z. T. auf hirnorganischer Basis (Anfallsbereitschaft, Kreislauf-



versagen usw.). Auf häufigere organische Verursachungsmomente bei GB-Kindern weisen auch gehäufte Beeinträchtigungen der Sinnesorgane und Mehrfachbehinderungen hin. Insgesamt ist bei GB-Kindern eine wesentlich umfangreichere Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge festzustellen. Bereits vor Schuleintritt werden Betreuungseinrichtungen häufiger aufgesucht. Das elterliche Interesse für gesundheitliche und schulische Belange ist größer.

## 7. Zusammenfassende Diskussion

In der empirischen Erhebung zu ätiologischen Bedingungen von Lern- und geistiger Behinderung konnte aufgezeigt werden, daß verschiedene Variablen des biologisch-organischen und des soziokulturellen Bereichs in überzufälliger Weise kovariieren und verschiedene Muster von Bedingungskonstellationen konstituieren. Während bei Geistigbehinderten in der Genese der Behinderung somatische Faktoren eine erheblich determinierende Rolle spielen, z. B. im Zusammenhang mit dem Entfaltungsspielraum intelligenten Verhaltens bzw. dem späteren IQ, ergibt sich – wie zu erwarten war – für Lernbehinderte eine größere Kovariation soziokultureller Faktoren bei geringer Erklärungsrelevanz somatischer Bedingungen. Im einzelnen erbrachte die Faktorenanalyse der Daten der LB-Stichprobe als Bedingungskonstellationen die folgenden Faktoren: „Lernbehinderung im Rahmen der kinderreichen, eher statusniedrigen Familie“ (F 1); „Lernbehinderung im Rahmen vorangegangener Entwicklungsstörungen und -verzögerungen bei stabiler Familiensituation“ (F 2); „Lernbehinderung in der statushöheren Familie bei höherem Alter der Mutter und damit verbundener Letztgeburt“ (F 3). Die Faktorenanalyse der Daten der GB-Stichprobe erbrachte drei Faktoren, von denen zwei inhaltlich etwa F 1 und F 2 der LB-Stichprobe nahe kommen, während der dritte Faktor „Geistigbehinderung im Rahmen sinnesphysiologischer und organischer Fehlfunktionen und Störungen und damit einhergehender Intelligenzminderung“ einen differierenden Aspekt ergibt. Die Ergebnisse der Faktorenanalysen führen nicht zu völlig neuartigen Bedingungskonstellationen, sondern bestätigen nur Ordnungsschemata, die bereits auf Grund praktischer Erfahrungen und klinischer Beobachtungen bestehen (Kanter, 1974).

Als wichtigen Befund dieser Erhebung sehen wir an, daß innerhalb der hier betrachteten Stichproben kein Zusammenhang von Merkmalen sozialer Deprivation (wie familiäre Zerrüttung, Tod, Scheidung, Krankheit oder Kinderreichtum) mit Intelligenz aufzuweisen ist. Die positive Beziehung von Intelligenz mit familiärer Belastung bei Lernbehinderten weist demgegenüber darauf hin, daß Merkmale familiärer Belastung sogar gewisse Lernanreize im Hinblick auf Entwicklung kognitiver Funktionen bieten.

Abschließend soll noch einmal auf die in unserer Studie ermittelten Bedingungskonstellationen eingegangen werden, und zwar unter dem Gesichtspunkt von (noch) möglichen Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Faktorenanalysen der LB- und der GB-Stichprobe ergaben jeweils als ersten, varianzstärksten Faktor eine Konstellation, die sich etwa so be-

schreiben läßt: Lern- bzw. Geistigbehinderung im Zusammenhang mit geringerem Status, Kinderreichtum, geringerer Inanspruchnahme gesundheitlicher Betreuungsmaßnahmen wie Impfung, Kurverschickung und langfristigen therapeutischen Maßnahmen, Vorhandensein familiärer Belastungsmomente wie Krankheit, Abwesenheit und Scheidung, darüber hinaus elterliches Desinteresse an schulischen Dingen. Während alle anderen empirisch ermittelten Bedingungskonstellationen Merkmale irreversibler organischer oder frühkindlicher Entwicklungsbedingungen beinhalten, die ausschließlich durch verbesserte gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen angegangen werden können, enthält die oben beschriebene Konstellation Merkmale, die nicht notwendigerweise eine Behinderung nach sich ziehen müssen. Hier, wo am deutlichsten psychosoziale Störmomente der Familienstruktur vorliegen, könnten am ehesten die – eingangs erwähnten – schulübergreifenden Ansätze einer Beratung und Behandlung „in der natürlichen Umgebung“, familien-therapeutische Modelle und andere Milieu- und gemeindepsychologische Interventionsstrategien einsetzen (Brunner, 1977; *Tharp und Wetzel*, 1975; *Sommer und Ernst*, 1977).

Unsere Untersuchungsbefunde unterstützen die Forderung, daß Maßnahmen der Erziehung, Beratung, der Lern- und Leistungsförderung mehr als bisher auch außerhalb der Schule angeboten werden und stärker am Entstehungs- und Erfahrungsfeld orientiert sein sollten.

## Literatur

- Bach, H.*: Geistigbehinderung unter pädagogischem Aspekt; in: Deutscher Bildungsrat, Sonderpädagogik 3, Stuttgart (Klett), 1974
- Begemann, E.*: Die Erziehung der soziokulturell benachteiligten Schüler. Hannover (Schroedel), 1970
- Brunner, E. J.*: Familientherapie: ein Ansatz zur Behandlung von Verhaltensstörungen im Unterricht? Zeitschrift f. Heilpädagogik, 28, H. 9, S. 553–561, 1977
- Gerecke, S.*: Hilfsschule heute – Krise oder Kapitulation. Berlin 1971
- Kaminski, G.*: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart (Klett), 1970
- Kanter, G.*: Lernbehinderungen, Lernbehinderte, deren Erziehung und Rehabilitation, in: Deutscher Bildungsrat, Sonderpädagogik 3, Stuttgart (Klett), 1974
- Kautter, H. und Munz, W.*: Verfahren der Aufnahme und Überweisung in die Sonderschule, in: Deutscher Bildungsrat, Sonderpädagogik 3, Stuttgart (Klett), 1974
- Kerekjarto, M. und Priester, L.*: Weitere Forschungsergebnisse zum HAWIK und HAWIK, Diagnostica 6, S. 86–95, 1960
- Kornmann, R.*: Hirnschädigung und fehlende Schulreife. Berlin 1971
- Lempp, R.*: Lernerfolg und Schulversagen. München 1971
- Sander, Elisabeth*: Auswirkungen verschiedener Entwicklungsbedingungen in der Kindheit von lern- und geistigbehinderten Schülern – eine empirische Erhebung anhand von Schülerakten. Unveröff. Examensarbeit zur 1. Staatsprüfung, Pädag. Hochschule Rheinland, Abt. f. Heilpädagogik, Köln 1976
- Schmalohr, E.*: Die Profilanalyse des HAWIK in der Hilfsschule, Z. f. Heilpädagogik, 14, S. 12–24, 1963
- Sommer, G. und Ernst, H.*: Gemeindepsychologie – Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt. München (Urban u. Schwarzenberg) 1977
- Tharp, R. und Wetzele, G.*: Verhaltensänderung im gegebenen Sozialfeld. München (Urban u. Schwarzenberg) 1975
- Anschrift der Verfasser:*  
*Elisabeth Sander*  
 Sonderschullehrerin
- Prof. Dr. *Klaus Sander*  
 Fachhochschule Düsseldorf  
 Fb Sozialpädagogik
- Oldenburger Str. 38  
 5000 Köln 60

# Eine verhaltenstherapeutische Spieltherapie

Von *Eberhard Bay* und *Helmut Ott*

## Zusammenfassung, Summary, Résumé

Bei 2 Gruppen von jeweils 4 normalintelligenten, verhaltensgestörten Kindern (Alter 7–11 Jahre) wurde in einer kinderpsychiatrischen Station eine Spieltherapie zur Verbesserung ihrer sozialen Kompetenz durchgeführt. Die Therapie wurde nach verhaltenstherapeutischen, kognitiven und gruppodynamischen Gesichtspunkten geplant. Sie hat bei allen Kindern zu einer signifikanten Verbesserung ihres Sozialverhaltens geführt. In der Diskussion der Ergebnisse wird die vermutete Wirkungsweise der therapeutischen Variablen erörtert. Darüber hinaus werden Vermutungen über den Zusammenhang zwischen den therapeutischen Variablen und einigen individuellen Persönlichkeitszügen der behandelten Kinder angestellt.

### Behavioural play therapy

In a child psychiatric ward play therapy was carried out with 2 groups of 4 children respectively (aged from 7 to 11 years) of normal intelligence and with behavioural problems, with the aim of improving their social competence. The therapy was planned according to aspects of behavioural therapy, both cognitive and group dynamic. The therapy resulted in a significant improvement of the social behaviour of all the children. In the discussion of the results the probable effects of the therapeutic variable are debated. In addition theories are formed concerning the connection between the therapeutic variables and some individual personality traits of the children treated.

### Une thérapie du jeu

Deux groupes de quatre enfants d'intelligence normale, mais au comportement perturbé, âgés de 7 à 11 ans, ont été soumis dans une station de psychiatrie infantile à une thérapie ludique visant à améliorer leurs capacités dans l'ordre social. La thérapie avait été conçue selon des points de vue de thérapie du comportement, de théorie de la connaissance et de dynamique de groupe. Elle a abouti auprès de tous les enfants à une amélioration sensible du comportement social. On discute des résultats en supputant un mode d'action possible des variables thérapeutiques. Par ailleurs, des suppositions sont faites quant aux rapports entre les variables thérapeutiques et quelques traits de personnalité individuels des enfants.

Innerhalb der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ist in den letzten Jahren ein stärkerer Trend zu Gruppentherapien hin zu beobachten. Diese Entwicklung ist angesichts der Häufigkeit von Verhaltensabweichungen in dieser Altersgruppe (20 bis 25% Verhaltens- und Leistungsstörungen, Psychiatrie-Enquete, 1975) aus ökonomischen Gründen sehr verständlich.

Da viele dieser Verhaltensstörungen in irgend einer sozialen Situation auftreten, scheint die „Gruppe“ aber auch in therapeutischer Hinsicht der geeignete Rahmen für eine Verhaltensänderung zu sein. Das ergibt sich nicht nur aus lerntheoretischen Überlegungen (die Gruppe als Lernfeld für soziale Verhaltensstrategien), sondern wird auch von analytisch und nicht-direktiv

arbeitenden Psychotherapeuten befürwortet (*Baumgärtel*, 1975; *Honffy* u. *Bachlechner*, 1976; *Slavson*, 1969). Nach *Slavson* z. B. ist das Individuum nur innerhalb der verschiedenen Gruppen (Familie, Schule) zu verstehen und „(seine) Fähigkeit . . . zu konstruktiver Anpassung an die Lebensform der Gruppe bildet die Grundlage der demokratischen Lebensform“ (S. 746).

Die Gruppe als therapeutisches Medium vermittelt dem Individuum ein Gefühl der Sicherheit und macht es ihm dadurch leichter, Beziehungen zu Gleichaltrigen herzustellen und seine aufgestauten (Feindseligkeit) und unbefriedigten (Anerkennung) Gefühle im Spiel auszuleben. Die Rolle des Therapeuten bei diesen psychodynamischen Gruppentherapien besteht vornehmlich darin, ein allgemein annehmes Klima zu schaffen und in einem bestimmten Stadium der Therapie die Handlungen und die Gefühls- und Affektäußerungen der Kinder zu deuten und ihnen bewußt zu machen. Der im Gruppengeschehen vermittelte, soziale Lernprozeß scheint mehr oder weniger von selbst abzulaufen.

Die verhaltenstherapeutische Spieltherapie, bei der verschiedene therapeutische Ansätze berücksichtigt wurden, ist auch eine Gruppentherapie zur Behandlung von normal intelligenten, verhaltensgestörten Kindern. Im Gegensatz zu den vorher erwähnten Verfahren wurde hier aber versucht, größere Gruppen von Variablen bzgl. ihrer Wirksamkeit zu unterscheiden, um nicht den Fehler des „uniformity myth“ (*Kiesler*, 1971) zu machen, der darin besteht, daß ein Standardpatient von einem Standardtherapeuten mit einer einheitlichen Therapie behandelt wird, die zu gleichartigen Verhaltensänderungen führt. Bei der Planung der Studie wurden deshalb verhaltenstherapeutische, kognitive und gruppenspezifische Ansätze mit einbezogen.

Angesichts der großen methodischen Schwierigkeiten in der angewandten Therapieforchung, einzelne Variablen zu isolieren, muß das hier mitgeteilte Therapieexperiment als eine Pilotstudie bezeichnet werden, deren Ergebnisse aber dennoch heuristisch bedeutsam erscheinen. Die Therapie wurde auf einer kinderpsychiatrischen Station über eineinhalb Jahre hin entwickelt, wo an insgesamt 6 Patientengruppen die einzelnen Bausteine erarbeitet und auf ihre Wirksamkeit hin geprüft wurden (*Bay* u. *Ott*, 1975; *Ott* u. *Bay*, 1975). Die hier referierten Befunde stammen von den beiden letzten Gruppen.

## Methoden

### a) Äußerer Rahmen des Experimentes

Die Spieltherapie war neben der Schule und anderen Therapien (Beschäftigungstherapie, medikamentöse Therapie) in den festen Tagesablauf auf der Station eingebettet. Die Sitzungen haben viermal wöchentlich am Nachmittag zwischen 15.30 und 17.00 Uhr stattgefunden. Sie dauerten für jede Gruppe 45 Minuten. Der Therapieraum war bis auf Stühle, Tische und das jeweils benötigte Spielgerät leer. Von einem benachbarten Beobachtungsraum aus wurden alle Sitzungen durch eine Einwegscheibe mit einem Videorekorder aufgenommen. Außerdem haben 2 unabhängige Beobachter jede Sitzung nach 2 verschiedenen Beobachtungsverfahren (s. u.) aufgezeichnet. Die Beobachter

und der Therapeut befanden sich bis auf die erwachsenenfreien Tage in dem Therapieraum.

*b) Klienten*

An dem Therapieexperiment haben 8 Jungen im Alter von 7 bis 11 Jahren teilgenommen. Sie waren alle mindestens durchschnittlich intelligent. Die Gründe für ihre stationäre Einweisung auf eine kinderpsychiatrische Station waren Schulversagen mit milieureaktiven Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen, jähzorniges und aggressives Verhalten, selektiver Mutismus, extreme Zurückgezogenheit, Anzeichen leichter Verwahrlosung. Die Kinder konnten nach ihren Symptomen in 2 größeren Gruppen zusammengefaßt werden, wobei eine Reihe von Gemeinsamkeiten vorlagen: Beide Gruppen hatten von den Leistungen und vom Verhalten her extreme Schulschwierigkeiten. Ihr allgemeines Sozialverhalten gegenüber Gleichaltrigen und Erwachsenen war stark beeinträchtigt. Bei jeweils 2 Kindern einer Gruppe waren die sozialen Deviationen vorwiegend passiver Natur und führten zu teilweise großer Isolierung und extremer Kontaktscheu. Die beiden anderen Kinder sind jeweils durch heftige, nach außen gerichtete Aggression aufgefallen, die z. T. zu blindwütigen Prügeleien geführt hat. Jede Gruppe hat sich somit aus 4 Kindern zusammengesetzt. Jede Gruppe hatte einen eigenen Therapeuten; beide Therapeuten hatten viel Erfahrung in Einzel- und Gruppentherapie.

*c) Versuchsplan*

Der Versuchsplan dieser Pilotstudie (Abb. 1) enthält neben Vortest und Nachtest 2 therapeutische Interventionen und entspricht damit am ehesten einem vorexperimentellen O–X–O Design (Cambell u. Stanley, 1963).

In der 1. Therapiephase, der kognitiven Strukturierung, hat der Therapeut in allen Sitzungen mitgespielt. Wenn Konflikte aufgetreten sind (z. B. Spielregelverletzungen, Aggressionen), dann wurden sie in der Gruppe diskutiert, und man suchte gemeinsam eine akzeptable Lösung. Hierbei wurden nach

	Experimentelle Phasen			
	Vortest	Kognit. Strukturierung	Kont. Chips	Nachtest
Zahl der Sitzungen	6	16	14	6
Chips	nicht kontingent	nicht kontingent	kontingent	nicht kontingent
Therapeut	anwesend, passiv	anwesend, aktiv	anwesend, aktiv	anwesend, aktiv
Tage ohne Therapeut u. ohne Beobachter im Raum	2	0	5	3

Abb. 1: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie/Experimentelles Design

kurzer Zeit eine Reihe von Verhaltens- und Spielregeln aufgestellt, die als Minimalforderungen für ein spannendes und möglichst konfliktfreies Spiel angesehen wurden, und deren therapeutischer Nutzen für jedes einzelne Kind deutlich herausgestrichen wurde.

Die Therapeuten haben sich bei ihren Interventionen an die folgenden Richtlinien gehalten: Extrem starke Konflikte und Aggressionen waren sofort zu unterbinden. Die Häufigkeit leichter Verhaltens- und Spielstörungen sollte vermindert werden. Kooperative und konfliktlösende Verhaltensweisen sollten verstärkt werden und im Verlauf der Spieltherapie zunehmen. Hilfestellungen und Modellverhalten des Therapeuten waren in dem Maße einzusetzen, als sie das Therapieziel – selbständige Spielgestaltung und Konfliktbewältigung – nicht gefährdeten.

Das Ziel dieser Therapiephase war, in einer mehr direkten Weise das kritische Verhalten der Pat. durch Vorgabe und kognitive Erarbeitung von Verhaltensstrategien zu beeinflussen. (Zimmermann u. Rosenthal, 1974). Als allgemeine Motivierung bekamen die Kinder zu Beginn jeder Sitzung nicht-kontingente Chips, für die sie sich verschiedene Privilegien verschaffen konnten.

In der 2. Therapiephase wurden als einziger Unterschied gegenüber der ersten Phase die Chips kontingent auf die oben erwähnten Spiel- und Verhaltensregeln gegeben. Die Art der Belohnung ist in Abb. 2 wiedergegeben.

Jedes Kind hat pro Spielrunde „Fairnesspunkte“ für das Einhalten der Spielregeln, „Persönliche Sonderpunkte“ für die Überwindung der persön-

Reaktionsklasse	Konsequenz (unmittelbar nach dem Ereignis)	Maximaler Chipverdienst am Ende der Spielsitzung	
Regelverstöße	Unterbrechen d. Regelverstoßes; Strafprozeduren (time-out)*); Impuls zur Konfliktlösung	Fairness-Punkt kann in der entspr. Runde nicht verdient werden	
Regelbefolgen	Fairness-Punkte (1/Runde)	Umrechnung der Punkte in Chips	3 Chips
Überwinden persönlicher Schwierigkeiten (klin. Sympt.)	Persönliche Sonderpunkte (beliebig pro Runde)		3 Chips
Konfliktlösen u. Helfen (sozialintegrative Aktivitäten)	Sozialer Sonderpunkt (beliebig pro Runde)		
		6 Chips Einzelverdienst	
		↓ Gemeinschaftsverdienst	

\*) Das betreffende Kind muß für eine gewisse Zeit aus dem Spiel ausscheiden

Abb. 2: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Belohnungssystem

lichen Schwierigkeiten und „Soziale Sonderpunkte“ für aktives und positives Sozialverhalten beim Spiel bekommen. Die Punkte jedes Spielers wurden am Ende der Sitzung in Chips umgerechnet, dann zusammengelegt und durch die Zahl der Spieler geteilt. Dadurch kam eine Kombination aus kontingenter Verstärkung und Gruppenbelohnung zustande.

Gegen Ende der 2. Therapiephase haben die Kinder unter sonst gleichen Bedingungen ohne die Anwesenheit von Erwachsenen gespielt. Dadurch sollte die unmittelbare und starke Außenkontrolle durch die Person des Therapeuten, die bei seiner bloßen Anwesenheit zu beobachten war, möglichst frühzeitig verringert werden, damit bei dem Übergang zu den Nachttestbedingungen die Selbstkontrolle der Kinder soweit ausgebildet sein würde, um den äußeren Zwang zur Regelbefolgung durch kontingente Belohnung ohne Schaden fallen lassen zu können.

Beide Therapiephasen haben jeweils 4 Wochen gedauert.

Im Vortest (3 Wochen) und im Nachttest (2 Wochen) waren die Chips an keine Bedingungen geknüpft. Der Therapeut war teils anwesend, teil abwesend. Wenn er am Spiel teilgenommen hat, dann hat er seine Aktivitäten besonders im Vortest weitgehend auf das bloße Mitspielen beschränkt, ohne selbst spielfördernde Beiträge zu liefern.

d) Beobachtungssystem

Das ganze Therapieexperiment wurde mithilfe von 2 Beobachtungsverfahren festgehalten.

1. *Intervallbeobachtung*: In dem 1. Beobachtungssystem (Ott u. Bay, 1975) sind die wichtigsten spielfördernden und spielhemmenden Verhaltensweisen enthalten, die gewöhnlich bei interagierenden Kindern vorkommen (Abb. 3). Die Kategorien entsprechen weitgehend den Verhaltensregeln aus der 1. Therapiephase.

Auf der linken Seite sind die Kategorien für das Kindverhalten in 3 Klassen mit jeweils 2 Verhaltensregeln aufgeführt.

Zu oberst stehen die *Regeln für ungestörtes Spiel*. Die *AKTIVITÄTS-REGEL* erfaßt das aktive und positive Sozialverhalten, das über das bloße

		KINDVERHALTEN	THERAPEUTEN- VERHALTEN
Spielverlauf	un- gestört	Beachten der Aktivitätsregel	Therapeut-Lob
		Beachten der Spiel- und Verhaltensregeln	
	leicht- gestört	Verstoß gegen die Höflichkeitsregel	
		Verstoß gegen die Sitzregel	
	schwer- gestört	Verstoß gegen die Mitmachregel	
		Verstoß gegen die Fairnessregel	

Abb. 3: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Entscheidungsregeln zur Beobachtung des Kind- und Therapeutenverhaltens; die Regeln sind hierarchisch und ausschließlic.

Mitspielen hinausgeht. Hierunter fallen z. B. Spielanregungen, Hilfestellungen, Kompromisse, ordnungsgemäß durchgeführte Schiedsrichterrolle und lustige, aufheiternde Beiträge. Die *SPIEL-* und *VERHALTENSREGEL* enthält alle die Verhaltensweisen, die für einen störungsfreien Spielablauf erforderlich sind: Einhalten der Spielregeln, Spielvorbereitungen, Zuhören und Abwarten bei den Diskussionen usw.

Zu den *leichten Regelverstößen* gehören die Verstöße gegen die *HÖFLICHKEITSREGEL*, die den Spielverlauf nicht schwerwiegend stören: Spielverzögerungen, leichte Regelverstöße, kleine Provokationen und leichte Störungen bei der Diskussion. Verstöße gegen die *SITZREGEL* wurden dann signiert, wenn ein Kind unerlaubt aufgestanden ist oder wenn es gekipelt hat.

Die *groben Regelverstöße* kennzeichnen einen schwer gestörten Spielverlauf. Ein Verstoß gegen die *MITMACHREGEL* lag immer dann vor, wenn sich ein Kind unerlaubt und eigenwillig vom Spiel zurückgezogen hat, aber am Tisch sitzen geblieben ist. Unter die Verstöße gegen die *FAIRNESSREGEL* fallen z. B. heftige physische und verbale Aggressionen, grobe Zerstörung von Spielmaterial und Mobiliar, lautes Schreien usw.

In einer Restkategorie wurden alle nicht eindeutig zu klassifizierenden Verhaltensweisen registriert. Da dieser Fall aber fast nie vorgekommen ist, wird in der weiteren Darstellung nicht mehr darauf eingegangen.

Auf der rechten Seite von Abb. 3 sind die Kategorien für die Interventionen des Therapeuten aufgeführt. Die Bedeutung dieser Variablen wird inzwischen immer mehr berücksichtigt (Kiesler 1971). Die hier vorgenommene, grobe Klassifizierung des Therapeutenverhaltens geht aus von der Beobachtung, daß der Therapeut nicht nur durch seine bloße Anwesenheit, sondern noch viel mehr dadurch, was er tut und sagt, einen stark lenkenden Einfluß auf das therapeutische Geschehen nimmt. Die Bezeichnung der Kategorien mit „Lob“ und „Instruktion“ sollen nicht die Intentionen des Therapeuten oder die Wirkung der jeweiligen Maßnahmen zum Ausdruck bringen, sondern richten sich eher nach der äußeren Form der Intervention.

Unter *LOB* fallen alle Belohnungen und sekundären Verstärkungen, die der Therapeut einem bestimmten Kind zuteilt, z. B. loben, streicheln, als Vorbild hinstellen, Sonderpunkt versprechen usw. Zu den *INSTRUKTIONEN* gehören alle Formen von Aufforderungen, Spielanregungen, Fragen, Ermahnungen, Zurechtweisungen und physischen Interventionen.

Die verschiedenen Kategorien des Beobachtungssystems sind hierarchisch und ausschließlich, d. h., wenn sich in einem Beobachtungsintervall 2 verschieden zu bewertende Verhaltensweisen ereignet haben, dann wurde jeweils die höher bewertete signiert, wenn es sich um spielfördernde Aktionen handelte. Bei spielhemmenden Verhaltensweisen wurde jeweils die negativere Kategorie signiert.

Die Beobachtung erfolgte nach einem time-sampling-Verfahren. Jedes Kind wurde 7 Sek. beobachtet, und die Zeit für das Signieren betrug 3 Sek. Die Kinder wurden der Reihe nach beobachtet, wobei dem Beobachter über einen Kopfhörer der auf einem Tonband gespeicherte Name der Kinder und das Beobachtungsintervall mitgeteilt wurden. Dadurch, daß der Beobachter



die fortlaufende Nummer des einzelnen Beobachtungsintervalls in der entsprechenden Kategorie signiert hat, ist es möglich, neben der absoluten Häufigkeit pro Kategorie auch für jedes Kind zu rekonstruieren, wie es sich zu einem bestimmten Zeitpunkt während der einzelnen Sitzungen verhalten hat (Abb. 4).

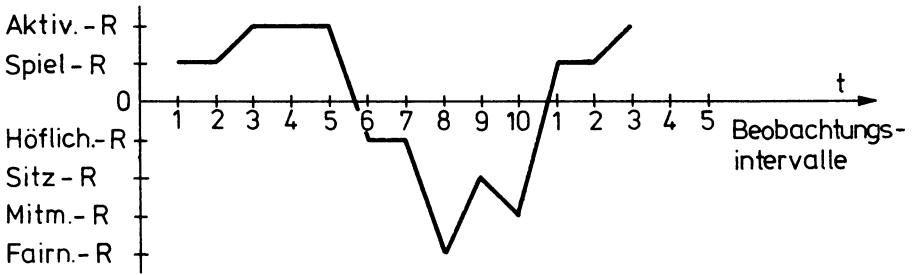


Abb. 4

Das gesamte Therapieexperiment dauerte 12 Wochen, in denen insgesamt 45 Sitzungen stattgefunden haben. Die Zahl der Beobachtungen pro Kind beträgt im Durchschnitt 2385 für die ganze Therapie und 53 für jede Sitzung. Die Reliabilität der Intervallbeobachtung war hoch. Die Übereinstimmung zwischen den Entscheidungssequenzen von 2 unabhängigen Beobachtern hat 86% betragen. Bei Zugrundelegung der gesamten Häufigkeiten ist sie auf 94% angestiegen.

2. *Skala der Konfliktstärke:* Bei diesem Schätzverfahren hat ein zweiter Beobachter jede Spielrunde à 3 Minuten nach einer Skala zunehmender Kon-

SPIELVERLAUF	leicht gestört	Kind spielt mit	10	Spannender Spielverlauf
			9	Langweiliges, aber Konflikt-freies Spiel
			8	Spielverzögerungen, minimale Regelverstöße
			7	Verbale Aggression, Schimpfen
			6	Leichte physische Aggressionen, die als Spaß zu verstehen sind
	schwer gestört	Kind außerh. d. Runde	5	Kurzfristige schwere Störungen, z. B. Spielkarten wegwerfen
			4	Friedliches Nicht-mit-Machen
			3	Zorniges Sich-Entfernen von der Runde
			2	Physische Aggression und Destruktion von Objekten
			1	Vorzeitige Beendigung des Spiels

Abb. 5: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Konfliktstärkeskala

fliktstärke eingestuft (Abb. 5). Der Aufbau dieser Skala ist ebenfalls hierarchisch und ausschließlich. Sie enthält 2 Stufen für ungestörtes Spiel, 3 Stufen für leichte und 5 Stufen für schwere Spielstörungen. Auch hierbei wurde für jede Spielrunde und für jedes Kind bei mehreren, konkurrierenden Verhaltensweisen jeweils die schlechtere signiert. Der Gesamtwert für eine Sitzung ergab sich aus dem Mittel über alle Rundenpunkte der einzelnen Kinder.

Derselbe Beobachter hat auch für jedes Kind und für jede Spielrunde das Verhalten bzgl. der 3 Belohnungskriterien (Fairneßpunkte, persönliche Sonderpunkte, Soziale Sonderpunkte) eingestuft.

## Hypothesen

Die folgenden Hypothesen sollten mit der Therapiestudie überprüft werden:

- I. Die kognitive Strukturierung (1. Therapiephase) führt zu einer Verringerung der schweren und leichten Regelverstöße und zu einer häufigeren Beachtung der inhaltlich positiv formulierten Regeln.
- II. Falls Hypothese I nicht zutrifft, dann bringt die kognitive Strukturierung erst im Zusammenhang mit der kontingenten Gruppenbelohnung die erwünschten Verhaltensänderungen.
- III. Die erwachsenenfreien Tage beschleunigen die Therapie i. d. S., daß bei schon gutem Verhaltensniveau die Abwesenheit des Therapeuten sich günstiger auf den Spielverlauf auswirkt als seine Anwesenheit.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse werden entsprechend den einzelnen Beobachtungs- und Auswertungsverfahren in mehreren Abschnitten wiedergegeben. Zuerst erscheinen die Resultate aus der Intervallbeobachtung (Darstellung des Therapieverlaufs für beide Gruppen, „Stabilität“ und „Wechselhaftigkeit“ des Verhaltensflusses, Therapeutenverhalten) und der Verlauf der Konfliktstärke. Ein zweiter Abschnitt bringt die Ergebnisse von der Auswertung der Videobänder bzgl. der Veränderungen der klinischen Symptome. In einem dritten Abschnitt werden die Ergebnisse bei den einzelnen Kindern in Abhängigkeit von ihrer individuellen Persönlichkeit mitgeteilt.

### 1. Ergebnisse aus der Intervallbeobachtung

#### *a) Darstellung des Therapieverlaufs für beide Gruppen*

Der Therapieverlauf ist für die Gruppe 1 in Abb. 6 und für die Gruppe 2 in Abb. 7 wiedergegeben.

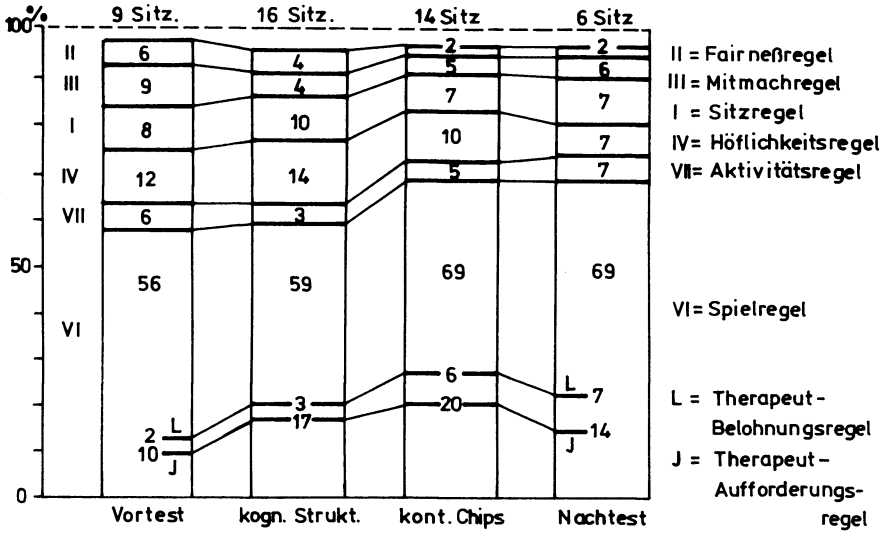


Abb. 6: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Verlauf der beobachteten Kategorien über die experimentellen Phasen; gemittelte Werte der Gruppe 2 (N = 4)

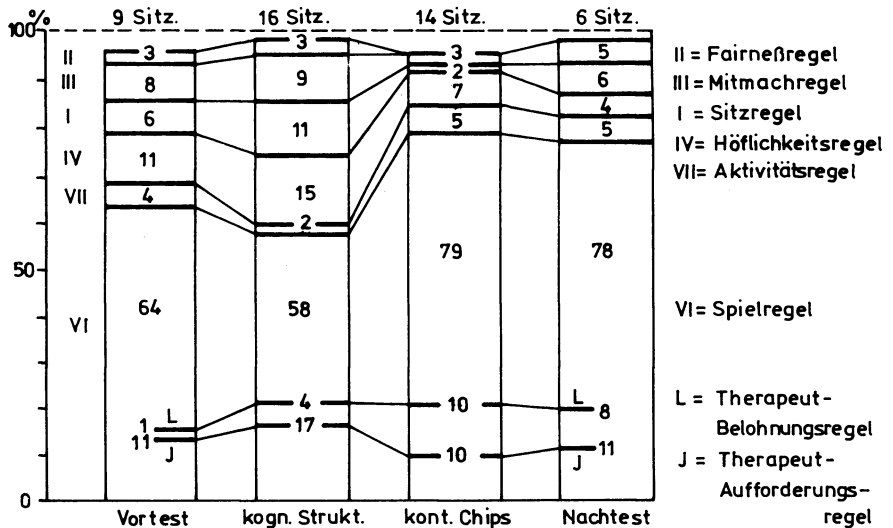


Abb. 7: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Verlauf der beobachteten Kategorien über die experimentellen Phasen; gemittelte Werte Gruppe 2 (N = 4)

Die arabischen Zahlen in beiden Abbildungen geben die prozentuale Ausprägung der Regelbefolgungen und -verstöße wieder. Die Differenz zu 100% ist durch Rundungsfehler und seltene Eintragungen in die Restkategorie zu erklären.

Wie aus Abb. 6 und 7 hervorgeht, widersprechen die Veränderungen in der 1. Therapiephase (kognitive Strukturierung, nicht kontingente Chips) den Erwartungen. In Gruppe 1 ist keine Verbesserung der positiven Regelbeachtung (VI, VII) eingetreten; leichte Regelverstöße haben zugenommen und schwere Regelverstöße sind geringfügig zurückgegangen. In der Gruppe 2 sind die positiven Regeln (VI, VII) seltener befolgt worden; die schweren Regelverstöße sind praktisch unverändert oft und leichte Regelverstöße häufiger vorgefallen. Alle Veränderungen zwischen Vortest und kognitiver Strukturierung sind nicht signifikant (t-Test für abhängige Stichproben, *Clauss u. Ebner, 1971*). Damit konnte die Hypothese I nicht bestätigt werden.

In der 2. Therapiephase (kognitive Strukturierung, kontingente Chips) entsprechen dann die Verhaltensänderungen weitgehend den Erwartungen. In beiden Gruppen sind die positiven Regeln (VI, VII) häufiger beachtet worden, leichte Regelverstöße (I, IV) sind deutlich seltener geworden und schwere Regelverstöße (II, III) sind fast gar nicht mehr vorgekommen. Bis auf die Aktivitätsregel sind alle diese Änderungen überzufällig groß (Abb. 8). Die Ergebnisse sprechen somit eher für die Hypothese II.

	Vortest gegen kont. Chips		Vortest gegen Nachttest	
	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 1	Gr. 2
Fairnessregel	xx	xx	n. s.	n. s.
Mitmachregel	x	x	n. s.	n. s.
Sitzregel	n. s.	xx	n. s.	n. s.
Höflichkeitsregel	x	x	x	x
Spielregel	xx	xxx	x	x
Aktivitätsregel	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.

x  $p \leq 0,05$   
 xx  $p < 0,01$   
 xxx  $p < 0,001$

n. s. = nicht signifikant

Abb. 8: Ergebnisse der Signifikanzprüfung

Im Nachttest (nicht-kontingente Chips) wurden die positiven Verhaltensregeln weiterhin gut befolgt (Gruppe 1 = 75%, Gruppe 2 = 83%). Die Regelverstöße haben in beiden Gruppen in unterschiedlicher Weise geringfügig zugenommen.

Die unterschiedliche Wirksamkeit der beiden Therapiephasen ist wahrscheinlich folgendermaßen zu erklären:

a) In der kognitiven Strukturierung, als die materielle Belohnung noch an keine Bedingungen geknüpft war, waren die Therapeuten auf die spontane Bereitschaft der Kinder angewiesen, die kooperativen Verhaltensweisen und

Konfliktlösungsstrategien als für sich selbst relevant zu akzeptieren. Die einzige Motivation zu diesem Zeitpunkt war das Interesse an einem spannenden und konfliktfreien Spiel. Wenn man davon ausgeht, daß der therapeutische Einfluß seine Grenzen in der Aufnahmebereitschaft dessen findet, der therapiert werden soll, dann bietet sich als naheliegende Erklärung für die Erfolglosigkeit der kognitiven Strukturierung die fehlende Motivation an, was mit der klinischen Symptomatik der Kinder wahrscheinlich eng zusammenhängt.

b) In der kontingenten Chipphase hatte der Therapeut unmittelbare Gewalt über die Gratifikationen. Er verteilte die Punkte nur noch in Verbindung mit der Beachtung der Verhaltensregeln. Die Aufmerksamkeit der Kinder war deshalb auch wesentlich stärker auf das gerichtet, was der Therapeut gesagt und getan hat oder auf das Verhalten anderer Kinder, das vom Therapeuten als modellhaft herausgestellt wurde. Nach *Kagan* (1967) besteht die Wirkung kontingenter Belohnung in einer erhöhten Aufmerksamkeit bzgl. des therapeutisch erwünschten Zielverhaltens und einer größeren Motivation, das Verhalten zu zeigen.

Ein ganz ähnliches Resultat haben *Penney* u. *Fleming* (1973) gefunden, als sie das kooperative Arbeitsverhalten in einer Schulklasse verbessern wollten. Auch sie haben in einer 1. Therapiephase die entsprechenden Verhaltensweisen den Kindern nur in Form von Appellen und allgemeinen Regeln nahegelegt, ohne damit Erfolg zu haben. In der 2. Therapiephase wurde das Beachten der Regeln durch Gruppenbelohnung kontingent verstärkt, was dann ebenfalls zu einer drastischen Erhöhung kooperativer Arbeitsweisen geführt hat.

### b) Rolle des Therapeuten

Die beiden Therapeuten haben in allen experimentellen Phasen relativ selten interveniert (Abb. 6 und 7: 12% im Vortest bis maximal 26% in der kontingenten Chipphase). Damit war der Gestaltungsspielraum der Kinder während des gesamten Therapieexperimentes relativ groß. Beide Therapeuten haben sich auch nur wenig in der Häufigkeit der Anwendung von „Lob“ und „Instruktion“ unterschieden.

Dennoch hat sich ihre Anwesenheit/Abwesenheit in den verschiedenen experimentellen Phasen unterschiedlich ausgewirkt. Bei den leichten Regelverstößen hat sich die Abwesenheit der Therapeuten gegen Ende der kontingenten Chipphase sehr günstig ausgewirkt (in beiden Gruppen signif. Verbesserungen bei der Höflichkeitsregel). Die Spiel- und die Aktivitätsregel wurde auch in beiden Gruppen besser beachtet ( $p < 0,5$  und  $0,05\%$ ). Im Nachtest wurden in der Gruppe 1 die positiven Regeln ebenfalls besser beachtet ( $p < 0,05\%$ ), wenn die Kinder alleine gespielt haben. Verstöße gegen die Fairness- und Mitmachregel waren bei der Anwesenheit des Therapeuten häufiger zu beobachten ( $p < 1\%$  bzw.  $5\%$ ). In der Gruppe 2 waren die Differenzen im Nachtest uneinheitlich und nicht so deutlich ausgefallen.

Therapeuten unterschieden sich aber nicht nur untereinander, sondern ein und derselbe erfahrene Therapeut berücksichtigt auch im Rahmen einer Gruppentherapie innerhalb gewisser Grenzen die individuellen Eigenarten der einzelnen Probanden. Das geht ganz deutlich aus Abb. 9 hervor, in dem die Ver-

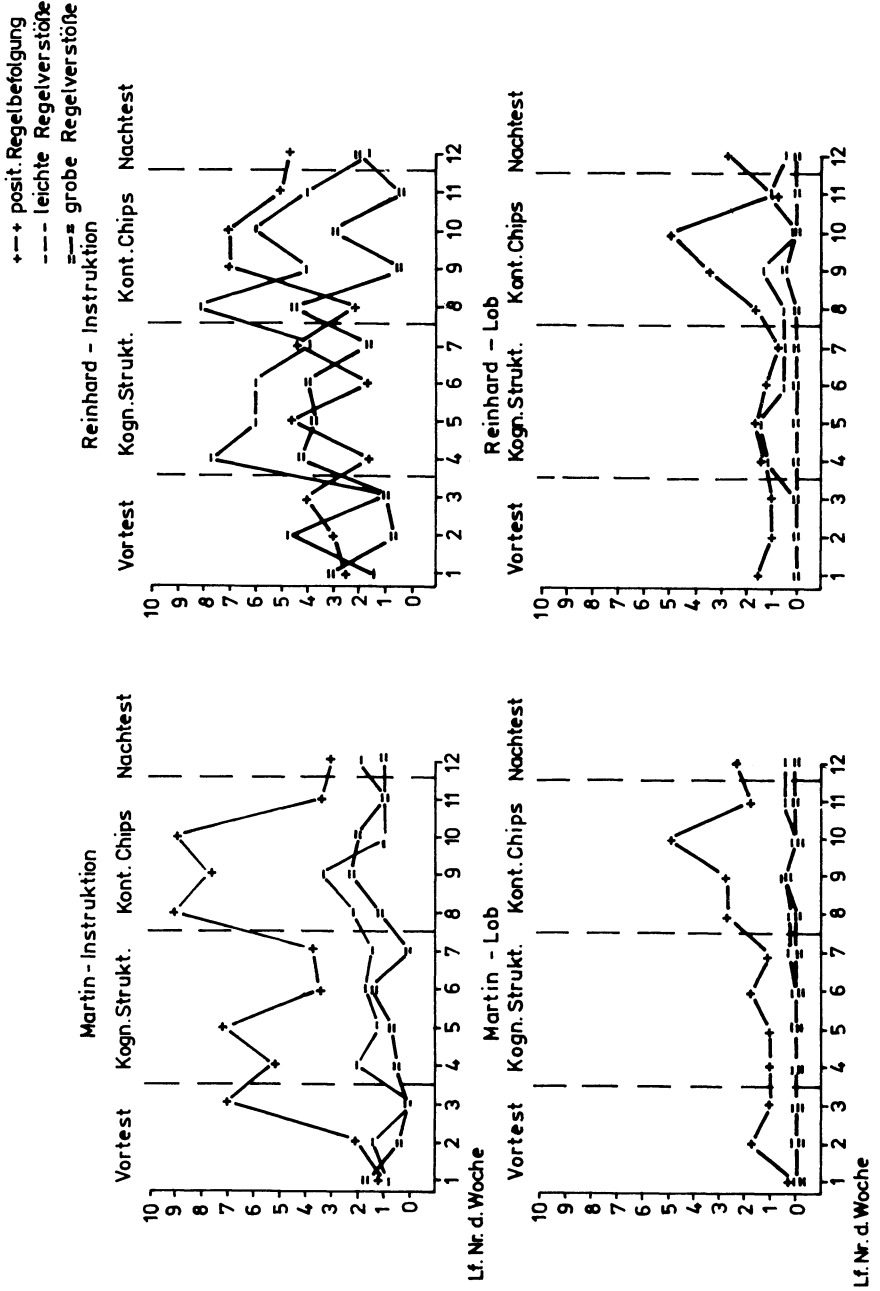


Abb. 9: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Reaktionen des Therapeuten (Instruktion, Lob) auf die Verhaltenskategorien (posit. Regelbefolgung, leichte Regelverstöße, grobe Regelverstöße) bei den Kindern Reinhard und Martin; Mittelwerte pro Woche

haltensweisen des Therapeuten (Lob, Instruktion) als Reaktionen auf das Regelverhalten von zwei Kindern aus der Gruppe 2 wiedergegeben sind. Die beiden Kinder, Martin und Reinhard, waren vom Verhalten her Gegensätze. Während Martin ein eher introvertiertes Kind mit ruhigem und rigidem Verhalten war, ist Reinhard durch starke Unruhe, Sprunghaftigkeit und extravertiertes Verhalten aufgefallen.

Der Therapeut hat seine Interventionen jeweils an den hervorstechenden Verhaltensmerkmalen der einzelnen Kinder orientiert. Bei Reinhard hat er z. B. mit Lob auch öfter auf Regelverstöße reagiert. Als sein Verhalten in der 2. Therapiephase deutlich besser geworden ist, hat der Therapeut sofort stärker auf die positiven Regelbeachtung reagiert. Bei Martin hat sich der Therapeut insgesamt stärker auf dessen positives Verhalten konzentriert. Ohne diese Befunde hinsichtlich des Therapeutenverhaltens weiter zu interpretieren, soll hiermit nur die Bedeutung dieser Variablen veranschaulicht werden und die Forderung unterstrichen werden (vgl. *Kiesler, 1971*), daß sie in der angewandten Therapieforchung neben der eigentlichen therapeutischen Technik mehr Beachtung verdient. Für eine Bestätigung der Hypothese III können diese Befunde selbstverständlich nicht herhalten.

*c) Stabilität und Wechselhaftigkeit*

Ein charakteristisches Merkmal für Verhaltensabweichungen im sozialen Bereich ist die Stabilität oder Vorhersagbarkeit des Verhaltens einerseits oder die Wechselhaftigkeit andererseits. Beide Phänomene hängen mit der Fertig-

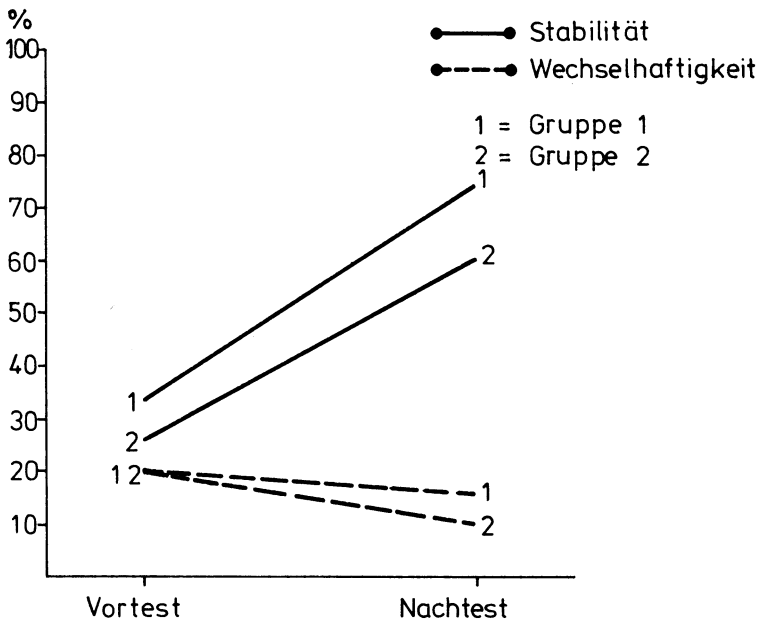


Abb. 10: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Stabilität und Wechselhaftigkeit des Verhaltens

keit zusammen, in verschiedenen sozialen Situationen gemäß dauerhafter und situationsadäquater Verhaltensschemata zu agieren.

Dank des speziellen Signierungsverfahrens (Registrierung der einzelnen Verhaltenskategorien zum jeweiligen Zeitpunkt ihres Auftretens) ist es möglich, „Stabilität“ und „Wechselhaftigkeit“ operational zu definieren:

*STABILITÄT* ist die längste, ununterbrochene Serie von positivem Regelverhalten (vgl. Abb. 4, S. 9) bezogen auf die Zahl der Beobachtungsintervalle der betreffenden Sitzung.

*WECHSELHAFTIGKEIT* bezeichnet die Anzahl der Durchkreuzungen der O-Linie in dem Beobachtungssystem. Wenn ein Kind in einer Sitzung häufig zwischen positivem Regelverhalten und irgendwelchen Regelverstößen hin und her gependelt ist (s. Abb. 4), dann hat es oft die O-Linie durchkreuzt und erhält einen entsprechend hohen Wert für Wechselhaftigkeit.

Die hier mitgeteilten Ergebnisse (Abb. 10) beziehen sich auf die beiden letzten Sitzungen aus dem Vortest und dem Nachttest, in denen die Therapeuten nicht anwesend waren.

Die Stabilität hat sich in beiden Gruppen um 35 bis 40% verbessert; die Wechselhaftigkeit ist um ungefähr 7 bis 10% zurückgegangen. Beide Ergebnisse sind ebenfalls deutlicher Ausdruck einer positiven Verhaltensänderung.

#### d) *Konfliktstärke*

Die Konfliktstärke als Ausdruck der sozialen Spannung in der Spielsituation (vgl. Abb. 5, S. 10) hat sich trotz der strengen Bewertung im Sinn der Therapie ebenfalls deutlich verändert. Der Wert von 3,5 im Vortest (bestmöglicher Wert = 10, schlechtester Wert = 1) hat sich bis auf 9,2 im Nachttest verbessert. Die entsprechende Verhaltensebene im Vortest war gekennzeichnet durch zorniges Weglaufen, Schreien, Stampfen und friedliches Nicht-Mitspielen, während am Ende der 2. Therapiephase langdauerndes und konfliktfreies Spiel, Spielfreude und Spielbegeisterung bei den meisten Kindern überwogen haben.

## 2. Klinische Symptome

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde die Brauchbarkeit des verwendeten Beobachtungssystems (Intervallbeobachtung) überprüft. Dabei ist es um die Frage gegangen, inwieweit in dem Regelsystem, das nach dem Gesichtspunkt der Spielförderung bzw. -hemmung konzipiert war, die wichtigsten klinischen Symptome der verschiedenen sozialen Verhaltensabweichungen erfaßt werden. Aufgrund der unsystematischen Beobachtungen des pflerischen und pädagogischen Personals aus den Situationen Schule, Freizeit und Mahlzeiten wurde eine Liste von einzelnen Symptomen zusammengestellt, die zur Grundlage einer kontinuierlichen Beobachtung anhand der Videobänder gemacht wurde. In einer zufälligen Reihenfolge wurden jeweils 4 Sitzungen aus dem Vortest und vom Ende der 2. Therapiephase beobachtet. In allen Sitzungen waren die Therapeuten anwesend.

Die einzelnen Beobachtungskategorien waren: Aufstehen insgesamt, Aufstehen und Stören, Aufstehen ohne zu stören, Averbale Spielstörungen, Wut-



anfall, Schreien, Spielverzögerung, Sich zurückziehen, Tätliche Aggressionen, An Erwachsenen wenden und Sprechdauer. Für jedes Kind wurden die ersten 3 Kategorien für das Aufstehen registriert sowie je nach individueller Symptomatik eine oder mehrere der übrigen Kategorien. Die Beobachtungseinheit war die gesamte Dauer des kritischen Verhaltens in Prozent pro Sitzungsdauer (Abb. 11). Die Werte in den Zellen sind jeweils Mittelwerte, wobei sich der obere Wert auf die 4 Sitzungen aus dem Vortest und der untere auf die 4 Sitzungen aus der 2. Therapiephase bezieht.

	Aufst. ges.	Aufst. stören	Spielstörung	Wut-anfall	Aufst. ruhig	Schreien	Spielverzög.	Zurückziehen	Boxen	Erwachs. wenden	Sprechdauer	
Gruppe 2	M	11,6 10,6	0,6 0,5	11,1 10,4	/	/	/	0,5 0,7	0 1,9	/	/	/
	R	20,1 5,6	9,2 0,2	10,4 5,4	32,6 1,4	0,1 2,3	6,6 0,3	/	0 0,6	0,1 0	/	/
	T	48,6 9,2	15,6 0	33,0 9,2	/	/	0,2 0,1	3,2 1,7	0 0	/	/	/
	B	78,7 8,1	4,0 0	74,7 8,1	5,6 1,1	0,1 0	1,5 0	0,3 0	31,5 0	/	/	/
Gruppe 1	V	19,6 0,6	4,1 0	14,4 0,6	/	/	/	/	3,6 0	0 0	5,9 3,8	/
	L	12,7 0,3	3,3 0	9,4 0,3	/	/	/	1,3 1,4	4,6 0,2	/	/	3,0 1,9
	S	18,1 1,7	4,7 1,2	13,4 0,5	/	/	/	2,1 2,7	0,8 3,3	/	/	/
	J	28,0 1,4	7,8 0,1	20,4 1,4	16,9 0,8	/	2,1 0,1	/	5,2 0,4	0,6 0	/	/

Abb. 11: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Klinische Symptome. Prozentuale Ausprägung (absolute Zeit je Symptom bezogen auf die Dauer der jeweiligen Sitzung) der klin. Symptome im Vortest mit Therapeut (oberer Wert pro Zelle) gegenüber den letzten 4 Sitzungen aus der K.C. mit Therapeut. (unterer Wert).

Bei dem Symptom Aufstehen ist bei beiden Gruppen in allen 3 Kategorien eine deutliche Verbesserung festzustellen (Abb. 12).

Die Mehrzahl der übrigen Symptome ist im Laufe der Therapie teilweise ebenfalls erheblich schwächer geworden. Die 7 Ausnahmen sind von der Ausprägung der Symptome her minimal.

Die Überprüfung des Symptomverlaufs hat damit zu 2 wichtigen Ergebnissen geführt. Erstens hat sie den Nachweis erbracht, daß ein Beobachtungssystem nach dem Modell der Verhaltensregeln bei vorwiegend sozial bedingten Verhaltensabweichungen ein brauchbares Instrument zur Therapieverlaufs-

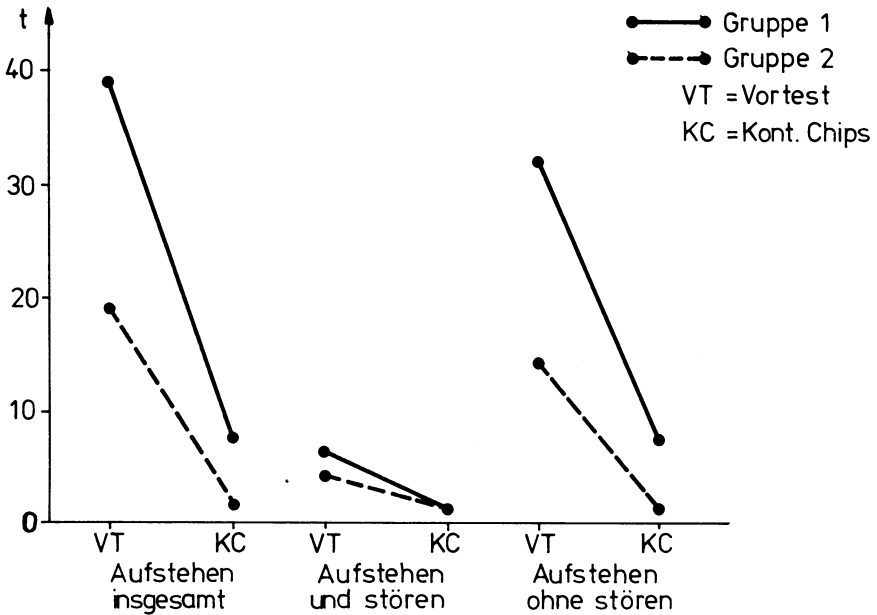


Abb. 12: Verhaltenstherapeut. Spieltherapie: Zeitmaße für die klinischen Kategorien (1) Aufstehen insgesamt (2) Aufstehen und stören (3) Aufstehen ohne zu stören

kontrolle ist. Zweitens hat die Überprüfung von neuem nahegelegt, daß die verhaltenstherapeutische Spieltherapie, die am Medium des Spiels in einer kombinierten Methode aus kognitiver Strukturierung, Modellernen und kontingenter Gruppenbelohnung offenbar grundlegende Verhaltensregeln vermittelt, die in unterschiedlichen sozialen Situationen zur Anwendung kommen (Zimmermann u. Rosenthal, 1974).

### 3. Therapieverlauf bei den einzelnen Kindern

In einem letzten Auswertungsschritt wurde untersucht, wieweit die individuellen Unterschiede der einzelnen Kinder in der Effektivität der verhaltenstherapeutischen Spieltherapie zum Ausdruck gekommen sein könnten. Angesichts des vorexperimentellen Designs dieser Studie haben auch diese Ergebnisse vorwiegend heuristischen Wert. Sie legen aber auch wieder Hypothesen nahe, die im Rahmen der Therapieverlaufsforschung mit berücksichtigt werden müßten.

Im einzelnen sollte versucht werden, mithilfe verschiedener Parameter die dominanten Verhaltenstendenzen der einzelnen Kinder zu charakterisieren und mit dem Therapieerfolg in Verbindung zu bringen (Abb. 13).

In der Spalte ganz links von Abb. 13 stehen die Namen der Kinder und ihr Alter. Die drei Spalten rechts davon enthalten relativ globale Verhaltensparameter, die bei Kindern in der sozialen Interaktion gewöhnlich eine zen-

Abb. 13: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Klassifizierung der Kinder

Kind	Alter	Spielrep. positiv	R	Sozialrep. R	Sozialrep. R	Extrovert. Introvert.	R	Stabilität R	Wechsel. R	Therapieerf. Kat. 6 + 7	R		
Jan	7	groß	4	neg. breit pos. schmal (?)	6	Extr.	7	21/88	3/6	20/6	3/6	46 95	7 7
Volker	9	groß	5	neg. breit pos. breit	8	Extr.	6	37/100	6/8	17/0	6/8	17 95	3 8
Laurenz	9	klein	3	neg. schmal pos. schmal	2	Intr.	2	25/30	4/2	20/12	4/4	7 58	3 1
Stefan	7	klein	2	neg. schmal pos. schmal	4	Intr.	4	18/21	2/1	24/20	2/2	3 69	1 2
Martin	9	klein	1	neg. schmal pos. schmal	3	Intr.	3	53/72	7/4	18/16	5/3	3 78	2 4
Reinhard	9	groß	6	neg. breit pos. schmal	5	Extr.	8	2/55	1/3	15/21	7/1	68 77	8 3
Toby	10	groß	7	neg. schmal pos. breit	7	Intr.(?)	5	26/96	5/7	32/4	1/7	29 85	5 6
Burkhard	11	groß	8	neg. breit pos. schmal	1	Intr.	1	55/73	8/5	14/12	8/5	32 83	6 5

trale Rolle spielen und die sich auch am ehesten vom Verhalten her einschätzen ließen. Grundlage der Einschätzung dieser Parameter waren Beobachtungen alltäglicher Situationen über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen vor Beginn des Therapieexperiments, wobei ein subjektiv nicht sicheres Urteil (Übereinstimmung mehrerer Betreuer) durch „?“ gekennzeichnet ist. Für jede Kategorie wurde über alle Kinder eine Rangreihe gebildet „R“:

- a) Spielrepertoire – ein Maß für die Reichhaltigkeit und Differenziertheit des Spielverhaltens.
- b) Sozialrepertoire – ein Maß für die zwischenmenschlichen Verhaltensmuster, die in negative und positive Formen unterteilt wurden. Ein negatives Beispiel wäre „sich bei kleinsten Schwierigkeiten zurückziehen“, ein positives „einem anderen Kind helfen“. Die Kennzeichnung „breit“ und „schmal“ bezieht sich auf die Anzahl der entsprechenden Verhaltensmuster. Die Rangbildung wurde nach dem positiven Sozialverhalten vorgenommen.
- c) Extravertiert/Introvertiert – ein Maß für die bekannten Persönlichkeitsdimensionen (*Eysenck* u. *Rachman*, 1966).

Die restlichen 3 Spalten enthalten die schon bekannten Parameter der Stabilität, Wechselhaftigkeit und den Therapieerfolg:

- d) Stabilität/Wechselhaftigkeit – der Wert vor dem Schrägstich bezieht sich jeweils auf die beiden letzten Sitzungen aus dem Vortest, der dahinter auf die letzten beiden Sitzungen aus dem Nachtest. Die Werte beziehen sich auf die prozentuale Ausprägung der Variablen in den zugrundegelegten Sitzungen.
- e) Therapieerfolg – der Erfolg der Spieltherapie für jedes Kind (Summe aus Aktivitäts- plus Spielregel) wird in zweifacher Weise ausgedrückt: einmal als Differenz zwischen Vortest und Nachtest (oberer Wert pro Zelle), zum anderen als absolute Ausprägung der beiden Kategorien im Nachtest ohne die Therapeuten (unterer Wert pro Zelle). Die Werte geben die prozentuale Ausprägung der Kategorien, gemittelt über die entsprechenden Sitzungen wieder.

Vergleicht man nun die Ränge der einzelnen Kinder in den verschiedenen Verhaltensdimensionen und Erfolgskriterien, dann fallen folgende Trends auf:

- a) Kinder, die schon zu Beginn der Spieltherapie ein großes Spielrepertoire hatten, haben am meisten von der Therapie profitiert. Die Korrelation zwischen dem Spielrepertoire und den beiden Variablen Stabilität und Wechselhaftigkeit betragen 0,679 ( $p < 1\%$ ) und 0,607 ( $p < 2,5\%$ ). Die Berechnung erfolgte mithilfe des Rangkorrelationskoeffizienten Tau von *Kendall* (*Lienert*, 1973).
- b) Kinder mit einem breit gefächerten Sozialverhalten haben selbst dann große Fortschritte gemacht, wenn auch gleichzeitig das negative Verhalten vielseitig war. Die Korrelation des positiven Sozialverhaltens mit dem absoluten Therapieerfolg beträgt 0,75 ( $p < 1\%$ ) und mit der Stabilität 0,68 ( $p = 1\%$ ).
- c) Die Korrelation zwischen Extraversion und dem positiven Sozialverhalten ist hoch ( $r = 0,821$ ,  $p = 3^0/00$ ). Relativ am wenigsten haben die stark introvertierten Kinder einen Nutzen von der Spieltherapie davongetragen.

Von den Kindern, die weder als stark introvertiert noch als stark extravertiert eingestuft worden waren, haben die eher extravertierten die größeren Fortschritte gemacht.

- d) Zwischen den vier Parametern der Stabilität, Wechselhaftigkeit, absoluter Therapieerfolg und Differenzenwert besteht ein enger Zusammenhang (Konkordanzkoeffizient von *Kendall*  $w = 0,69$   $p < 1\%$ ; *Lienert*, 1973).

Die Ergebnisse bei den einzelnen Kindern enthalten somit mehrere Hinweise darauf, daß der Erfolg der Spieltherapie nicht alleine von der therapeutischen Technik abhängt, sondern auch in starkem Maße von den sogenannten Organismusvariablen (*Weiss*, 1976), die zu der individuellen Ausstattung gehören und die reale Umwelt-Individuum-Interaktion stark beeinflussen.

In diesem Zusammenhang scheinen nicht nur die Variablen Sozialrepertoire und Extraversion/Introversion von Bedeutung zu sein, sondern auch das Spielrepertoire, und zwar in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht. Das Spiel ist in der Kindheit bis zum Schuleintritt die wichtigste Betätigung und nimmt auch danach noch einen großen Raum ein. In der spielerischen Interaktion mit Gleichaltrigen und Erwachsenen werden neben kognitiven Inhalten auch grundlegende soziale Strategien erlernt. Entwicklungspsychologisch drückt sich dieser Zusammenhang in den verschiedenen Spielformen von den Funktionsspielen über Phantasie- und Rollenspiele bis hin zu Regelspielen aus, die alle mit ganz bestimmten Organisationsstufen der psychosozialen Entwicklung einhergehen (*Bühler*, 1928; *Hetzer*, 1968; *Örter*, 1972; *Piaget*, 1975).

## Diskussion

Die therapeutische Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Spieltherapie ist mit Sicherheit auf mehrere Bedingungen zurückzuführen, die trotz des vorexperimentellen Charakters der Studie wenigstens teilweise in der experimentellen Durchführung berücksichtigt worden sind. Die diesbezüglich wichtigsten Ergebnisse sollen abschließend noch einmal hervorgehoben werden, da sie uns für die Therapie klinisch relevanter Sozialstörungen bei Kindern als wesentlich erscheinen.

### 1. Regelsystem

Die Formulierung der Therapieziele in Verhaltensregeln steckt für die Patienten einen allgemein verbindlichen Verhaltensspielraum ab, in dem eine möglichst konfliktfreie oder auch konfliktlösende Interaktion verwirklicht werden kann. Diese Richtlinien dürfen nicht nur negativ in Form von Verboten ausgedrückt werden, sondern es müssen auch positive Anreize für sozial förderliche Verhaltensweisen gesetzt werden, die innerhalb der Therapie verstärkt werden können.

Da Regeln meist aufgrund von Übereinkunft zwischen mehreren Individuen zustandekommen und die Interaktion zwischen ihnen in befriedigender Weise strukturieren sollen, enthalten sie eine starke kognitive Komponente.

Das Individuum muß zugunsten eines gemeinsamen Gruppenzieles (Freude am Spiel, soziale Anerkennung und Bindung in der Gruppe) auf egoistische Ansprüche, die den Gruppenzielen zuwiderlaufen, verzichten (vgl. Austausch-theorie von *Thibeaut* und *Kelley*, 1964). Die Identifikation mit einer Gruppe erfordert von jedem Individuum eine aktive, kognitive Auseinandersetzung, in der die subjektiven Interessen und die Möglichkeiten ihrer Verwirklichung gegen die Gruppenziele mit ihren Vorteilen und persönlichen Einschränkungen abgewägt werden müssen.

## 2. Mehrdimensionaler Belohnungsansatz

Die gemeinsame Erarbeitung eines Regelsystems hat sich als notwendige, jedoch nicht als hinreichende Bedingung erwiesen, um innerhalb einer angemessenen Zeitspanne bei verhaltensgestörten Schulkindern eine sichtbare Besserung ihres Sozialverhaltens herbeizuführen. Dazu mußte einmal eine kontingente Belohnung hinzutreten, die die Aufmerksamkeit bzgl. des kritischen Zielverhaltens und die Motivation zu seiner Ausübung erhöht. Die Gruppenbelohnung hat sofort einen Bezug zu der gruppenimmanenten Abhängigkeit der Kinder untereinander hergestellt (*Walker* u. *Hops*, 1973, *Bronfenbrenner*, 1962; *Penny* u. *Fleming*, 1973).

Darüberhinaus hat es sich als sehr wirkungsvoll erwiesen, daß neben den allgemein gültigen Verhaltensregeln über die Verwendung von Sonderpunkten auch ein therapeutischer Zugang gefunden werden konnte. Die „Persönlichen Sonderpunkte“ haben die Kinder zur Überwindung der eigenen Schwierigkeiten motiviert und die „Sozialen Sonderpunkte“ haben spielfördernde und altruistische Handlungen begünstigt, die mit dem klinisch-symptomatischen Verhalten ebenfalls nicht vereinbar waren.

Es wurden somit drei Belohnungsmodi angewandt, die sich bzgl. der Direktheit und der persönlichen Ansprache der Kinder unterschieden:

1. Die geringste persönliche Ansprache war mit den „Fairnesspunkten“ verbunden, deren Wirkung durch den drohenden Punktverlust zu Beginn der Therapie wahrscheinlich viel mehr auf der Eindämmung von Regelverstößen als auf der Beachtung der positiven Regeln beruht hat.
2. Die „Persönlichen Sonderpunkte“ haben die Aufmerksamkeit des Kindes auf seine Fähigkeit gelenkt, der persönlichen Schwierigkeiten selbständig Herr werden zu können. Sie kommen damit auch einem berechtigten Interesse nach individueller Auszeichnung entgegen, das in vielen Gruppenprozessen zu beobachten ist und einem allgemeinen Kennzeichen unserer Gesellschaftsstruktur entspricht.
3. Die „Sozialen Sonderpunkte“ waren wieder eine Rückführung zu den wünschenswerten, positiven Verhaltensregeln, die besonders in der Aktivitätsregel das konstruktive Gruppenverhalten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt haben.

## Literatur

*Baumgärtel, F.*: Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. Grundlagen, Konzepte, Vorschläge. München: Pfeiffer, 1976

- Bay, E. und Ott, H.: Eine verhaltenstherapeutische Spieltherapie zur Förderung der sozialen Kompetenz bei verhaltensgestörten Schulkindern. In Poustka, F. und Spiel, W. (Hrsg.): Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kongreßbericht Bd. 2, Wien, 1975
- Bronfenbrenner, U.: Soviet methods of character education: simple implications for research. *American Psychologist*, 1962, 17, 550–564
- Bühler, Ch.: Kindheit und Jugend. Leipzig, 1928
- Campbell, D. T. und Stanley, J.: Experimental and quasiexperimental designs for research on teaching. In Gage, N. L. (Hrsg.): Handbook of research on teaching. Chicago: Mc Nally Comp., 1963
- Clauss, G. und Ebner, H.: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Frankfurt: H. Deutsch, 1971
- Eysenck, H. J. und Rachman, S.: Dimensions of Personality. In Semenoff, B. (Hrsg.): Personality assessment. Middlesex, 1966
- Hetzer, H.: Spielpflege bei geistig zurückgebliebenen Kindern als heilpädagogische Aufgabe. In von Bracken, H. (Hrsg.): Erziehung und Unterricht bei behinderten Kindern. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft, 1968
- Honffy, M. und Bachlechner, M.: Gruppenarbeit als Verhaltensmodifikation mit Schulkindern an der pädagogisch-psychologischen Beratungsstelle in Innsbruck. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 1976, 7, 259–264
- Kagan, J.: On the need for relativism. *American Psychologist*, 1967, 22, 131–142
- Kiesler, D. J.: Experimental design in psychotherapy research. In Bergin, A. E. und Garfield, S. L. (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1971
- Lienert, G. A.: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Meisenheim: A. Hain, 1973
- Örter, R.: Moderne Entwicklungspsychologie. Donauwörth: L. Auer, 1972
- Ott, H. und Bay, E.: Die hierarchische Regelbeobachtung. Unveröffentlichtes Vortragmanuskript. München, 1973
- Penney, R. K. und Fleming, P.: The development of cooperative behaviour in the classroom. *Canad. J. Behav. Science*, 1973, 5, 321–331
- Piaget, R. K.: Nachahmung, Spiel und Traum. Gesammelte Werke Bd. 5, Studienausgabe, Stuttgart: Klett, 1975
- Psychiatrie-Enquête. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn-Bad Godesberg: Heger, 1975
- Slavson, S. R.: Meine Technik der Gruppenpsychotherapie mit Kindern. In Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II, München: E. Reinhardt, 1969
- Thibaut, J. W. und Kelley, H. H.: Exchange theory, Kap. 7, S. 253 ff. In: Secord, P. F. und Backman, C. W. (Hrsg.): Social Psychology. New York: Mc Graw-Hill, 1964
- Walker, H. M. und Hops, H.: The use of group and individual reinforcement contingencies in the modification of social withdrawal. In Hamerlynck, A., Handy, L. C. und Mash, E. J. (Hrsg.): Behavioral change: methods, concepts, and practice. Champaign Ill., 1973
- Zimmermann, B. J. und Rosenthal, T. L.: Observational learning of rule-governed behavior by children. *Psychol. Bulletin*, 1974, 81, 29–42
- Weiss, R. L.: Operante Methoden in der psychologischen Diagnostik. In Schule, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban u. Schwarzenberg, 1976

*Anschrift der Autoren:*

Dipl. Psych. Eberhard Bay  
 Institut für Psychologie  
 Klinische Psychologie  
 Universität München  
 Kaulbachstraße 93  
 8000 München 40

Dr. Helmut Ott  
 Schering AG  
 Postfach 65 03 11  
 1000 Berlin 65

# Strukturiertes Lernen bei leichtgradig hirngeschädigten verhaltensgestörten Kindern\*)

Von *Heinz Neukäter* und *Herbert Goetze*

## Zusammenfassung, Summary, Résumé

Die vorliegende Untersuchung leitet aus anglo-amerikanischen Arbeiten eine Strategie für den Unterricht bei leichtgradig hirngeschädigten-verhaltensgestörten Schülern ab und geht dem Problem nach, in welchem Ausmaß strukturierte Lernmaterialien und kontrollierte Verhaltenskonsequenzen Änderungen hinsichtlich des unterrichtsbezogenen, unsozialen, selbststimulierenden, abgelenkten Verhaltens bei 9 Hirnorganikern bewirken. Die aus einer Beobachtungszeit von 7 Monaten gewonnenen Daten legen eine differentielle Wirkung der Bedingungen ‚Reizstrukturierung‘ und ‚Konsequenzenkontrolle‘ auf das Unterrichtsverhalten der untersuchten Schüler nahe.

### Structured learning with minimally brain damaged-behaviour disordered children

This study describes a strategy of teaching minimally brain damaged-behavior disordered students derived from Anglo-American research in this field; the problem is to investigate the effects of structured materials and controlled behavior consequences on on-task behavior, unsocial behavior, self-stimulation, distraction with 9 brain damaged students. Empirical data from 7 months of behavior recording indicate differentiated efficiency of the investigated conditions 'stimulus structuring' and 'controlled behavior consequences' on students' behavior.

### Apprentissage structuré chez les enfants présentant des lésions cérébrales et des troubles du comportement sans gravité

On a déduit de travaux anglo-américains une stratégie d'enseignement pour élèves présentant des lésions cérébrales ou des troubles du comportement de faible ampleur. On se demande dans quelle mesure les matériaux didactiques structurés et les séquences de comportement contrôlées peuvent entraîner des modifications du comportement scolaire, antisocial, autique et distrait de 9 lésés du cerveau. Les données obtenues sur une durée d'observation de 7 mois suggèrent un effet différencié des données « structuration des excitations » et « contrôle des séquences » sur le comportement des élèves examinés en face de l'enseignement.

## 1. Problem

Im Unterricht mit leichtgradig hirngeschädigten-verhaltensgestörten Kindern können verschiedene Strategien, Verhaltensänderungen herbeizuführen, verfolgt werden. Während im deutschsprachigen Bereich die eher geisteswissenschaftlich orientierten Ansätze aufgenommen worden sind (s. *Bittner et al.* 1974), haben sich im anglo-amerikanischen Sprachraum schon seit langem empirische Zugänge durchgesetzt (z. B. *Hallahan* u. *Kauffman* 1976).

---

\*) Das Forschungsvorhaben wurde dankenswerterweise zu einem Teil durch die Pädagogische Hochschule Ruhr finanziert.



Einen wichtigen empirischen Beitrag zur Unterrichtung verhaltensgestörter, minimal hirngeschädigter Kinder haben *Cruickshank et al.* (1961) vorgelegt. Sie entwarfen eine nicht stimulierende Lernumwelt mit besonderen Materialien, Methoden und Raum-Zeitorganisation, um mithilfe gezielter Curricula das Lernen zu erleichtern. Die Langzeitstudie von *Cruickshank et al.* (1961) erbrachte allerdings keine überzeugenden Befunde: Insgesamt haben sich die Kinder der Versuchs- und Kontrollgruppe wohl hinsichtlich einiger Merkmale aus den Bereichen Wahrnehmung und Motorik, nicht aber der Intelligenz und Schulleistung verbessert.

*Cruickshank* selbst schränkt ein: "When the data are examined, however, it is not possible to say with certainty that the specialized methodology caused the growth" (S. 374).

Nachfolgeuntersuchungen, die jeweils besondere Aspekte dieser Untersuchungsstrategie zu überprüfen suchten, zeigten ähnliche Ergebnistrends: "1. They generally supported the notion that attending skills were increased. 2. In terms of academic achievement and other higher level measures, no advantage was found" (*Hallahan u. Kauffman* 1976, S. 162).

Andere Konzepte wurden von *Quay* (1968) und *Hewett* (1968) vorgelegt. Hier wurden neben input-Variablen (vgl. *Cruickshank*) auch response- und reinforcement-Parameter kontrolliert eingeführt. *Hewetts* differenziertes Unterrichtsmodell (1968; 1974) geht von einer hierarchisch angeordneten Entwicklungssequenz aus, die aus folgenden Funktionsstufen besteht: attention, response, order, exploratory, social, mastery and achievement.

Von den diagnostizierten Funktionsstufen aus wird ein individuelles Lernprogramm mit dem Ziel geplant, den Schüler zum höchsten Niveau der Entwicklungssequenz – mastery und achievement – zu führen. Der Lehrstoff wird gemäß den Funktionsstufen der Schüler in Lernzentren vermittelt, wobei von *Cruickshanks* Konzept der Reizreduktion bewußt abgegangen wird. "The author takes the position that the importance of reducing classroom stimulation to near zero has been overemphasized, particularly with regard to the emotionally disturbed" (*Hewett* 1968, S. 162).

Ein weiterer Kennwert des *Hewettschen* Konzeptes ist sein hochdifferenziertes Belohnungs- und Interventionssystem. Innerhalb des Santa-Monica-Projektes hat *Hewett* versucht, Teile seines Unterrichtskonzeptes empirisch zu überprüfen. Während sich bei den Experimentalklassen im Aufmerksamkeitsverhalten, definiert als Auge-, Kopf- und Körperorientierung, Verbesserungen nachweisen ließen, konnten in den Schulleistungen (Lesen, Rechnen) keine eindeutigen Gewinne ausgemacht werden.

Die Gegenüberstellung dieser Ansätze macht deutlich, daß die Effizienz verschiedener Unterrichtsstrategien noch weitgehend ungeklärt ist (vgl. dagegen *Schumacher* 1975, S. 85, S. 94). Unsere Untersuchung beabsichtigt, den Gesichtspunkten der Reizstrukturierung und Konsequenzenkontrolle nachzugeben. Im einzelnen interessieren uns die folgenden Fragestellungen:

1. Welche Verhaltensänderungen bei minimal hirngeschädigten und verhaltensgestörten Schülern in definierten Verhaltensbereichen sind beobachtbar, wenn strukturierte Lernmaterialien in Verbindung mit einem token-System angewandt werden?

2. Lassen sich Verhaltensänderungen bei minimal hirngeschädigten und verhaltensgestörten Schülern nachweisen, wenn allein strukturierte Lernmaterialien angewandt werden?

## 2. Methode

### *Versuchsplan*

Der Versuch gliedert sich in drei Phasen, die Grunddatenerhebung ‚b‘ (Dezember 1975 bis Januar 1976), die experimentelle Phase I ‚e‘ (Februar bis April 1976) und die experimentelle Phase II ‚e‘ (April bis Juli 1976). In Phase b (Grunddatenerhebung) werden die Schüler unter den bisher in dieser Klasse üblichen nicht-strukturierten Bedingungen ohne den systematischen Einsatz von Verstärkern unterrichtet. Der Lehrer ist dabei angewiesen, seinen Unterricht in der bisher gewohnten Form vorzubereiten und durchzuführen. Phase e ist durch den systematischen Einsatz der Bedingungen Raum- und Materialstrukturierung sowie kontinuierliche Token-Verstärkung definiert.

Phase e' ist dadurch gekennzeichnet, daß Raum- und Materialstrukturierung beibehalten werden, während die kontinuierliche Münzbekräftigung abgesetzt wird. Eine weitere experimentelle Phase ist geplant, in der soziale Stimuli kontrolliert eingeführt werden sollen.

Da der Versuch in einer Krankenhausschule stattfindet, ist es sehr schwer, eine Fremdkontrollgruppe mit ähnlichen Merkmalen der experimentellen Versuchspersonen aufzufinden. Daher wird mit einem Eigenkontrollgruppendesign gearbeitet.

### *Versuchsdurchführung*

Der Versuch erstreckt sich auf die Lernbereiche Sprache und Mathematik im Rahmen des Regelunterrichts an der ausgewählten Schule. Der Unterricht besteht täglich aus zwei Abschnitten, 60 Minuten Arbeitszeit, davon 30 Minuten Arbeit im Lernbereich Sprache und 30 Minuten Arbeit im Lernbereich Mathematik, und 30 Minuten Spielzeit. Auf dem Tisch des Schülers befinden sich eine Aufgabenkarte (Sprache oder Mathematik) und eine Arbeitskarte, in die mit Filzstift von einem Assistenten für jeweils drei Minuten unterrichtsbezogenen Verhaltens ein Token eingetragen wird. In einer Schulstunde (30 Minuten) kann der Schüler also 10 Tokens verdienen; zusätzlich werden 4 Extra-Tokens für Arbeitsbeginn oder -wiederbeginn vergeben. Wenn der Schüler 20 Tokens, je Lernbereich mindestens 10, erreicht hat, darf er zu kontingenten Spielaktivitäten übergehen. Bei Nicht-Erreichen dieser Kontingenz dehnt sich die Arbeitszeit in die Spielphase aus.

Der Schüler bearbeitet im Unterricht jeweils ein Aufgabenblatt, schreibt seine Lösung auf und holt sich anschließend vom Lehrerpult das Lösungsblatt, um beide Lösungen miteinander zu vergleichen. Sind die Lösungen unterschiedlich, wird der Schüler angehalten, seine Lösung nachzuprüfen. Im anderen Fall holt sich der Schüler ein neues Aufgabenblatt.

Der Lehrerassistent hilft dem Lehrer beim Ausgeben der Materialien und Tokens; der Lehrer selbst gibt keine Tokens aus, beantwortet lediglich Schülerfragen, ermutigt und hilft beim Ausgeben der Materialien.

Zwei weitere Personen (Studenten) beobachten das Schüler- und Lehrerverhalten und fixieren es in einem vorgegebenen Kategoriensystem.

Während der Spielphase steht den Schülern ein weit gefächertes Angebot von Aktivitäten zur Verfügung, von dem sie nach eigener Wahl Gebrauch machen können.

### *Versuchspersonen*

Die Versuchspersonen sind Schüler einer Schule, die einer Kinder- und Jugendpsychiatrie angegliedert ist. Von den ursprünglich 15 einbezogenen Jungen aus zwei Klassen nehmen neun Schüler über die gesamte Versuchsdauer an dem Programm teil. Ihr Alter streut zwischen 12 und 15 Jahren, ihr IQ zwischen 80 und 120. Testbefunde (Benton, GFT, DCS) erhärten die Annahme einer minimalen Hirschädigung.

### *Beobachtungsverfahren*

Das Schülerverhalten wird in fünf Verhaltensklassen kategorisiert, die nach *Cruickshank* für minimal hirngeschädigte-verhaltensgestörte Kinder kennzeichnend sein sollen:

- Selbststimulierung ‚fein‘ (SEf)
- Selbststimulierung ‚grob‘ (SEg)
- Soziales Störverhalten (St So)
- Ablenkbarkeit (A)
- Unterrichtsbezogenes Verhalten (UV)

Die Kategorien sind folgendermaßen definiert:

- Selbststimulierung ‚fein‘ (feinmotorische Reaktion auf innere Reize): Nägelbeißen, Daumenlutschen, Nasebohren, Kopfkratzen u. a.
- Selbststimulierung ‚grob‘ (grobmotorische Reaktion auf innere Reize): Kopf rhythmisch hin- und herbewegen, auf dem Stuhl schaukeln, mit dem Tisch wackeln, mit den Füßen scharren u. a.
- Störendes Sozialverhalten (physische, verbale und mimische Reaktionen, die das unterrichtsbezogene Verhalten anderer unterbrechen): schlagen, lächerlich machen, treten, nicht unterrichtsbezogenes Reden mit dem Nachbarn, Zunge rausstrecken, Arbeitsmittel anderer wegnehmen u. a.
- Ablenkbarkeit (Reaktion auf äußere irrelevante Reize): sich umdrehen, aus dem Fenster sehen, bei Geräuschen aufschauen, andere Arbeitsvorgänge oder Personen beobachten u. a.
- Unterrichtsbezogenes Verhalten (auf die jeweilige Unterrichtssituation bezogen): Aufgabenblätter ausfüllen, Lösungen vergleichen, Lösungsblatt holen u. a.

Eine Beobachtungsperiode für ein Kind besteht aus 10 Beobachtungsintervallen. Ein Intervall setzt sich aus zehn Sekunden Beobachtung und fünf Sekunden Protokollierung zusammen. Die Schüler werden in zufälliger Reihenfolge beobachtet.

Durch eine Beobachterschulung ist gesichert worden, daß Übereinstimmung zwischen 80 und 100 Prozent erzielt worden sind, wobei der Median bei 88 % liegt.

### *Raum- und Materialstrukturierung*

Die Klasse ist in zwei Zentren aufgeteilt: ein Arbeits- und ein Spielzentrum. Im Arbeitsraum werden die Arbeitstische so angeordnet, daß jeder Schüler an einem eigenen Arbeitstisch lernen kann. Der Erholungsraum ist mit stimulierenden Spielmaterialien, vorwiegend Gesellschaftsspielen für Zweier- bis Vierergruppen, angereichert. Außerdem befinden sich hier: Tische, Stühle, Schrank, Zeichenmaterial, Bücher. Arbeits- und Erholungszentrum sind durch eine Glaswand abgetrennt und durch eine Tür zugänglich.

Die Lernmaterialien werden nach individuellem Lernstand des minimal hirngeschädigten Schülers erstellt. Auf vorgefertigte Buchmaterialien kann nicht zurückgegriffen werden, weil sie nach *Cruickshank* hinsichtlich der Text- und Farbgestaltung sowie der Textanordnung unangemessene Stimuli darstellen. Die Aufgaben sind daher auf Arbeitskarten in halbprogrammierter Form zu präsentieren. Dabei werden die Karten so geordnet, daß jeweils ein DIN-A-5-Blatt eine Aufgabe enthält, die vom Schüler schriftlich zu bearbeiten ist. Auf dem nächsten Blatt sind die richtige Lösung und ein Vermerk gedruckt, mit welchem Aufgabenblatt fortzufahren ist.

## 3. Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt Verhaltensraten der Schüler in Prozent während der Grundrate und Experimentalphasen. Signifikante Unterschiede zwischen den Versuchsphasen sind nur hinsichtlich der Beobachtungsvariablen ‚Ablenkbarkeit‘ und ‚Unterrichtsbezogenes Verhalten‘ in beiden Lernbereichen gesichert worden. Für Selbststimulierung ‚fein‘, Selbststimulierung ‚grob‘ und störendes Sozialverhalten können statistische Unterschiede dagegen nicht nachgewiesen werden.

In der Beobachtungskategorie ‚Unterrichtsbezogenes Verhalten‘ sind hochsignifikante Unterschiede ( $p < .01$  nach *Wilcoxon*) nur zwischen den Phasen b und e gesichert worden, nicht jedoch zwischen den anderen zeitlichen Bedingungen. Bezogen auf die Variable ‚Ablenkbarkeit‘ haben sich zwischen allen experimentellen Bedingungen hochsignifikante Unterschiede ergeben. Alle Signifikanzen betreffen beide Lernbereiche.

Abbildung 1 verdeutlicht, daß unterrichtsbezogenes Verhalten von Phase b zu e stark ansteigt und von e zu e' leicht zurückgeht. Selbststimulierung ‚fein‘ und störendes Sozialverhalten nehmen tendenziell von Phase b zu e ab, von e zu e' wieder etwas zu, während Selbststimulierung ‚grob‘ und Ablenkbarkeit kontinuierlich über alle Phasen abzufallen scheinen. Nur einige der mitgeteilten Trends sind allerdings statistisch zu sichern; insbesondere innerhalb der Variablen „Selbststimulierung ‚fein‘“ und „Selbststimulierung ‚grob‘“ und „störendes Sozialverhalten“ lassen sich keine Signifikanzen er-

Tab. 1: Mittlere Verhaltensfrequenzen der Schüler in SEf, SEg, St So, A und UV unter den Bedingungen b, e, e', Sprache, Mathematik\*)

Bedingungen	Sprache			Mathematik							
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p nach Friedman	
N = 9											
Kategorien	b	e	e'	e	b	e	e'	e	e'		p nach Friedman
Selbststimulierung fein	35,1	19,2	24,9	16,2	30,7	16,2	23,1	16,2	23,1	n. s.	n. s.
Selbststimulierung grob	15,0	11,5	7,0	17,3	21,6	17,3	6,0	17,3	6,0	n. s.	n. s.
störendes Sozialverhalten	15,9	10,7	16,1	8,6	14,6	8,6	16,7	8,6	16,7	n. s.	n. s.
Ablenkbarkeit	27,7	19,0	7,4	21,4	34,0	21,4	8,6	21,4	8,6	p < .01	p < .01
	ab	ac	bc	df	de	df	ef	df	ef		
Unterrichtsbezogenes Verhalten	51,1	69,8	60,8	69,4	52,2	69,4	59,8	69,4	59,8	p < .01	p < .01
	g	g	h	h	h	h	h	h	h		

\*) Gemeinsame Buchstaben in verschiedenen Feldern zeigen signifikante Unterschiede (p &lt; .01) nach Wilcoxon an (Siegel 1956)

mitteln. Hinsichtlich der gesicherten statistischen Ergebnisse lassen sich also unsere Fragestellungen folgendermaßen beantworten:

1. Verhaltensänderungen im Unterricht bei minimal hirngeschädigten verhaltensgestörten Schülern sind unter den Bedingungen ‚Strukturierung‘ und ‚Verstärkersystem‘ hinsichtlich der Beobachtungsvariablen ‚Unterrichtsbezogenes Verhalten‘ und ‚Ablenkbarkeit‘ in den Lernbereichen Sprache und Mathematik zu sichern.
2. Ohne die ‚Verstärkungsbedingung‘ unter Einschluß der Strukturierungsbedingung ändert sich deutlich nur noch ‚Ablenkbarkeit‘; andere Verhaltensänderungen sind nicht mehr zu sichern.

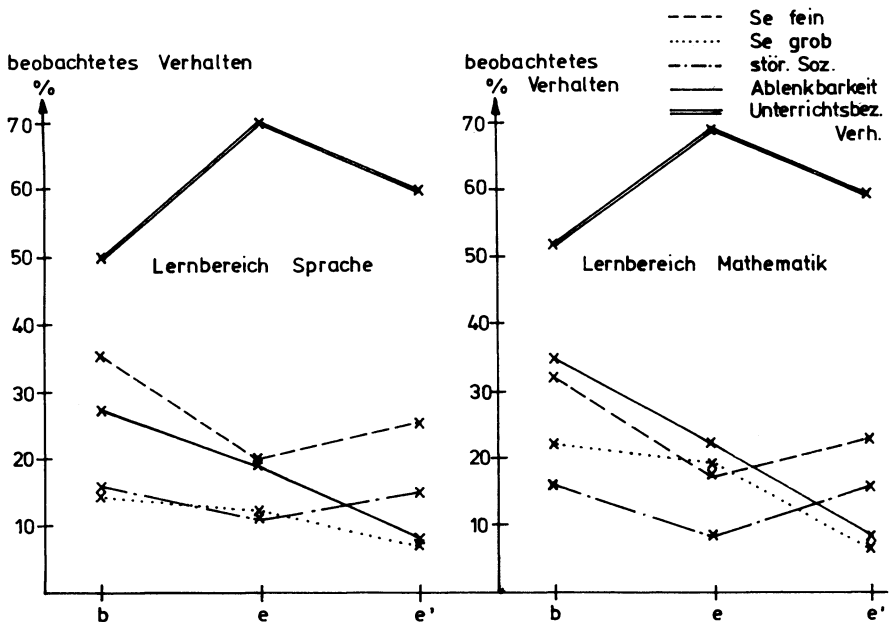


Abb. 1: Darstellung der prozentualen Häufigkeiten von SEf, SEg, StSo, A und UV unter den Bedingungen b, e, e' in zwei Lernbereichen

#### 4. Diskussion

Die vorliegende Studie hat insgesamt ergeben, daß Material- und Raumstruktur sowie Verstärkungsbedingungen einen Einfluß auf unterrichtsrelevantes Verhalten ausüben. Dabei ist die besondere Wirkung der Materialstruktur deutlich geworden: Die Ablenkbarkeit des Schülers wird kontinuierlich bei Einsatz vorstrukturierter halbprogrammierter Materialien abgebaut, auch wenn gezielte Verstärkungsmodalitäten ausbleiben. Das unterrichtsbezogene Verhalten dagegen scheint deutlicher von den Verstärkungsbedingungen verändert zu werden. Offensichtlich haben die eingeführten Variablen ‚Materialstruktur‘ und ‚Kontingenzsystem‘ bedeutsame Wirkungen im Unterricht mit diesen verhaltensgestörten Kindern; der simultane Einsatz beider Wirkgrößen

allerdings erzeugt erst ein optimales Verhaltensniveau. Damit wird deutlich, daß die Interventionsstrategie der Verhaltensmodifikation allein bzw. die Materialstrukturierung isoliert keine ausreichenden Verhaltensänderungen hervorruft. Die Vorstellung, nur mithilfe didaktischer Angebote Verhaltensstörungen abzubauen, scheint demnach unzureichend zu sein (vgl. dagegen *Cruickshank et al.* 1961). In diesem Sinne gewinnt der *Hewettsche* Ansatz hinsichtlich der Materialstrukturierung und des Bekräftigungssystems, nicht jedoch hinsichtlich der postulierten Entwicklungshierarchie an zunehmender Bedeutung. Es ist also möglich, ohne ein solches nicht verifiziertes und verifizierbares Entwicklungskonzept einer „Verhaltenssequenz“ auszukommen (vgl. dagegen *Schumacher* 1975).

In der vorliegenden Untersuchung ist versucht worden, unter anderen typische Merkmale der minimalen Hirnschädigung im Sinne von *Cruickshank* als Verhaltenskategorien zu operationalisieren (*Cruickshank* 1973, S. 36 ff.). Dabei hat sich gezeigt, daß insbesondere die Merkmale SEf und SEg wenig beeinflussbar sind. Mithilfe der vorgelegten Daten ist jedoch die Relevanz dieser Merkmale für die Charakterisierung minimal hirngeschädigter Kinder im Unterricht nicht zu entscheiden. Verglichen mit dem beeinflussten Merkmal ‚Ablenkbarkeit‘ sind die Merkmale SEf und SEg nicht inkompatibel zum unterrichtsbezogenen Verhalten; sie können also gemeinsam auftreten. Damit ist zu erklären, daß unter der Strukturierungsbedingung wohl die Ablenkbarkeit, nicht aber SEf und SEg verändert worden sind. Daß auch unter der Verstärkungsbedingung SEf und SEg sowie störendes Sozialverhalten nicht modifiziert worden sind, kann dadurch erklärt werden, daß allein die Verhaltenskategorie ‚Unterrichtsbezogenes Verhalten‘ verstärkt worden ist.

Die Ergebnisse des dargestellten Experimentes haben natürlich nur einen begrenzten Geltungsbereich, da schulische Unterrichtsbedingungen dem kontrollierten Einsatz von Interventionsmaßnahmen oft entgegenstehen. So ist es nicht möglich gewesen, über so lange Zeit hinweg mit einem Fremdkontrollgruppendesign weitere interessierende Variablen (z. B. Schulleistung) an einer größeren Population zu untersuchen. Insgesamt ermutigen uns jedoch die Ergebnisse, die aufgegriffenen pädagogischen Konzepte weiter zu untersuchen und auch bei anderen Zielgruppen verhaltensgestörter Schüler zu erproben.

## Literatur

- Bittner, G., Ertle, Ch. und Schmid, V.* (1974): Gutachten und Studien der Bildungskommission 35, Deutscher Bildungsrat, Sonderpädagogik 4: Verhaltensgestörte, Sprachbehinderte, Körperbehinderte. Stuttgart: Klett
- Cruickshank, W. M., Bentzen, F. A., Ratzeburg, F. H. und Tannhauser, M. T.* (1961): A teaching method for brain-injured and hyperactive children. Syracuse: Syracuse University Press
- Cruickshank, W. M.* (1973): Schwierige Kinder in Schule und Elternhaus. Berlin: Marshall
- Hallahan, D. P. und Kauffman, J. M.* (1976): Introduction to Learning Disabilities, A Psycho-Behavioral Approach. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall

- Hewett, F. M.* (1968): The emotionally disturbed child in the classroom. Boston: Allyn and Bacon
- Hewett, F. M.* und *Forness, St. R.* (1974): Education of Exceptional Learners. Boston: Allyn and Bacon
- Quay, H. C.* (1968): The facets of educational exceptionality: A conceptual framework for assessment, grouping, and instruction. *Exceptional Children* 35, S. 25–32
- Schumacher, G.* (1975): Neues Lernen mit Verhaltensgestörten und Lernbehinderten – Der durchstrukturierte Klassenraum. Berlin: Marhold
- Siegel, S.* (1956): Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw-Hill

*Anschrift der Verfasser:*

Dr. *Heinz Neukäter*, Dr. *Herbert Goetze*  
Pädagogische Hochschule Ruhr, Fachbereich II (Heilpädagogik)  
Seminar für Verhaltensgestörtenpädagogik  
(Direktor: Prof. Dr. *K.-H. Benkmann*)  
Kreuzstr. 155, 4600 Dortmund



### Untersuchung zum sprachlichen Gebrauch der Begriffe Krüppel und Körperbehinderter

Von *Helmut Bernsmeier*

#### 1. Einleitung

Seit Umbenennung der „Hilfsschule“ in „Sonderschule für Lernbehinderte“ in den sechziger Jahren konnten die Vorurteile, die gegenüber diesem Schultyp in der Bevölkerung bestanden, kaum abgebaut werden (*von Bracken*, 1976, S. 298 ff.).

Vorurteile bestehen aber nicht nur gegenüber den Schulen Behinderter, sondern in erheblich größerem Maße gegenüber den Behinderten selber. Die Anstrengungen, die in den letzten Jahrzehnten zum Abbau dieser Vorurteile unternommen wurden, waren nur in geringem Maße erfolgreich. Auch am Beispiel der Begriffe Krüppel und Körperbehinderter kann diese Feststellung nachvollzogen werden.

#### 2. Die Begriffe Krüppel und Körperbehinderter in der sonderpädagogischen Terminologie

##### 2.1. Forderungen nach Ablösung des Begriffs Krüppel

*Carl von Kugelgen*, der mit sechzehn Jahren seinen rechten Arm verlor, wendet sich in seinem 1919 erschienenen Buch „Nicht Krüppel – Sieger!“ gegen den Ausdruck Krüppel, weil hiermit alte Vorstellungen wie Bettelei verbunden würden. Auch weise der Begriff einen häßlichen und verächtlichen Klang auf (S. 61). *Kugelgen* fühlte sich seit dem Verlust seines Armes als Gezeichneter, da er nicht mehr der ästhetischen Norm der Gesellschaft entsprach. „Der Einzelne wird am Bilde der Volksmassen gemessen und, wenn Wesentliches fehlt, mit dem Ausdruck ‚Krüppel‘ gestraft, der hier ganz im alten Sinn des Minderwertigen gebraucht wird. (. . .) Daher wollen wir, deren Körper das Beil des Schicksals getroffen hat, nicht Krüppel heißen“ (S. 64 f.).

Anfang dieses Jahrhunderts existierte noch kein akzeptabler und vollwertiger Ersatzbegriff für den angeprangerten, mit Vorurteilen besetzten Terminus.

## 2.2. Das Festhalten am Begriff Krüppel in der sonderpädagogischen Terminologie in Ermangelung eines geeigneten Synonyms

*Konrad Biesalski* (1915) schreibt in seiner „Krüppelfürsorge“: „Niemand stoße sich an dem Worte ‚Krüppel‘; die Fachleute haben vergeblich sich bemüht, einen Ersatz zu finden! ‚Kriegsbeschädigt‘ klingt besser, aber es deckt nicht den Begriff, den man meint; denn auch ein Mann, der ein Auge oder sein Gehör verloren oder sich ein dauerndes inneres Leiden zugezogen hat, ist beschädigt und doch nicht verkrüppelt. Hierunter versteht man eine schwer (!) Beeinträchtigung der Bewegungsmöglichkeiten und der Körperhaltung. Es gibt nur ein Mittel, über dieses Wort hinwegzukommen, nämlich umzulernen und nicht unter einem Krüppel ein abschreckendes Jammerbild zu verstehen (. . .). Es gibt kein Krüppeltum, wenn der eiserne Wille vorhanden ist, es zu überwinden!“ (S. 3 f.).

Krüppel ist zu dieser Zeit sowohl ein neutraler wissenschaftlicher Terminus als auch ein Pejorativ; das *Grimmsche Deutsche Wörterbuch* gibt darüber Auskunft, daß der Begriff Krüppel schon im 15. Jahrhundert negativ und im verschlechternden Sinn gebraucht wurde.

Ein Ersatzwort konnte in den ersten beiden Jahrzehnten unseres Jahrhunderts nicht gefunden werden. Wollte man das Pejorativ Krüppel vermeiden, galt es auf Begriffe auszuweichen, die aber nur einen Teil des gemeinsamen Inhalts abdecken.

*Edith Salburg* versucht den Begriff Krüppel in ihrem 1916 erschienen Roman „Die für die Heimat bluten“ weitgehend zu vermeiden, wenn sie den physischen und psychischen Wandlungsprozeß eines verzweifelten Kriegsbeschädigten beschreibt. *Salburg* zieht Termini wie Rollstuhlfahrer oder Invaliden vor, ohne dabei aber ganz auf Krüppel zu verzichten.

Diese Ersatzbegriffe sind zwar nicht mit Vorurteilen besetzt, decken sich aber inhaltlich auch nicht völlig mit dem, was das Wort Krüppel beinhaltet. Die Inklusion Krüppel und Invaliden ist nicht in allen Kontexten austauschbar, obwohl eine teilweise gemeinsame Umgebung besteht.

So konnte *Hans Würtz*, der sich sehr für die Beibehaltung von Krüppel eingesetzt hatte, darauf hinweisen, daß bisher (1931) kein Ersatzwort gefunden werden konnte. „Der Ausdruck Krüppel kennzeichnet treffend die Seele des Krüppels“ (Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik, 1931, unter Krüppelfürsorge).

## 2.3. Körperlich-Gebrechlicher und Körperbehinderter als Synonyme

2.3.1. Aber bis zu diesem Zeitpunkt waren seit längerem Bemühungen unternommen worden, ein Äquivalenz zu finden, um den vorurteilsbesetzten Ausdruck auszutauschen. In der 1925 erschienenen statistischen Untersuchung in Baden wird nicht mehr von Krüppel, sondern vom Körperlich-Gebrechlichen gesprochen (Die Gebrechlichen in Baden . . . , S. 59 ff.). Als Körperlich-Gebrechliche werden Personen angesehen, deren Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkt ist, oder deren Körperform von der Norm erheblich abweicht.

2.3.2. Etwa zur gleichen Zeit taucht auch der Terminus Körperbehinderter auf. Es hatte sich der „Selbsthilfebund der Körperbehinderten (*Otto-Perl-*

*Bund*) e. V.“ konstituiert, der sich mit einer Anzeige in dem 1926 erschienenen Buch von Otto Perl vorstellt. Aber der Selbsthilfebund verzichtet auch noch nicht auf das Wort Krüppel, wenn es heißt: „Der Selbsthilfebund der Körperbehinderten (. . .) ist eine Arbeitsgemeinschaft von erfahrenen Krüppeln und hilfsfreudigen Gesunden (. . .)“ (*Perl*, nach S. 57). Beide Begriffe stehen gleichwertig nebeneinander.

*Otto Perl* spricht zwar auch von Gehbehinderten (S. 35), dennoch herrscht bei ihm die Verwendung Krüppel vor; sogar der Selbsthilfebund der Körperbehinderten wird von ihm als „Krüppelhilfe“ (S. 35, 53) bezeichnet.

#### 2.4. Zur Ablösung des Begriffs Krüppel durch Körperbehinderter in der sonderpädagogischen Terminologie

Die Wort-Neu-Bildung Körperbehinderter taucht also erstmals um 1925 auf, wie schon *Barbara von Pawel* (1977, S. 74) angenommen hat; jedoch muß die Ablösung von Krüppel viel später angesetzt werden, da *Würtz* noch 1931 an dem für ihn nicht pejorativen Begriff festhält.

*Peter J. Briefs* verwendet Krüppel noch in den Aufsätzen, die in den dreißiger und vierziger Jahren erschienen: „Berufliche Erziehung jugendlicher Krüppel“ (1930), „Krüppeltum und Familiengründung“ (1932), „Krüppeltum und Jugendreife“ (1940).

Dennoch muß sich der Ausdruck Körperbehinderter schon in der Sprache der Sonderpädagogen eingebürgert haben, denn er taucht schon 1928 im Titel des Aufsatzes von *Fritz Müller* auf und ebenso in der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre bei *Groß* (1936) und *Sasse* (1937).

Man kann wohl davon ausgehen, daß in der fachwissenschaftlichen Sprache der Sonderpädagogen nach 1945 endgültig das vorurteilsfreie Wort Körperbehinderter verwendet wird.

### 3. Die Verwendung der Begriffe Krüppel und Körperbehinderter in der nicht-sonderpädagogischen Terminologie

#### 3.1. Im Lexikon der Pädagogik

Im „Lexikon der Pädagogik“ von 1954 sucht man vergeblich nach dem Stichwort Körperbehinderter. Unter dem Stichwort Krüppelfürsorge findet sich der Verweis auf Gebrechlichenfürsorge, wobei Gebrechlicher als Äquivalenz zu Körperbehinderter auftritt, letzteres aber keine Anwendung findet.

#### 3.2. In der juristischen Fachsprache

Im „Gesetz über die Fürsorge Körperbehinderter. . .“ vom 27. 2. 1957 wird dagegen nur vom Körperbehinderten gesprochen. Um den zahlreichen Kriegsbeschädigten die Eingliederung zu erleichtern, konnte man von staatlicher Seite nicht auf vorurteilsbesetzte Termini zurückgreifen; auch wollte man diese Menschen nicht als Krüppel, als Minderwertige ansehen, hatten sie doch ihre Gesundheit für den Staat geopfert.

### 3.3. In Deutschen Wörterbüchern

Wenn oben gezeigt werden konnte, der Ausdruck Körperbehinderter habe sich seit 1945 gegenüber anderen Termini durchgesetzt, so muß man diese Aussage auf die Fachsprache der Sonderpädagogen beschränken. Es ist zu fragen, in wie weit die neue Terminologie bis in andere Bereiche der deutschen Sprache vordringen konnte. Dies mag ein Blick in Wörterbücher der Deutschen Sprache gestatten, die wohl am besten Auskunft über den Sprachgebrauch geben können.

In den alten Wörterbüchern aus dem vorigen und dem Beginn dieses Jahrhunderts sucht man vergeblich nach Körperbehinderter (*J. H. Campe*, 1808; *D. Sanders*, 1871; *J. und W. Grimm*, 1873; *M. Heyne*, 1892; *Fr. L. K. Weigand*, 1909). Da die Wort-Neu-Schöpfung, wie oben ausgeführt, erst Anfang der zwanziger Jahre erfolgte, war hiermit auch nicht zu rechnen. Aber in den Wörterbüchern, die seit den fünfziger Jahren aufgelegt wurden, sieht es nicht viel besser aus. In folgenden Nachschlagewerken fehlt die Eintragung Körperbehinderter völlig oder, im Falle des *Synonymwörterbuchs* (1973) taucht der Begriff nicht als Synonym von Krüppel auf:

*F. Dornseiff*: Der deutsche Wortschatz, 1959<sup>5</sup>

*Herders Sprachbuch*: Ein neuer Weg zum guten Deutsch, 1973

*Wehrle-Eggers*: Deutscher Wortschatz, 1961<sup>12</sup>

*K. Peltzer*: Das treffende Wort, 1964<sup>8</sup>

*Duden-Taschenbücher* Bd. 2: Wie sagt man noch? , 1968

*Der Große Duden* 10: Bedeutungswörterbuch, 1970

*Synonymwörterbuch*, 1973

Von großer Bedeutung für den normalen Sprecher ist das Fehlen des Begriffs in den weitverbreiteten Wörterbüchern, wenn er einen anderen und besseren Begriff für Krüppel sucht und keinen angeboten findet. Dies hat natürlich im gesamten deutschen Sprachraum Folgen für die sprachliche Verwendung des Pejorativs bei denjenigen, die mit der deutschen Sprache und ihren Produkten von Berufs wegen zu tun haben (siehe 2.4–2.6).

Dennoch taucht in einigen Wörterbüchern der Deutschen Sprache der Ausdruck Körperbehinderter auf:

*G. Wahrig*: Deutsches Wörterbuch, 1968

*Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache*, 1961 ff., hier 1969

*L. Mackensen*: Deutsches Wörterbuch, 1967

*Der Große Duden* 8: Sinn- und sachverwandte Wörter, 1972

*Synonymwörterbuch*, 1973

Das *Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache* (1969) weist den Ratsuchenden immerhin auf die pejorisierende Verwendung von Krüppel hin, wenn es heißt: „Krüppel, oft abwertend Mensch mit mißgestalteten oder fehlenden Gliedmaßen, Körperbehinderter“ (unter Krüppel). Ebenso das *Duden-Taschenbuch* Bd. 15: Wie sagt man anderswo? (1972).

Die Durchsicht der gängigsten und am weitesten verbreiteten Wörterbücher zeigt, daß sich der Begriff Körperbehinderter bisher kaum in der Normalsprache durchsetzen konnte. Normalsprache durchsetzen konnte, daß immer noch mit dem von Vorurteilen besetzten Wort Krüppel gearbeitet wird und werden muß.

### 3.4. In der Dichtung der Gegenwart

In der „schönen Literatur“ und der Wissenschaft, die sich mit ihr beschäftigt, wird ebenfalls der Begriff Krüppel dem Begriff Körperbehinderter vorgezogen.

3.4.1. In dem 687 Seiten langen Roman von *Günter Herburger* *Flug ins Herz* (1977) kommen neben anderen Behinderten viele Körperbehinderte vor; fast ein ganzes Kapitel wird dem Spastiker *Alexander* und einer Gruppe von Rollstuhlfahrern gewidmet (Kapitel 9). Das Erstaunliche ist, daß *Herburger* in seinem Hauptwerk nicht ein einziges Mal den Terminus Körperbehinderter verwendet, auch dann nicht, wenn er seine Hauptfigur erzählen läßt.

Am häufigsten findet der Begriff Krüppel, manchmal abwechselnd auch Oberkrüppel, Anwendung:

„Der Krüppel lachte auf seine lautlos keuchende Weise“ (S. 290); „Der Krüppel hat mir den Schlüssel gegeben und ist auf der anderen Seite des Autos eingestiegen, ganz allein“ (S. 291); „Erstaunlich schnell saß er (*Alexander*; H. B.) in seinem Karren und trieb mit den Händen die doppelten Räder an, um endlich in das Reich zu gelangen, das er sich mit anderen, gleichfalls Verkrüppelten und Benachteiligten, erschlossen hatte“ (S. 294); „Der Oberkrüppel befahl mir, die Uniform auszuziehen“ (S. 295); eine Frau „komme oft hierher, wie auch andere Krüppel, Epileptiker und ehemalige Bombengeschädigte aus dem Krieg“ (S. 296); „Vor Begeisterung hatte der Oberkrüppel immer klarer gesprochen, auch trocken. (. . .) Ängstlich sahen die Krüppel aneinander vorbei, scharrrten und zuckten mit ihren wehen Gliedern“ (S. 312); „Die Krüppel freuten sich“ (S. 314).

Daneben werden die Ausdrücke Spastiker („Manchmal beklagte sich sein Vater, daß ein Spastiker so viel koste“, S. 301), Behinderter („Behinderte in ihren Wägelchen (. . .)“, S. 295; „Nur Schund und Dreck werden hier abgegeben, als ob Behinderte (. . .) nicht wüßten, was hübsch aussehe“, S. 296; „Er ist ein Spastiker, ein Behinderter“, S. 305), Verstümmelter, Rollstuhlfahrer verwendet, aber auch Rüttler, Krampfiger und Schüttler: „(. . .) fuhr der Sohn des Hauses herein, jener Rüttler und Krampfige, der sich von Kindheit an nicht richtig bewegen und kaum sprechen konnte“ (S. 156); „Bevor ich mehr erklären konnte, schwang sich der Oberschüttler, ein bärtiger Kerl, (. . .) in ein Wägelchen, das zu surren begann und schnurrend auf mich zulief“ (S. 294 f.).

*Herburger* hat als Erzähler einen Arbeiter mit einem überdurchschnittlichen Wortschatz und einem ausgezeichneten Sprachtalent gewählt, so daß der Terminus Körperbehinderter gewiß hätte Eingang finden können.

Der Autor läßt eine Tontechnikerin folgendes über Mongoloide sagen: „Es seien Mongos (. . .). Begriffen? Mongoloide! Idioten, Stammler, Sabberer, Gehirnerweichte, Ausgestoßene in einem Heim (S. 510).

Im Anschluß an diese Ausführungen in vorurteilsbesetzter Sprache knüpft der Erzähler wieder an und fährt fort: „Die Mongos trugen Kopfhörer (. . .). Einige Idioten mußten (. . .) sich gegenseitig festhalten. (. . .) Ein Idiot, dann zwei, drei rissen ihre Hemden auf, die Hosen und streckten ihre bleichen Bäuche vor (. . .)“ (S. 510 f.).

Dieser Sprachgebrauch wird kaum auf einen Abbau von Vorurteilen gegenüber Behinderten hinwirken, obwohl *Herburger* die soziale Lage, in der die Behinderten stecken, genau erkannt und analysiert hat.

3.4.2. Der österreichische Schriftsteller und *Georg-Büchner-Preisträger* von 1970, *Thomas Bernhard*, erklärte in seinem Stück „Ein Fest für Boris“ Körperbehinderte zu Helden. *Bernhard* verzichtet ebenfalls auf die Verwendung des Wortes Körperbehinderter und spricht von Krüppeln und Beinlosen in Rollstühlen, die z. T. im Krüppelasyll leben. In den Regieanweisungen heißt es: „In der Mitte ein langer Tisch, an dem die Gute, Johanna, jetzt auch beinlos, und dreizehn beinlose Krüppel in Rollstühlen sitzen“ (S. 64); „Die Diener holen die Geschenke vom Geschenktisch und türmen sie vor Boris auf, vor Staunen murmelnde Krüppel“ (S. 90); „Krüppel rüttelt Boris mehrere Male“ (S. 107).

In diesen Regieanweisungen hätte *Bernhard*, ohne inhaltliche Einschränkungen seines Stückes hinnehmen zu müssen, den vorurteilsfreien Ausdruck Körperbehinderter anwenden können.

### 3.5. Bei Literatur- und Teaterkritikern

Nach der Uraufführung dieses Stückes 1970 in Hamburg und nach einer ausgezeichneten Inszenierung 1973 in München wurde es in mehreren Tages- und Wochenzeitungen besprochen. In sechs untersuchten Besprechungen fand der Begriff Körperbehinderter nicht einmal seine Anwendung! Obwohl man bei Kritikern eine überdurchschnittliche sprachliche Fähigkeit voraussetzen kann, blieben alle ohne Ausnahme an den vom Autor *Bernhard* vorgegebenen Ausdrücken haften. Als Synonyme für Krüppel treten Invaliden, Kranker, Amputierter, Beinloser auf. Selbst wenn schauspielerische Leistungen gewürdigt werden, blieb man an dem vorurteilsbesetzten Vokabular haften.

Die Rezensenten scheinen den Begriff Körperbehinderter nicht zu kennen, d. h. er fehlt in ihrem aktiven Wortschatz. Hier einige Beispiele: „Fünfzehn beinlose Krüppel hocken in ihren Rollstühlen beim Mahl.“ Die Gute, die bei einem Unfall ihre Beine verlor, lebt mit dem „erbärmlichsten und häßlichsten“ Krüppel, dem sabbernden, aufgedunsenen Boris zusammen (*Der Spiegel*).

Der Rezensent zitiert in diesem Fall nicht den Begriff Krüppel aus *Bernhards* Vorlage, sondern nur seine Eigenschaften, um dann den Ausdruck selbst einzusetzen. Ähnlich: „Wir singen“, sagt der älteste Krüppel zur Gastgeberin, „oder wir denken an Selbstmord.“ (*Frankfurter Rundschau*).

„Als verkrüppelter Vetter des Blechtrommlers Oskar Matzerath trommelt sich Boris auf einer Blechtrommel zu Tode (. . .)“ (*Frankfurter Allgemeine Zeitung*).

„Lazarus feiert ein Gelage in der Vorhölle (. . .): Das meint die Verkrüppelten und Obdachlosen, die Ausgestoßenen und Verkommenen, meint ihr Schicksal und ihren kleinen Rest Dasein, der übrig geblieben ist, eher verachtens – denn lebenswert. (. . .) Wenn Redl ( der den Boris spielt; H. B.) die Krüppelhaftigkeit bis in die Schultern zieht, wenn er das Gesicht zur weißen Fratze macht, wenn er frißt und glotzt“ (*Die Welt*).

„(. . .)dieses Fest, von der Dame für ihren unförmigen, fressenden, beinlos im Rollstuhl sich fläzenden Mann Boris gegeben, wobei als Gäste dreizehn beinlos und auch sonst debile Krüppel im Rollstuhl fungieren (. . .)“ (*Die Zeit*).

Bei den Gästen handelt es sich keineswegs um geistig Behinderte, wie *Henning Rischbieter* annimmt. Er verfällt ebenfalls dem weitverbreiteten Vorurteil, körperlich behinderte Menschen wären auch geistig behindert, ein Vorurteil, das in der Bevölkerung häufig auftritt.

*Reinhard Baumgart* (*Süddeutsche Zeitung*) möchte den Ausdruck Krüppel vermeiden und hat ihn nur einmal benutzt; aber auch er kann nicht auf den vorurteilsfreien Ersatzbegriff zurückgreifen.

Im Klappentext zu *Hermann Hesses* Roman „Gertrud“ heißt es: „Der junge Musiker, durch einen Unfall fast zum Krüppel geworden, findet durch dieses Leid zu künstlerischer Schaffenskraft (. . .)“.

Den vielen tausend Lesern dieser Taschenbuchausgabe – Innerhalb von drei Jahren (1973 – 1975) wurden achtundsechzigtausend Exemplare verkauft – wird ebenfalls der vorurteilsbesetzte Ausdruck präsentiert; dabei verzichtet der Herausgeber gleichzeitig auf die Möglichkeit einer Veränderung des sprachlichen Bewußtseins der Leser. Diese Ausgabe ist wegen des niedrigen Preises besonders jungen Menschen zugänglich, gegenüber denen es angebracht wäre, vorurteilsfreie Begriffe zu verwenden, zumal hier kein inhaltlicher Zwang besteht. Kuhn als Krüppel zu titulieren.

### 3.6. Bei Literaturwissenschaftlern

An eine andere Leserschaft wenden sich *Alois Hofmann* (1966) und *Walter Falk* (1977), die *Thomas Manns* Jugenderzählung „Der kleine Herr Friedemann“ von 1896 untersuchen.

Johannes Friedemann fiel als Säugling vom Wickeltisch, wodurch er sich eine körperliche Behinderung zuzog, unter der er sehr zu leiden hatte. Als Heranwachsender schuf er sich eine künstliche Welt, in der er anscheinend problemlos ein glückliches Leben führen konnte. Mit ungefähr dreißig Jahren lernte Johannes Friedemann Gerda von Rinnlingen kennen, verliebte sich in diese Frau. Er wird aber von ihr „mit einem kurzen, stolzen, verächtlichen Lächeln“ (S. 78) weggestoßen, woraufhin sich Friedemann das Leben nahm.

*Thomas Mann*, in Ermangelung eines besseren Ausdrucks, bezeichnet Johannes Friedemann als Krüppel (S. 60, 74). Aber auch die Literaturwissenschaftler *Hofmann* und *Falk* bleiben an dem vorgegebenen Pejorativ haften.

„In der Novelle ‚Der kleine Herr Friedemann‘ hat sich der dreißigjährige Krüppel eine eigene Welt fast geräuschlosen Gleichklangs und erreichbarer Freuden geschaffen“ (*Hofmann*, S. 173, auch 176).

*Falk* schreibt, Frau von Rinnlingen lädt „den Krüppel sogar zu einem gemeinsamen Gang durch den Park ein“ (S. 73, auch 72).

#### 4. Zusammenfassung

Bereits im zweiten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts wird von Körperbehinderten die Forderung aufgestellt, den vorurteilsbesetzten Begriff Krüppel durch einen geeigneteren zu ersetzen.

Die Wort-Neu-Schöpfung Körperbehinderter, die Anfang der zwanziger Jahre dieses Jahrhunderts erfolgte, kann sich nur allmählich durchsetzen und wird weiterhin gleichwertig neben Krüppel verwendet. Nach 1945 löst Körperbehinderter das Wort Krüppel in der Fachsprache der Sonderpädagogen ab, ohne sich aber im allgemeinpädagogischen und allgemeinen Sprachgebrauch durchzusetzen. Deutsche Wörterbücher, die dem Sprecher eine möglichst umfangreiche sprachliche Vielfalt anbieten sollten, lassen häufig die Neu-Schöpfung missen und beharren auf dem überholten Terminus.

Besonders betroffen sind hiervon normale Sprecher und Schüler, an die sich die Duden-Nachschlagewerke wenden. Verwunderlich ist auch, daß umfangreiche und weitverbreitete Wörterbücher, die sich „*Das treffende Wort*“, „*Deutscher Wortschatz. Ein Wegweiser zum treffenden Ausdruck*“ (!), „*Herders Sprachbuch. Ein neuer Weg zum guten Deutsch*“ nennen, so erhebliche Lücken aufweisen.

Aber auch die Personen, die von berufswegen mit der Sprache zu tun haben, Schriftsteller, Literaturwissenschaftler und -kritiker, scheinen das Wort Körperbehinderter nicht in ihren aktiven Wortschatz aufgenommen zu haben.

Anfangs wurde darauf hingewiesen, daß die Umbenennung von Hilfsschule in Sonderschule für Lernbehinderte keinen Abbau von Vorurteilen gegenüber diesen Schulen und ihren Schülern bewirken konnte. Zu fragen wäre, in wieweit der neue Terminus überhaupt in das sprachliche Bewußtsein eindringen konnte. Solange vorurteilsfreie Termini nicht angewendet werden, solange an alten und überholten Ausdrücken festgehalten wird, solange müssen es die Pädagogen als ihre Aufgabe ansehen, die vorurteilsfreien Begriffe in die Diskussion und damit in den Sprachgebrauch zu bringen. Vordringlich an den Personenkreis, zu dessen Tätigkeit der Umgang mit Sprache gehört – etwa an die in den Massenmedien Tätigen – sollte die Aufgabe stärker herangetragen werden, mitzuhelfen, auf diesem Gebiet eine Veränderung herbeizuführen, besonders im Hinblick auf das von der UNO ausgeforderte Jahr der Behinderten 1981.

#### Literatur

- Anonym: Spur des Todes. Bernhard-Stück „Ein Fest für Boris“ in Hamburg. In: Der Spiegel Nr. 28, 6. Juli 1970, S. 113
- Baumgart, R.: Der Pomp des Elends. In: Süddeutsche Zeitung, 20. Februar 1973
- Bernhard, T.: Ein Fest für Boris. Frankfurt: Suhrkamp 1970<sup>2</sup> (edition suhrkamp 440)
- Biesalski, K.: Kriegskrüppelfürsorge. Ein Aufklärungswort zum Troste und zur Mahnung. Leipzig: Voss 1915
- v. Bracken, H.: Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen. Berlin: Marhold 1976



- Campe, J. H.*: Wörterbuch der deutschen Sprache. Braunschweig: Schulbuchhandlung 1808
- Dornseiff, F.*: Der deutsche Wortschatz nach Sachgruppen. Berlin: de Gruyter & Co. 1959<sup>5</sup>
- Duden, der Große, Bd. 8: Sinn- und sachverwandte Wörter. Wörterbuch der treffenden Ausdrücke. Mannheim/Wien/Zürich: Bibliographisches Institut 1972
- Duden, der Große, Bd. 10: Bedeutungswörterbuch. Mannheim/Wien/Zürich: Bibliographisches Institut 1970
- Duden-Taschenbücher Bd. 2: Wie sagt man noch? Sinn- und sachverwandte Wörter und Wendungen. Mannheim/Wien/Zürich: Bibliographisches Institut 1968
- Duden-Taschenbücher Bd. 15: Wie sagt man anderswo? Mannheim/Wien/Zürich: Bibliographisches Institut 1972
- Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. Halle: Marhold 1931 (2. völlig neu bearbeitete Auflage).
- Falk, W.*: Der kollektive Traum vom Krieg. Epochale Strukturen der deutschen Literatur zwischen „Naturalismus“ und „Expressionismus“. Heidelberg: Winter 1977
- Gebrechliche in Baden im Jahre 1925 auf Grund amtlichen Materials mit 7 Karten. Bearbeitet und hg. v. Badischen Statistischen Landesamt. Karlsruhe: Macklot 1928
- Gesetz über die Fürsorge Körperbehinderter und von einer Körperbehinderung bedrohter Personen (Körperbehindertengesetz) vom 27. 2. 1957 Zit. n.: Zeitschrift für Heilpädagogik, 8. Jg. 1957, S. 230–235
- Grimm, J. und Grimm W.*: Deutsches Wörterbuch. Bd. 5. Leipzig: Hirzel 1873
- Groß, W.*: Das Rassenpolitische Amt der NSDAP über die Aufgaben des Reichsbundes der Körperbehinderten. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 29, 1936, S. 5–13
- Herburger, G.*: Flug ins Herz. Roman. Darmstadt/Neuwied: Luchterhand 1977
- Herders Sprachbuch. Ein neuer Weg zum guten Deutsch. Freiburg/Br.: Herder 1973 (neu bearbeitet)
- Hesse H.*: Gertrud. Roman. Reinbeck: Rowohlt 1975<sup>4</sup> (rororo 1664)
- Heyne, M.*: Deutsches Wörterbuch. 2. Bd. Leipzig: Hirzel 1892
- Hofmann, A.*: Dostojewskij und Thomas Manns erste Novellen. In: G. Wenzel (Hg.): Betrachtungen und Überblicke. Zum Werk Thomas Manns. Berlin/Weimar: Aufbau 1966, S. 169–189
- v. *Kügelgen, C.*: Nicht Krüppel – Sieger! Gedanken und Erfahrungen eines Einarmigen. Langensalza: Beyer 1919
- Leier, M.*: Gastmahl im Schandhaus. Thomas Bernhards Bühnenerstling „Ein Fest für Boris“. In: Die Welt, 1. Juli 1970
- Lexikon der Pädagogik in 4 Bänden. Freiburg/Br.: Herder 1954
- Mann, T.*: Der kleine Herr Friedemann. Erzählungen Bd. 1. Frankfurt: Fischer 1976<sup>3</sup>, S. 57–78 (Fischer Taschenbücher 1591)
- Mackensen, L.*: Deutsches Wörterbuch. München: Südwest 1967<sup>5</sup> (verbesserte und erweiterte Auflage)
- Michaelis, R.*: Elegie für fünfzehn Rollstühle. Thomas Bernhards erstes Stück „Ein Fest für Boris“ in Hamburg uraufgeführt. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 1. Juli 1970
- Müller, F.*: Grundlegendes zur Heilpädagogik jugendlicher Körperbehinderter. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 21, 1928, S. 136–142
- v. *Pawel, B.*: Körperbehindertepädagogik. In: U. Bleidick u. a.: Einführung in die Behindertenpädagogik Bd. 2. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz: Kohlhammer 1977, S. 74–92
- Perl, O.*: Krüppeltum und Gesellschaft im Wandel der Zeit. Gotha: Klotz 1926
- Peltzer, K.*: Das treffende Wort. Wörterbuch sinnverwandter Ausdrücke. Thun/München: Ott 1964<sup>8</sup>
- Rischbieter, H.*: Beifall für Bernhards Boris. In: Die Zeit, 3. Juli 1970
- Salburg, E.*: Die für die Heimat bluten. Roman einer Seele. Dresden: Reißner 1970
- Sanders D.*: Wörterbuch deutscher Synonyme. Hamburg: Hoffmann & Campe 1871
- Sasse R.*: Körperbehinderte lernen schwimmen. Leipzig: Voss 1937
- Schmidt, D. N.*: Ein Traum von Unabhängigkeit. Thomas Bernhards schwieriges „Fest für Boris“. . . In: Frankfurter Rundschau, 23. Februar 1973

Synonymwörterbuch. Sinnverwandte Ausdrücke der deutschen Sprache. Leipzig: VEB Verlag Enzyklopädie 1973

*Wahrig, G.*: Deutsches Wörterbuch. Gütersloh: Bertelsmann 1968

*Wehrle-Eggers*: Deutscher Wortschatz. Ein Wegweiser zum treffenden Ausdruck. Stuttgart: Klett 1961<sup>12</sup>

*Weigand, F. L. K.*: Deutsches Wörterbuch. 1. Bd. Gießen: Töpelmann 1909<sup>5</sup>

Wörterbuch der Deutschen Gegenwartssprache. Hg. v. *Ruth Klappenbach* und *W. Steinitz*. Berlin/DDR: Akademie 1961 ff.

*Anschrift des Verfassers:*

*Helmut Bernsmeier*  
Institut für Neuere Deutsche Literatur  
Am Krummbogen 28 A  
3550 Marburg

# Begrenzende Faktoren sozialer Integration und Prävention sekundärer Neurotisierung bei Behinderten

Von Jörn Greve

## 1. Einführung

Der Rückkopplungsmechanismus zwischen neuropsychologischer Entwicklung und sozialer Stimulation ist nicht nur eine These der sowjetischen Psychologie (*Leontjew, Luria* 1969), sondern auch eine belegbare Folgerung aus tierexperimentellen Deprivationsversuchen (*Harlow, Harlow* 1965). Außerdem vermitteln auch die Ergebnisse der Lerntheorie die Bedeutung sozialer Imitation, Interaktion und die Wichtigkeit sekundärer sozialer Verstärker (*Bandura* 1969, 1976).

Über den Extremfall menschlicher Deprivation im frühen Kindesalter haben wir außer den tödlich endenden Deprivationsexperimenten Friedrich II. von Sizilien (Lit. s. *Peiper* 1949), der Biographie Kaspar Hausers und den fragwürdigen, aber sehr interessanten Zeugnissen über Wolfskinder (*Singh* 1964) keine exakten Unterlagen.

Die Wolfskinder zeigten als Verhaltensabweichungen das Überwiegen von Vermeidungsreaktionen – auch auf positive soziale Zuwendung.

Diese Symptomatik findet sich ebenfalls beim Autistischen Syndrom (*Gottwald, Redlin* 1975, *Harbauer et al.* 1976, *Rutter* 1971), bei dem eine Wahrnehmungsstörung causal-ätiologisch diskutiert werden kann (*Rutter* 1971, *Hermelin, O'Connor* 1970).

Außerdem zeigten die Wolfskinder Wahrnehmungsstörungen im takto-taktilen Bereich und bei komplexerer Reizdiskriminierung. Die beschriebenen Verhaltensdevianzen einschließlich Selbststimulation treten unter folgenden tierexperimentellen Bedingungen auf:

- a) beim Fehlen der Gegenwart der Mutter in neuen Situationen
- b) bei der Unwirksamkeit des Draht-Mutter-Surrogats in diesen Situationen im „stage of sensitivity“ (*Harlow, Harlow* 1965) oder der Prägungsphase (*Ploog, Gottwald* 1974).

Ähnliche Verhaltensdefizite sind auch z. B. in Abhängigkeit vom operativen Ausmaß bei fronto-temporaler Lobektomie (*Pribram, Luria* 1973) zu verzeichnen. Es entsteht eine Unfähigkeit, soziale Komplexmuster zu erkennen und eigene Signale der Umgebung zu vermitteln, weil das Ausdrucksverhalten reduziert ist. Auch bei schweren cerebralen Dysfunktionen bei behinderten Kindern begrenzt der Differenzierungsgrad des Reiz-Antwort-Verhaltens die Möglichkeit des sozialen Feedback (*Greve* 1976).

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, daß die Basis für die soziale Interaktion eine relative Intaktheit der perzeptiven Funktionen und die Fähigkeit zur Vermittlung motivationaler Impulse ist.

Daraus ergeben sich zusammengefaßt folgende Faktoren für die soziale Integration Behinderter:

1. die Fähigkeit zur Signal-Perzeption (neuropsychologischer Innenfaktor)
2. die Fähigkeit zur Signalbeantwortung durch die Differenzierung des Reiz-Antwort-Verhaltens (neuro-ethologischer Innenfaktor)
3. die Fähigkeit der Umwelt, adäquat auf diese Verhaltensänderungen zu reagieren und ein Korrespondenzverhalten anzubahnen (sozial-psychologischer Außenfaktor)
4. dieses Korrespondenzverhalten müßte mit den sensiblen Phasen eingeleitet sein, um die Entwicklung perceptiver Funktionen nicht zu gefährden und eine sekundäre Neurotisierung früh zu vermeiden (Innen-Außenfaktor-Relation)

Für die frühe Prävention sekundärer Neurotisierung (*Stutte, v. Bracken 1969*) ist die Berücksichtigung der genannten Faktoren, insbesondere die Beziehung zwischen Innen- und Außenvariablen wichtig.

## 2. Regulation der Innenfaktoren (Frühtherapie)

Frühtherapie (Anbahnung neurophysiologischer Bewegungsmuster, sensorisches Training, Ergotherapie) versucht einen den Defiziten der Behinderung adäquaten Signalfluß zu fascilitieren (*Bobath 1967, Vojta 1974*).

Diese Methoden der Innenfaktorregulierung versuchen, den Folgen möglicher neuro-dendritischer Fehlsprossung (*Haase 1976, Llinas 1973*) und fehlerhafter Signalverarbeitung vorzubeugen und Kompensative Mechanismen in den zerstörten Zellgebieten aufzubauen.

Werden diese Vorgänge lerntheoretisch interpretiert, zeigt sich, worauf die Beobachtungen tatsächlich hinweisen (s. u.), daß nämlich therapeutische Effekte vergeblich sind, wenn keine Fortsetzung der therapeutischen Konsequenzen im häuslichen Milieu oder im weiteren sozialen Umfeld erfolgt.

Eine Löschung des erlernten Verhaltens oder eine irreversible sekundäre Neurotisierung wäre die Folge (*Patterson 1971, Sharp, Wetzel 1975*). Lerntheoretische Überlegungen zum sensomotorischen Training liegen jedoch nicht vor (Hinweise finden sich bei *J. P. Pawlow* in den Auseinandersetzungen mit den Befunden von *Bechterew, 1954*).

Wie ist es möglich, eine adäquate Außen-Innenfaktor-Relation herzustellen und wie könnte man sekundären Neurotisierungsprozessen vorbeugen?

## 3. Die Außenfaktoren (Sozialfaktoren des engeren Rahmens)

Es erscheint angesichts sozio-kultureller Änderungen als nostalgisch, den Austragungsort der Prävention ausschließlich im Bereich der Kleinfamilie zu suchen (*Pechstein 1974*). Gerade dieser Bereich muß aber zur Aufarbeitung neurotisierender Faktoren herangezogen werden, um eine Verhaltensstabilisierung zu erreichen (*Innerhofer et al. 1974, Patterson 1971*).

Die Langzeitbeobachtungen von *Köng* (1975) deuten darauf hin, in welcher Weise ein negatives Feedback sich in diesem Bereich für den Behinderten auswirkt. Die Autorin stellte einen Stillstand therapeutischer Interventionsergebnisse und eine faßbare neurologische Verschlechterung fest, als es innerhalb der Familie Zwistigkeiten gab.

Inadäquate mütterliche Stimulation kann sogar neurologische Symptome, wie Spastizität, hervorrufen, ganz abgesehen davon, daß sich der Entwicklungsquotient erniedrigt (*Spitz* 1973).

Der Autor dieses Artikels hat in einer eigenen Studie auf die Bedeutung elterlicher Variablen für Verhaltensdefizite hingewiesen und diese Faktoren näher beschrieben (*Greve* 1977).

Aus diesen Ausführungen ergibt sich die Notwendigkeit, möglichst früh zu einer entsprechenden Innen-Außenfaktor-Relation zu kommen, die das weitere soziale Umfeld einbezieht.

Dies könnte nur mit der größtmöglichen, frühen Teilnahme der Eltern Behinderter an den Sozialaktivitäten des Umfeldes erreicht werden.

#### 4. Die Innen-Außenfaktor-Relationen (Sozialfaktoren des weiteren Rahmens)

Die sozialintegrativen Modelle und staatlichen Bemühungen um Eingliederung (BSGH § 40,1 Abs. 8, AVEH, 1976) fordern eine maximale Teilnahme an den Aktivitäten des sozialen Umfeldes, um dadurch gesellschaftlicher Isolation und sekundärer Neurotisierung (§ 39,2 BSHG) vorzubeugen.

Es gibt eine Reihe sozial-integrativer Modelleinrichtungen in den Niederlanden, Schweden, Italien sowie in Berlin und der Bundesrepublik.

Jedes dieser Modelle hat seine sozio-ethnologisch-historischen Hintergründe, die die Reaktionen des sozialen Umfeldes mitbestimmen und von ihnen auch mitbestimmt werden, und damit die Variablen ausmachen, die die soziale Partizipation begrenzen.

Trotz der relativen Vielzahl der integrativen Modelle bleiben sie für das Gesamtproblem der Behinderten irrelevant, weil sie strukturgemäß regional begrenzt sind. Somit können eher Illusionen bezüglich der sozialen Partizipation entstehen. Sie sind auch in sich als Modelleinrichtung zu begrenzt und lassen keine Folgen für eine allgemeine Prävention bzw. Partizipation Behinderter auf breiterer Basis erkennen.

Das Italienische Modell (z. B. *Milani-Comparetti* 1976, *Basaglia* 1973) entstand angesichts einer vergleichsweise nahezu „unterentwickelten“ Nachkriegssituation mit einem relativ geringen Grad der Industrialisierung sowie der relativen Intaktheit der Großfamilienstruktur. Die sozialpolitischen Aktivitäten basieren auf Selbsthilfe und lassen Spielraum für einen hohen Anteil an Freiwilligkeit, Selbstverwaltung und Eigeninitiative, so daß soziale Integration eine partielle Realität ist.

Diese Voraussetzungen machen das Italienische Modell auf die hiesigen Verhältnisse unübertragbar.

*Hellbrügges* Münchener heilpädagogisches Modell (1974) hatte extreme Schwierigkeiten, für seine Kindergruppen die Teilnahme gesunder Kinder zu erwirken. Schließlich waren es die Kinder seiner Mitarbeiter, die teil-

nahmen. Außerdem sah dieses Modell ein Aufnahmealter erst ab 3. Lebensjahr vor. Zu diesem Zeitpunkt könnte aber eine neurotisierende Entwicklung und die soziale Isolation der Eltern, die kaum an der heilpädagogischen Konzeption beteiligt waren, bereits eingesetzt haben. Dieses Modell hat also keinen frühpräventiven Charakter.

Das Friedenauer Modell (1975) ist eine seit 1971 bestehende Elterninitiative. Die Eltern begannen mit individuell-antiautoritären Gruppenkonzepten bereits bei einem Kindesalter von 18 Monaten. Die Familien-Sozialstruktur ist seit der Gründung nahezu gleichbleibend mit einem Anteil der unteren Sozialschicht von etwa 10%. Der Behindertenanteil unterschiedlichster Graduierung beträgt bei dem Modell nicht einmal 40%.

Diese Situation und der immense einzeltherapeutische Aufwand sind gesellschaftlich irrelevant.

Beide deutschen Modelle (auch das Modell in Pasing 1973) sind mittelklassenorientiert. Wie aber sieht es im weiteren sozialen Umfeld aus? Gibt es eine kognitive und operante Basis für soziale Integration?

## 5. Die aktuelle Situation

Die Literaturübersicht zu Ergebnissen über Einstellungen zu Behinderten ist beschämend. Mit besserem Sozialstatus scheint das Umfeld kognitiv einer Integration positiv gegenüberzustehen. Eine Korrelation zwischen sozialer Distanz und kognitiver Akzeptierung läßt sich aus der Literatur aber nicht ersehen (*Scherer-Zürndorf* 1976). Die Aufhebung der sozialen Distanz zum Behinderten wäre aber eine Voraussetzung für die Integration.

Es gibt noch andere Faktoren, die die Innen-Außen-Relation beeinflussen:

Die sozialen Unterschichten sind vermehrt mit Problemen der Behinderung konfrontiert: es findet sich eine erhöhte Geburts-Risikobelastung (*Hommers, Kendall* 1976), eine Häufung von Verhaltensstörungen (*Essen, Peckham* 1976) und eine sozial determinierte ungünstigere Schulentwicklung (*Bell et al.* 1976). Diese Fakten ließen sich sämtlich auf den höheren ökonomischen Stress (*Gleiss, Abholz* 1973) zurückführen, der differenziertes Soziallernen ausschließt.

Statistische Aufarbeitung der Sozialdaten zeigt, daß im Gegensatz zur verallgemeinernden positivistischen Darstellung die gesellschaftliche Entwicklung bezüglich der Sozialstrukturen stationär ist (*v. Ferber* 1975).

Daher könnte die durch das BSHG geschaffene ökonomische Entlastung der Unterschicht-Behindertenfamilie eher eine doppelte Alibifunktion haben: die Familien an die betreuenden Institutionen zu binden und das soziale Distanzverhalten des weiteren sozialen Umfeldes noch zu verstärken.

Herr *Krais*, Präsident des Bundesverbandes für Spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte, umschreibt diese Situation als eine größere Abhängigkeit sowohl vom Therapeuten als auch von den (staatlichen) Institutionen, die Selbsthilfe und Spontankontakte des sozialen Umfeldes reduzieren.

## Literatur

- Bandura, A.*: Principles of behavior modification. New York, Sydney (*Holt, Rinehart and Winston*) 1969
- Bandura, A.*: Lernen am Modell. Stuttgart (*Klett*) 1976
- Basaglia, F.*: Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Frankfurt/M. (*Suhrkamp*) 1973
- Bell, A. E., Aftanas, M. S., Abrahamson, D. S.*: Scholastic progress of children from different socio-economic groups. *Develop. Med. Child Neurol.* 18, 717–727, 1976
- Bobath, B.*: The very early treatment of cerebral palsy. *Develop. Med. Child Neurol.* 9, 373–390, 1967
- BSHG, AVEH Bundessozialhilfegesetz vom 21. 5. 1962 (GVBL Sb II 2170-2) mit Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe (AVEH) vom 13. 2. 1976 (GVBL 366) in: Dienstblätter der Bundesländer
- Essen, J., Peckham, C.*: Nocturnal enuresis in childhood. *Develop. Med. Child Neurol.* 18, 577–589, 1976
- v. *Ferber, C.*: Sozialwissenschaftliche Theorien der psychiatrischen Praxis; in: *Kisker, K. P., Meyer, J. E., Müller, C., Strömgen, E.*: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. III, 39–80. Berlin, Heidelberg, New York (*Springer*) 1975
- Friedenauer Modell in: Frühbehandlung und Integration behinderter Kleinkinder. Therapiezentrum Friedenau 1975 (Eigenpublikation)
- Gleiss, I., Seidel, R., Abholz, H.*: Soziale Psychiatrie. Frankfurt/M. (*Fischer*) 1973
- Gottwald, P., Redlin, W.*: Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. Göttingen, Toronto, Zürich (*Hogrefe*) 1975
- Greve, J.*: Problems of visual perception in severe brain dysfunction. Diskussionsbeitrag ICPS-Seminar Groningen Februar 1976 (zur Veröffentlichung eingereicht): Ein Beitrag zur Symptomen-genese des Autistischen Verhaltens. Die Eltern-Kind-Beziehung (unveröffentlicht)
- Haase, J.*: Haltung und Bewegung und ihre spinale Kontrolle; in: *Haase, J., Henatsch, H. D., Jung, R., Strata, P., Thoden, U.*: Sensomotorik, 99–191. (Physiologie des Menschen Bd. 14) München, Berlin, Wien (*Urban und Schwarzenberg*) 1976
- Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P.*: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York (*Springer*) 1976
- Harlow, H. F., Harlow, M. K.*: The affectional systems; in: *Schrier, A. M., Harlow, H. F., Stollnitz, F.*: Behavior of nonhuman primates. Vol. II, 287–334. New York. London (*Academic Press*) 1965
- Hellbrügge, Th. z. B.* in: *Prell, S., Link, P.*: Das Münchener Modell der schulischen Integration behinderter und nichtbehinderter Kinder. *Zschr. f. Heilpädagogik* 10, 619–644, 1974
- Hermelin, B., O'Connor, N.*: Psychological experiments with autistic children. London (*Pergamon Press*) 1970
- Hommers, M., Kendall, A. C.*: The prognosis of very low-birthweight infants. *Develop. Med. Child Neurol.* 18, 745–752, 1976
- Innerhofer, P., Müller, G. F.*: Elternarbeit in der Verhaltenstherapie. Sonderheft 1/1974 Mitteilungen der GVT (Herausgeb.: *Gottwald, P., Egetmeyer, A.*), München 1974
- Köng, E.*: Plastizität des Gehirns als Grundlage der neurophysiologischen Therapie. *der Kinderarzt*, 9, 903–906, 1975
- Krais, R.* in: Das Band (Organ des Bundesverbandes für Spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e. V. Düsseldorf) I, 1–5, 1977
- Leontjew, A. N.*: Der historische Aspekt bei der Untersuchung der menschlichen Psyche; in: *Hiebsch, H.*: Ergebnisse der sowjetischen Psychologie, 1–44. Stuttgart (*Klett*) 1969
- Llinás, R., Hillman, D. E., Precht, W.*: Neuronal circuit reorganization in mammalian agranular cerebral cortex. *J. Neurobiol.* 4, 69–94, 1973
- Luria, A. R.*: Die Entwicklung der Sprache und die Entstehung psychischer Prozesse; in: *Hiebsch, H.*: Ergebnisse der sowjetischen Psychologie, 465–546. Stuttgart (*Klett*) 1969

- Milani-Comparetti, A.*: The co-operation of parents and doctors in the treatment of children. International Cerebral Palsy Society (ICPS) Seminar Münster Oktober 1976
- Pasing in: *Ullner, K., Ullner, R.*: Repressionsfreie Erziehung von behinderten und nicht-behinderten Kindern im Vorschulalter. Rheinstetten (*Schindele*) 1973
- Patterson, G. R.*: Behavioral intervention procedures in the classroom and in the home; in: *Bergin, E. A., Garfield, S. L.*: Handbook of psychotherapy and behavior change, 751–775. New York, London, Sydney (*John Wiley*) 1971
- Pawlow, I. P.*: Sämtliche Werke. (insbes.: Bd. III/2, 463 ff.; Bd. V, 371 ff.) Berlin (*Akademie-Verlag*) 1954
- Pechstein, J.*: Umweltsabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung. Stuttgart (*Thieme*) 1974
- Peiper, A.*: Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeit. Leipzig (*Thieme*) 1949
- Plöog, D., Gottwald, P.*: Verhaltensforschung. München, Berlin, Wien (*Urban und Schwarzenberg*) 1974
- Pribram, K. H., Luria, A. R.*: Psychophysiology of the frontal lobes. New York. London (*Academic Press*) 1973
- Rutter, M.* (Hrsg.): Infantile autism: concepts, characteristics and treatment. Edinburgh, London (*Churchill Livingstone*) 1971
- Scherer-Zürndorf, U.*: Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten. Köln (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 1976
- Singh, I. A. L.*: Die Wolfskinder von Midnapore. Heidelberg (*Quelle und Meyer*) 1964
- Spitz, R. A.*: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart (*Klett*) 1973
- Sutte, H., v. Bracken, H.*: Vernachlässigte Kinder. 3. Beiheft Heilpäd. Forschung 1969
- Tharp, R. G., Wetzel, R. J.*: Verhaltensänderung im gegebenen Sozialfeld. Fortschritte der klinischen Psychologie; 7. München, Berlin, Wien (*Urban und Schwarzenberg*) 1975
- Vojta, V.*: Die cerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Stuttgart (*Enke*) 1974

*Anschrift des Verfassers:*

OA. Dr. med. Jörn Greve  
 Hephata, Hessisches Diakoniezentrum  
 3578 Schwalmstadt-Treysa

**Zum Gedenken**

*Kurt Prautzsch*

17. 7. 1890 bis 21. 4. 1978

Am 21. April 1978 verstarb im Alter von 87 Jahren Dr. Phil. *Kurt Prautzsch*, emeritierter Professor der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg und ehemaliger Direktor des Instituts für Sonderschulpädagogik. Mit ihm verliert die Hilfsschullehrerschaft der DDR eine verdienstvolle Persönlichkeit, die sich über die Landesgrenzen hinaus internationale Anerkennung erworben hat. *Kurt Prautzsch* wurde im Jahre 1949 die Ehre zuteil, am Internationalen Kongreß für Heilpädagogik in Amsterdam teilzunehmen.

*Kurt Prautzsch* wurde am 17. Juli 1890 in Werderthau/Saalkreis als Sohn eines Dorfschullehrers geboren. Nach Absolvierung des Lehrerseminars Elsterwerda unterrichtete er noch vor Beginn des 1. Weltkrieges in Annaburg/



Kr. Torgau. Seit 1919 stand er im Schuldienst der Stadt Halle a. d. Saale, wo er sich für die schwere Arbeit mit schwachsinnigen Kindern entschloß und 1922 die Hilfsschullehrerprüfung bestand. Von 1924 bis 1930 studierte er an der Universität Halle Psychologie, Geschichte und Geographie, um abschließend bei Prof. *Theodor Ziehen* mit einer Arbeit über den Willensvorgang bei Schwachsinnigen zu promovieren.

Nach 1945 kam *Kurt Prautzsch*, der zwischendurch als Studienrat für Geschichte und als Referent für Sonderschulen in Sachsen-Anhalt tätig gewesen war, in den Hochschuldienst. Im Jahre 1949 wurde er auf den neuerrichteten Lehrstuhl für Sonderpädagogik berufen und somit Begründer des Instituts für Sonderschulwesen, das sich fortan in mehrsemestrigen Studiengängen der Ausbildung von Hilfsschulpädagogen widmete. Das in den berühmten *Franckeschen Stiftungen* untergebrachte Institut bedeutete für ihn den Höhepunkt seiner Lebensleistung. Als Hochschullehrer bemühte sich *Kurt Prautzsch* ständig, seine in zwanzigjähriger Praxis gewonnenen Erfahrungen an die künftige Lehrergeneration weiterzugeben. In Verbindung mit den Professoren *Pönitz* (Psychiatrie) und *Barczy* (Budapest; Heilpädagogik) baute er am Fundament einer modernen Rehabilitationspädagogik. Von 1950 bis 1956 erschienen aus dem Hallenser Institut mehrere Beiträge zu den theoretischen Grundlagen der Hilfsschulpädagogik, zum Problem der Auslese und zur Lernschwäche des Hilfsschulkindes.

Alle, die ihn kannten, wußten um seine humanistische Haltung und das Verständnis, das er in väterlicher Weise den studentischen Nöten entgegenbrachte. Er gehört mit seinem Freund *Max Enke* zu denjenigen Pädagogen, die zur Errichtung der Grundmauern für das Hilfsschulwesen der DDR beigetragen haben.

Seinen Freunden, Kollegen und ehemaligen Studenten wird *Kurt Prautzsch* als liebenswerter und vorbildlicher Hochschullehrer der alma mater halensis unvergessen bleiben.

## Heilpädagogische Dokumentation

*Schriftleitung:* Dr. Richard v. Premerstein, Fachrichtung Heil- und Sonderpädagogik der Universität, Schwanallee 50, 3550 Marburg

- 1 *Sproll, Heinz: Studien zur sozio-ökonomischen Struktur von Randgruppen in Baden im 19. und 20. Jahrhundert. Die staatliche und verbandliche Fürsorge und kath. Pastoration an Gehörlosen 1780–1939. (Studies on the socio-economic structure of fringe groups in Baden in the 19th and 20th centuries). Bern und Frankfurt/M. (Lang) 1975 (Europäische Hochschulschriften XXI – Sozialökonomie Bd. 2) 489 S., 108 Lit.-Ang.*

Infolge ihres Defektes werden *Gehörlose* zu einer „Randgruppe“. Der Verfasser stellt die Bemühungen um die Eingliederung von Gehörlosen in Baden dar. Da die Verbesserung der Sozialchancen durch Gehörlosenschulen allein nicht möglich war, versuchte dies der „Verein für badische Taubstumme“ (gegr. 1903) durch berufliche, schulische und religiöse Fortbildung schulentlassener Gehörloser. Aber auch in der pastoralen und karitativen Tätigkeit der Kirche, die in Baden um 1900 begann, sieht der Verfasser eine Möglichkeit, die Gehörlosen in die Gesellschaft zu integrieren.

R. v. Premerstein, Marburg

- 1 *Atzesberger, Michael: Nachruf auf Eugène Rethault (1902–1977). (Obituary for E. Rethault). Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 47, 1978, 86–87.*

Als Lehrer an einer Eingeborenenerschule in Algier und mit 26 Jahren Regionalschulinspektor studierte *Rethault* zusätzlich Medizin. Nachdem ihm 1944 eine geistigbehinderte Tochter *Sylvette* geboren wurde, widmete er sich ganz der medizinischen und pädagogischen Behandlung geistiger Behinderungen. Er entwickelte eine Nachreifungstherapie, gründete 1963 eine Behinderten-Organisation „Fondation *Sylvette Rethault*“ und richtete Beratungen für Eltern und Erzieher ein. Seine Erfahrungen legte er in Zeitschriftenveröffentlichungen und in seinem Buch „Le Mongolisme“ Paris 1973 nieder. *Rethault* starb am 18. Dezember 1977 in Juvardail bei Angers, Frankreich.

R. v. Premerstein, Marburg

- 1 *Lennhoff, F. G.: The first thirty years. An autobiographical study. (Die ersten dreißig Jahre. Eine autobiographische Studie). Shotton Hall Publications (Harmer Hill, Shrewsbury SY 4 3DW, England) 1975. 162 S.*

Dies Buch berichtet nicht nur sehr interessant über die ersten Jahrzehnte des Lebens von *F. G. Lennhoff* (11. 10. 1903 bis 16. 3. 1975), die der bedeutende Verhaltensgestörten-Pädagoge in Berlin verbrachte. Es gewährt auch einen lebendigen Einblick in die Arbeit der von *Lennhoff* gegründeten „Zugscharen“ für schwierige Jugendliche während der Weimarer Republik. Man könnte diese Arbeit überschreiben „Jugendliche helfen Jugendlichen“, und zwar unter der Ägide warmherziger Erwachsener, die durch die Jugendbewegung geprägt waren und von *Alfred Adler*, *August Aichhorn* u. a. gelernt hatten. Das Buch ist eine Kostbarkeit der Geschichte der Heil- und Sonderpädagogik, die auch für die gegenwärtige Praxis von Bedeutung ist.

Helmut von Bracken, Marburg

- 2 **Muth, Jakob** (Hrsg.): **Sonderpädagogik 1 – Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung.** (*Special Pedagogics 1 – Statistics on the handicapped, early recognition and help*). Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission Band 25. 186 Seiten. 1973. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.

Die Schrift enthält 3 Gutachten. *A. Sander* spricht über „Die statistische Erfassung von Behinderten in der Bundesrepublik“ und bringt Angaben über „die Häufigkeit und Verbreitung der sonderschulbedürftigen Behinderten in Westdeutschland“. Als Quellen für Materialgewinnung kamen in Betracht: Reihenuntersuchungen an Stichproben unausgelesener Vollzeitschulpflichtiger, Statistiken des Sonderschulbesuchs, amtliche Behindertenstatistiken (für Lernbehinderte, geistig Behinderte, Verhaltensgestörte, Blinde, Sehbehinderte, Gehörlose, Schwerhörige, Sprachgestörte, Körperbehinderte und langfristige Kranke) sowie Schätzungen durch Experten. – *O. Speck* erörtert das Thema „Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder“. Es werden Aufgaben einer Frühpädagogik genannt, die sich im wesentlichen auf primär somatisch geschädigte Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren beziehen. Anschließend diskutiert *G. Klein* „Die Frühförderung potentiell lernbehinderter Kinder“, vor allem die vorschulische Förderung.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 2 **Familie und Wohnen. Analysen und Empfehlungen zur Wohnungsversorgung der Familien und zur Förderung familiengerechten Wohnens in der Bundesrepublik Deutschland.** (*The family and housing. Analyses and recommendations on the housing of families and on the demand for suitable family housing in West Germany*). Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit. Band 20 der Schriftenreihe des Ministeriums. 166 Seiten. 1975. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz.

Das Gutachten gliedert sich in folgende Kapitel: Wohnen als wesentliche Rahmenbedingung für die Sozialisationsleistungen der Familie – Anforderungen an ein familiengerechtes Wohnen – Wohnungsversorgung und Wohnungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland (kritische Würdigung) – Das Reformprogramm (des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit).

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 2 **Pechstein, Johannes:** **Sonderpädagogik 6 – Sozialpädagogische Zentren für behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder.** Zur organisatorischen Lösung neuropsychopädiatrischer Aufgaben der Frühdiagnostik und Frühtherapie. (*Special Pedagogics 6 – Social pedagogical centres for handicapped children and those developmentally at risk*). Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission Band 53. 102 Seiten. 1975. DM 15,-. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.

Der Verfasser, ein Kinderarzt, hat im Ausschuß Sonderpädagogik der Bildungskommission mitgearbeitet und stellt fest, daß die für das frühe Kindesalter notwendigen Initiativen zur „pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ interdisziplinär orientiert sein müssen. – Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit allgemeinen Voraussetzungen einer ärztlichen Frühbetreuung (u. a. Instrumentarium der Prävention, Früherkennung, Durchführung „lerntherapeutischer“ Maßnahmen). – Der zweite Abschnitt handelt von Aufgaben und Organisation der institutionalisierten Frühziehung. – Im dritten Abschnitt beschreibt der Verfasser „das Modell des kinderneurologischen Zentrums, Institut für Soziale Pädiatrie des Landes Rheinland-Pfalz in Mainz“. – Das Literaturverzeichnis enthält 356 Titel. Ein Verzeichnis nennt die wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Zentrum von 1971 bis 1974.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 2 *Fachwörterverzeichnis für Jugendhilfe und Jugendrecht. Teil II: Psychologische, psychiatrische, heil- und sonderpädagogische Fachausdrücke. (Table of specialised vocabulary for juvenile help and juvenile law. Part III: Expressions in psychology, psychiatry, remedial and special pedagogics).* Neubearbeitet von *H. Stutte* und *H. Renschmidt*, unter Mitarbeit von *J. Schneider*. 192 Seiten. 4. Auflage 1977. DM 5,50. Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e. V. – Bundesvereinigung – 3000 Hannover 71, GandhisträÙe 2.

Das Fachwörterverzeichnis „verfolgt die Absicht, den auf den Gebieten der Jugendhilfe und des Jugendrechts Tätigen eine Handhabung zu liefern zum Verständnis von Fachausdrücken aus benachbarten Wissenschaftsbereichen“, wobei die „Praxisnähe oberstes Auswahlprinzip“ war. – Für die vorliegende 4. Auflage gilt ebenso, was im Vorwort der 2. und 3. Auflage (besorgt von *H. Stutte* und *H. von Bracken*) gesagt wurde: „Die Herausgeber sind durch praktische Berufs- und Lehrtätigkeit mit den hier terminologisch berücksichtigten Fachgebieten eng verbunden. Sie haben sich um eine von dogmatischen Lehrmeinungen freie eklektische und vieldimensionale Interpretation der Begriffe und schließlich auch um die Berücksichtigung tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Anschauungen bemüht“.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 2 *Kobi, Emil E.: Grundfragen der Heilpädagogik und der Heilerziehung. (Fundamental questions in remedial pedagogics and remedial teaching).* Schriftenreihe Erziehung und Unterricht, Heft 14. 316 Seiten. (2. Aufl.) 1975. DM 35,80. Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart.

Der Verfasser möchte eine „Allgemeine Heilpädagogik“ entwerfen, denn nach seiner Ansicht sind „die Verständigungsschwierigkeiten zwischen den verschiedenen Berufen und Berufungen, die allesamt im Dienst des gebrechlichen Menschen stehen . . . bereits so groß, daß der heilpädagogischen Theorie und der heilerzieherischen Praxis die Zersplitterung droht, noch ehe je einmal eine befriedigende Synthese und Überschau gelang“.

Unter „Heilpädagogik“ versteht der Verfasser „jene Sparte der Pädagogik, welche sich mit (dauernd oder über längere Zeit) beeinträchtigten Erziehungsverhältnissen beschäftigt“. „Heilerziehung“ wendet sich an Menschen, „welche in ihrer Erziehbarkeit, Erziehungswilligkeit, Erziehungsfähigkeit und Erziehungsmöglichkeit (durch Gebrechlichkeit, Beschränktheit, Gestörtheit, Verwahrlosung) behindert sind“ – und versucht, „in verengten, verarmten, verformten und brüchigen Erziehungsverhältnissen ihren erzieherischen Auftrag (der Verganzheitlichung, Erfüllung, Verbindung und Festigung) zu erfüllen“.

Der einleitenden „phänomenologischen Frage“ schließen sich diejenigen der „situativen“, „chronologischen“, „ätiologischen“, „teleologischen“, „methodischen“ und „dialogischen“ an. – Im Anhang befinden sich ein Sachwort-, Personen- und Literaturverzeichnis (mit 331 Titeln).

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 23 *Hans Iwert: Ablauftraining bei Sprechneurosen nach Helene Fernau-Horn. (Flow training for speech neuroses based on the Helene Fernau-Horn method).* 1 Tonbandkassette, 1 Übungsheft mit 16 Abb. und 2 vierfarb. Postern (60 x 80), zus. in einer Papprolle. DM 64,- Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1977

Mit dem Ruhe- und Ablauftraining gelang *Helene Fernau-Horn* seinerzeit ein bemerkenswerter Beitrag zur Therapie des Stotterns. Sie setzte dem bei Stotterern eingeschliffenen „Hemmungszirkel“ (mit den Gliedern negatives Erlebnis – Schreck/Angst – Atemhemmung – Tonhemmung – Sprechhemmung) in der Behandlung den „Ablaufzirkel“ (mit den Gliedern Gemütsruhe – Atemablauf – Tonablauf – Sprechablauf – positives Erlebnis) entgegen. Das Ermutigungs- und Ertüchtigungstraining schaffte im Stotterer die Gewißheit, daß er mit Hilfe des Ablaufes jederzeit sprechen konnte und nicht mehr zu stottern brauchte.

Dipl.-Psychologe *Hans Iwert* arbeitet nach diesem Konzept seit vielen Jahren mit stotternden Jugendlichen und Kindern. Er hat jetzt dazu Therapiematerial zusammengestellt, das dem „unerfahrenen Fachmann“ (Arzt, Psychologe, Sprachheilpädagoge, Logopäde) helfen soll, dieses Therapieverfahren autodidaktisch zu erlernen und „grundlegende technische Fehler im Ansatz und in der Durchführung zu vermeiden.“

Das Therapiematerial besteht aus einer Tonbandkassette, auf welcher die Worte des Therapeuten bei der Behandlung (der Einsatz seiner Stimmittel) aufgezeichnet sind, aus 2 Postern, die über den visuellen Eindruck die Ruhe einer unberührten Landschaft (Großer Arbersee im Bayrischen Wald) und den Ablauf einer unaufhaltsamen Wellenbewegung (Meeresbrandung an einer flachen Küstenlandschaft) dem Patienten vermitteln soll, und schließlich aus einem Übungsheft, welches den Behandlungsgang und die Kommentare dazu sowie eine kurze theoretische Einführung enthält.

*Iwert* adaptiert mit seiner Publikation ein bekanntes und bewährtes Therapieverfahren für den unmittelbaren Einsatz in der Praxis. Sehr eindrucksvoll sind die beiden Poster, welche das Wort des Therapeuten unterstützen. *Iwert* macht das ursprünglich für die Einzelbehandlung konzipierte Verfahren auch für die Gruppenbehandlung brauchbar. Der „unerfahrene Fachmann“ sollte freilich nicht versäumen, *Helene Fernau-Horns* Schriften, insbesondere „Die Sprechneurosen“, zu studieren.

*Walter Elstner*, Wien

- 26 **Entwicklungsphänomene, Pubertätsprobleme und sexualpädagogische Aufklärung behinderter Kinder und Jugendlicher.** (*The development phenomena, puberty problems and sexual instruction of handicapped children and adolescents*). Zusammengestellt von *K. J. Kluge*, hrsg. vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit. 188 Seiten (2. Aufl.) 1971, DM 12,60. G. Schindele Verlag, Neuburgweier.

Einleitend spricht *K. J. Kluge* über: Erste Erkenntnisse, Erfahrungen, Ableitungen und Ergebnisse aus medizinischen, psychologischen und sonderpädagogischen Fachgutachten zum Thema Pubertätsprobleme und sexuelle Aufklärung behinderter Kinder und Jugendlicher. Die folgende Dokumentation hat 3 Teile. Der erste Abschnitt enthält folgende Referate: *H. A. Paul*, Sozialbiologische Aspekte und medizinische Probleme in der Pubertätsentwicklung Behinderter; *G. Hardtmann*, Jugendpsychiatrische Urteile zu Pubertätsstörungen und Entwicklungsschwierigkeiten bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Im zweiten Abschnitt finden sich folgende Beiträge: *K. Dönhoff*, Psychologische Gesichtspunkte zu Entwicklungskrisen und -schwierigkeiten behinderter Kinder in ihrer Pubertät; *R. Lempp*, Psychische Störungen und Verhaltensstörungen in der Pubertät behinderter Kinder; *C. Dames*, Erfahrungen über Sexualdelikte erziehungsschwieriger und lernbehinderter Jugendlicher. Der dritte Abschnitt bringt folgende Referate: *W. Bachmann*, Sonderpädagogische Gesichtspunkte zur Sexualerziehung und Aufklärung behinderter Kinder in Familie und Kindergarten; *H. Wolfgart*, Der Beitrag der Sonderschule zur sexuellen Aufklärung und zur Vorbereitung behinderter Kinder auf Ehe und Familie – dargestellt am Beispiel körperbehinderter Kinder und Jugendlicher; *H. Lenzen*, Stand der Richtlinien, Erlasse und Durchführungsverordnungen zur sexuellen Aufklärung und zum Sexualunterricht an westdeutschen Sonderschulen.

*Richard G. E. Müller*, Glinde

- 29 **Wallner, Teut: Doppel- und mehrfachbehinderte geistig Behinderte in Schweden** (*Mentally retarded persons in Sweden with double or multiple handicaps*). Rehabilitation 12, 1973, 169–180, 1 Lit.-Ang.

Aus einer vom schwedischen Reichsamt für Gesundheits- und Sozialwesen im Mai 1972 durchgeführten Erhebung. Von Schwedens 35 000 geistig Behinderten (etwa 0,44% der Gesamtbevölkerung) leiden fast 12,5% an mindestens einer zusätzlichen Behinderung so schwerer Art, daß schon diese allein zur Einstufung als Schwerbehinderter ausreichen würde; fast 1% aller geistig Behinderten sind sogar vielfach behindert. Solche zusätzlichen Behinderungen sind: Körperbehinderungen, Seh- und Hörbehinderungen. Doppel- und Mehrfachbehinderte sind auch in Schweden meist in Heimen unter-

gebracht. Bemühungen um sinnvolle Beschäftigung (Schule, Beschützende Werkstätten) sind bei ihnen sehr erschwert.

*R. v. Premerstein, Marburg*

- 3 *AvéLallemant, Ursula: Der Wartegg-Zeichentest in der Jugendberatung. (The Wartegg Drawing Test in youth advisory service). 160 Seiten. 1978. DM 24,-. Reinhardt, München.*

Einleitend bringt *August Vetter* eine „systematische Grundlegung“ über die „erscheinungswissenschaftliche Auswertung des Wartegg-Zeichentests“ (WZT). Alsdann folgen zwei Abschnitte über die Anwendung des WZT und zwanzig Testbeschreibungen. Der abschließende Abschnitt beschreibt eine Kombination des WZT mit dem von der Verfasserin entwickelten „Sterne-Wellen-Test (SWT), ferner dem „Baumtest“ (BT) und dem Test „Familie in Tieren“ (FT). – Im Anhang finden sich Hinweise zu den Abbildungen und ein Register der Symbole und Stricharten.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 3 *Gottschaldt, Kurt: Psychologie des Programmierten Lernens. Experimentelle Untersuchungen über langfristige Lernverläufe nach Programm in der Schule. (The psychology of programmed learning). 242 Seiten. 1972. DM 32,-. Hermann Schroedel Verlag, Hannover/Berlin/Darmstadt/Dortmund.*

An den Untersuchungen nahmen der Verfasser und Arbeitsgruppen von 68 Psychologen und Lehrern sowie 70 Studenten (über einen Zeitraum von 1½ Jahren) teil. Zu dem programmierten Unterrichtsversuch wurden 244 Schüler (= P-Schüler) in 8 Klassen des 6. und anschließend des 7. Schuljahres herangezogen, deren Lernverhalten mit 220 konventionell unterrichteten K-Schülern (in 8 Klassen) verglichen wurde.

Hauptergebnisse: Von der Lerneffizienz her gesehen (und das stimmt mit allen vorhergehenden Berichten über die Lernerfolge mit Programmierter Unterricht [PU] überein) finden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Schülergruppen. Die P-Schüler werden im gleichen Maße wie die K-Schüler zu produktivem Denken und Transferleistungen angeregt. Es ist fraglich, ob der PU wirklich Zeitersparnisse gegenüber dem KU bringt; die Lerngeschwindigkeit der Schüler ist in beiden Gruppen fast gleich. Die Motivationshaltung der PU-Schüler kann jedoch im Laufe langfristiger Lernprozesse zu selbständiger Verhaltenssteuerung führen, was als wesentliche Auswirkung des PU anzusehen wäre.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 3 *Bullmer, Kenneth: Empathie. Ein programmierter Text zur Verbesserung der interpersonellen Wahrnehmungsfähigkeit. (Empathy. A programmed text for the improvement of inter-personal truth perception). Reihe „Psychologie und Person“ Band 21. 158 Seiten. 1978. DM 16,80. Reinhardt, München/Basel.*

Der (amerikanische) Autor definiert „Empathie“ (Einfühlung) als den „Prozeß, in dem jemand die Gefühle einer anderen Person (und deren Bedeutungen) genau wahrnimmt und der anderen Person dieses sein Verständnis – oder schärfer: diese seine Wahrnehmungen – auf sensible Art und Weise vermittelt“. – Das Buch enthält ein Lernprogramm (für die Verbesserung dieser interpersonellen Wahrnehmung) und ist so angelegt, daß es (im Selbsttraining) in etwa 8 Stunden bewältigt werden kann.

Die beiden ersten Kapitel vermitteln Hintergrundwissen und zeigen die häufigsten Fehlerquellen bei der Beurteilung anderer Menschen auf. Die folgenden drei Kapitel differenzieren und wenden die erworbenen Kenntnisse auf konkrete Gegebenheiten an mit dem Ziel, Handlungskompetenz zu entwickeln. Das letzte Kapitel wiederholt zusammenfassend, was in den vorhergehenden Kapiteln gelernt werden sollte, und enthält einen Test, mit dem der Lernerfolg ausgewertet werden kann.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 3 **Beck, Reiner: Praktische Einführung in die Psychologie für Sonderpädagogen** (*A practical introduction to psychology for special pedagogues*). 98 Seiten mit 12 Tabellen. 1976. DM 13,-. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin.

„Die zentrale Aussage dieser Praktischen Einführung soll der interdisziplinäre Ansatz bei der Arbeit mit Behinderten darstellen“. Die beiden ersten Kapitel beschäftigen sich mit psychologisch-biologischen Grundlagen der Entwicklung im Kleinkindalter und mit der sensomotorischen Intelligenz nach *Piaget*. Das dritte Kapitel erörtert Beiträge der Neuropsychologie, hier vor allem Untersuchungen zur Wahrnehmung, zum motorischen Verhalten und zum Lernen. Das vierte Kapitel diskutiert Fragen der Diagnostik: Die Erfassung der motorischen Merkmale, die Untersuchungen der Wahrnehmungsfunktion und der intellektuellen Leistungsfähigkeit sowie die Abklärung der sozialen Situation.

Richard G. E. Müller, Glinde

- 3 **Koch, Jens-Jörg (Hrsg): Altruismus und Aggression.** (*Altruism and aggression*) Das Feldexperiment in der Sozialpsychologie 1. 175 Seiten. 1976. DM 15,-. (Studienbuch) Beltz Verlag, Weinheim /Basel.

Die beiden Bände der Reihe „Das Feldexperiment in der Sozialpsychologie“ verfolgen die Absicht, „die gegenwärtig zu beobachtende Renaissance dieser Forschungsmethode zu dokumentieren“ und „erstmal in deutscher Sprache ältere, bereits ‚klassische‘ Untersuchungen“ vorzustellen. Der vorliegende Band konzentriert sich auf „Prosoziales Verhalten und Aggression“, während der nachfolgende („Sozialer Einfluß und Konformität“) Einstellungs- und Verhaltensänderung sowie Gruppenprozesse zum Gegenstand haben soll. – Der Band 1 enthält 12 methodisch und/oder inhaltlich besonders originelle Beiträge zur systematischen Untersuchung altruistischen, helfenden Verhaltens – sowie zum aggressiven Verhalten. Das Literaturverzeichnis umfaßt etwa 150 Titel.

Richard G. E. Müller, Glinde

- 3 **Kerkhoff, Winfried: Vater-Kind-Beziehung und soziale Schichtzugehörigkeit.** (*Father-child relationships and social class membership*). Rheinstetten (Schindele) 1975. 259 Seiten. kart. DM 24,50.

Während die Bedeutung der Mutter für die kindliche Entwicklung viel untersucht wurde, ist der Vater bisher vernachlässigt worden. *Kerkhoff* referiert zunächst die vorhandene deutsche Befragung von 501 Kindern im Alter von 11 – 13 Jahren, Schülern von Sonderschulen für Lernbehinderte, Hauptschulen, Realschulen und Gymnasien, in Bezug auf ihre Beziehungen zu ihrem Vater anhand eines umfangreichen Fragebogens. Es ergibt sich, daß die Behauptung, die deutschen Familien seien „vaterlos“, nicht stimmt. Ferner werden zahlreiche bedeutsame Unterschiede festgestellt, und zwar sowohl zwischen Schülern verschiedener Schularten als auch zwischen Kindern der Arbeiter- und Mittelschicht.

Helmut von Bracken, Marburg

- 3 **Stutte, Hermann und Helmut Remschmidt: Die Herabsetzung des Volljährigkeitsalters im Urteil der Betroffenen.** Ergebnisse einer Befragung von 17- und 18jährigen Jugendlichen. (*The lowering of the age of majority in the eyes of those concerned*). Wissenschaftliche Informationsschriften der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e. V. – Bundesvereinigung –, Heft 7. 91 Seiten. 1973. DM 5,90. Eigenverlag des AFET, Hannover-Kirchrode.

Es handelt sich um eine „Enquête unter 17- und 18jährigen Ober-, Berufsfach- und Berufsschülern“ (aus Kassel), die um ihre Meinung zur Volljährigkeitsherabsetzung und deren Auswirkungen befragt wurden. Die Stichprobe umfaßte 437 männliche und 482 weibliche Jugendliche unterschiedlicher Berufs- und Konfessionsgruppen sowie Schichtzugehörigkeit. Allen Befragten wurde – außer einem Volljährigkeitsbogen – als Per-

sönlichkeitstest das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) von *Fahrenberg* und *Selg* vorgelegt. Die Aussagen im FPI wurden korrelations-, faktoren- und regressionsanalytisch ausgewertet. – Die Ergebnisse werden unter entwicklungs- und sozialpsychologischen sowie jugendpsychiatrischen Gesichtspunkten interpretiert. – Die Verfasser möchten sich auf Grund der vorgelegten Ergebnisse der Enquête für „eine Palliativlösung einsetzen: die Herabsetzung des Volljährigkeitsalters auf 20 Jahre, gegebenenfalls mit gesetzlicher Differenzierung spezieller Teiljährigkeiten“.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 3 *Deutscher, Ruth, Gerhard Fieseler und Harry Maor* (Hrsg.): *Lexikon der sozialen Arbeit. (A dictionary of social work)*. Stuttgart (W. Kohlhammer) 1978. 234 Seiten, kart. DM 19,80.

Dies kleine Nachschlagwerk versucht, in die Theorie- und Praxisbereiche der sozialen Arbeit einzuführen. Das geschieht im allgemeinen verständlich und sinnvoll. Man wundert sich allerdings, mit wie wenigen Informationen über Behinderte die Herausgeber auskommen zu können glauben. Nur die geistig Behinderten werden einer Behandlung für würdig befunden. Unter „Heilpädagogik“ wird lediglich die „heilende Erziehung“ der Waldorfpädagogik behandelt. Diese Mängel kann auch ein guter „bibliographischer Wegweiser“ nicht ausgleichen.

*Helmut von Bracken, Marburg*

- 3 *Esser, Johannes: Angst in Schule und Hochschule. (Anxiety in schools and Universities)* 164 Seiten. 1978. Westermann, Braunschweig.

„Die vorliegende Arbeit versucht . . . durch Erörterung von Faktoren der gesellschaftlichen Angsterzeugung und Angstvermittlung sowie durch die Diskussion von Voraussetzungen zur Angstüberwindung in Theorie und Praxis Grundlagen und alternative Basisaspekte“ besonders zur Demokratisierung von Erziehung und Unterricht „zu erarbeiten“.

Die sechs Abschnitte haben folgende Überschriften: Überlegungen zu demokratiefeindlichen Entwicklungslinien einer gesellschaftlich erzeugten und vermittelten Angst; Standpunkte sozialpsychologischer Angstkonzepte; Zur Problematik der Angstverharmlosung; Angstbedingungen und Angstrealitäten in Schule und Hochschule; Möglichkeiten und Strategien zur Angstüberwindung; Übergreifende Zielperspektiven und Grundlagen der Angstabwehr.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 3 *Ulbricht, Wolfgang: Neurologie des Kindesalters für Sonder-, Heil- und Sozialpädagogen. (Neurology of childhood for special, remedial and special pedagogues)*. 226 Seiten, 24 Abb. Marhold-Verl. Berlin, 1977. DM 28,-

Nachdem seit Jahren mehrere Leitfäden über die Grundzüge der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Angehörige pädagogischer Berufe zur Verfügung stehen, wird hier erstmals ein Abriß der Neurologie des Kindesalters für den im Titel genannten Leserkreis vorgelegt.

Nach einer kurzen Darstellung der wichtigsten Fakten aus der Anatomie und Physiologie des Nervensystems werden die zum Verständnis wesentlichen Erkenntnisse aus der Klinik der frühkindlichen Hirnschädigungen, der Anfallkrankheiten, Sprachstörungen, Rückenmarksschädigungen und Muskelerkrankungen und die Grundzüge neurologischer Befunderhebung und Diagnostik behandelt. Die Stoffauswahl ist ausgesprochen praxisbezogen; der didaktisch-klare und prägnante Stil dürfte das Verständnis für die somatischen Hintergründe kindlicher Behinderungen und Leistungsschwächen vertiefen, zumal aus der ärztlich-neurologischen Sicht vielfältige pädagogische und therapeutische Anregungen gegeben werden. – Dieser Leitfaden ist dem angesprochenen Leserkreis nachdrücklich zu empfehlen.

*H. Stutte, Marburg*



- 3 *Schulte, Walter und Rainer Tölle* (Hrsg.): *Wahn (Delusion)*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1972. VIII u. 112 Seiten, kart. DM 29,70.

Die Autoren dieses Buches tragen reiches kasuistisches Material zu verschiedenen Aspekten der Psychopathologie des Wahns zusammen. Für uns besonders interessant sind die Berichte über Wahnbildungen im Kindes- und Jugendalter, die *R. Lempp* gibt. *W. Schulte* geht S. 14 auf die Wirkungen ein, welche wahnkranke Erwachsene auf ihre Kinder ausüben können. Das Buch ist dem Psychiater *Robert Gaupp* (1870–1953) gewidmet, der (außer vielen bedeutenden psychiatrischen Publikationen) 1908 eine „Psychologie des Kindes“ veröffentlichte und 1921 die erste Kinderpsychiatrische Abteilung Deutschlands an der Tübinger Nervenklinik einrichtete.

*Helmut von Bracken, Marburg*

- 3 *Kemper, Werner: Bettträser-Leiden (Enuresis)*. Zur Entstehung, Vorbeugung und Behandlung kindlicher Fehlentwicklungen. (*Bedwetting maladies – Enuresis*). Band 2 der Reihe „Beiträge zur Kinderpsychotherapie“. 110 Seiten. 1978. Pbk DM 14,50. Reinhardt, München/Basel.

Es handelt sich um die von *G. Krichauff* überarbeiteten Fassung einer unter dem Titel „Enuresis“ im Jahre 1949 von dem (inzwischen verstorbenen) Arzt und Psychoanalytiker *Kemper* erstellten Monographie.

Die vier Kapitel haben folgende Überschriften: Eigentümlichkeiten der frühkindlichen Erlebniswelt und deren Auswirkungen; Ursachen und Entstehungsbedingungen; Auswertung der bisherigen Ausführungen für die Prophylaxe der Enuresis; Therapie der Enuresis.

Im Nachwort wird betont, daß die Arbeit von *Kemper* als ein „Beitrag zur allgemeinen Neurosen-Prophylaxe“ gelten kann.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 4 *Hudelmayer, Dieter, Franz Mersi und Světluše Solarová: Sonderpädagogik 5 – Blinde, Sehbehinderte, Mehrfachbehinderte*. (*Special Pedagogics 5 – The blind, the partially blind and the multi-handicapped*). Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission Band 52. 272 Seiten. 1975. DM 32,-. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.

Das Gutachten von *D. Hudelmayer* (Die Erziehung Blinder) stellt den Gesamtzusammenhang des Unterrichts und der Erziehung Blinder dar (u. a. Überblick über das gegenwärtige Bildungssystem für Blinde in der Bundesrepublik; Möglichkeiten, Mittel und Ziele der Blindenpädagogik). Der Verfasser befürwortet neben den traditionellen Blindenschulen für einen Teil dieser behinderten Kinder den integrierten Unterricht. – *F. Mersi* erörtert in seinem Gutachten (Die Erziehung Sehbehinderter) die bisherigen Bemühungen um die Förderung sehbehinderter Kinder und zieht Folgerungen für den weiteren Ausbau von Institutionen und die Sehbehindertenpädagogik allgemein. – *S. Solarová* (Mehrfachbehinderte – Ursachen, Erscheinungsformen und Auswirkungen) stellt fest, daß, „unter dem Aspekt der Folgebehinderung betrachtet“, jedes behinderte Kind ein „mehrfach behindertes“ ist. Der Einfluß der Behinderungen auf das Lern-, Sozial- und Sprachverhalten wird analysiert und die Förderung dieser Kinder in den verschiedenen Lebensaltern dargestellt. Das Gutachten behandelt ferner „Probleme der Prävention“.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 4 *Kleber, E. W.: Zur Revision sonderpädagogischer Praxis*. (*On the revision of practice in special pedagogics*). 252 Seiten mit 29 Abbildungen. 1977. DM 36,-. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Berlin.

Die Beiträge dieses Bandes „wollen einerseits die Verbesserungsbedürftigkeit von Praxis in Abhängigkeit von Theorie und tradiertem Praxissystem verdeutlichen“ und

andererseits „überfällige Änderungsnotwendigkeiten in der Praxis der Sonderpädagogik . . .“ aufgreifen. – Der erste Teil „Kritische Hinterfragung sonderpädagogischer Praktiken insbesondere in der Lernbehindertenschule und Revisionsansätze“ enthält folgende Beiträge: *H. Bach*, Fruchtbare Unsicherheiten im Bereich der Sonderpädagogik; *E. W. Kleber*, Zur inkonsequenten Zielprojektion der Sonderpädagogik vor allem im Bereich der Lernbehindertpädagogik; *E. W. Kleber*, Kritik des Einsatzes sonderpädagogischer Diagnostik – Sonderpädagogische Beratung und Umschulungsverfahren; *W. Nestle*, Kritik der reduktiven sonderpädagogischen Didaktik; *E. Westphal*, Psychische Verfassung soziokulturell benachteiligter lernbehinderter Schüler – Forderungen an didaktische Theoriebildung; *W. Nestle*, Persönlichkeitsbildung und sonderpädagogische Didaktik; *E. W. Kleber*, Zur Überbelastung der Lernbehinderten durch Unterricht. Der zweite Teil „Kritik der desintegrierten Arbeit zwischen Sonderpädagogik und allgemeinbildenden Schulen“ bringt folgende Beiträge: *A. Sander*, Aufgabe der Sonderpädagogik im Elementarbereich; *A. Sander*, Sonderpädagogik in allgemeinbildenden Schulen – Sonderschullehrer in Grund- und Hauptschulen; *E. W. Kleber*, Binnenstrukturelle Veränderung der Primarstufe – Eine Aufgabe der Sonderpädagogik und der sonderpädagogischen Psychologie; *H. Bach*, Zur Revision der sonderpädagogischen Ausbildung; *E. W. Kleber*, Primarstufenlehrererausbildung und Sonderpädagogik; *E. W. Kleber*, Zur Integration Lernbehinderter in das sogenannte allgemeine Schulsystem; *I. Lübke*, Die Sonderschule – eine Sackgasse für Lernbehinderte?

Am Ende eines jeden Beitrages finden sich Literaturhinweise.

*Richard G. E. Müller*, Glinde

- 4 *Lenzen, Heinrich: Mediales Spiel in der Schule. (Medial play in schools)*. Möglichkeiten darstellenden Spiels mit Spielgeräten und optoakustischer Apparatur. 137 Seiten. 1974. DM 14,80. Verlag Luchterhand, Neuwied/Berlin.

Dieser Sammelband stellt moderne, mit behinderten Kindern praktisch erprobte Spielformen vor. Der erste Teil bringt eine „Theoretische Grundlegung“ (Der Mensch und das Spiel – das darstellende Spiel). Der zweite Teil (Praktische Spielversuche) enthält überarbeitete Prüfungsarbeiten und berichtet über: Maskenspiel – Möglichkeiten und Ansätze zur Hinführung; Figuren an Fäden – Marionetten; Hand- und Stabpuppen; Tütenpuppen – Spielmöglichkeiten in der Kinderklinik; Schattenfiguren; Schemen; Tonband; Bild-Ton-Kombination; Filmstreifen. – Der dritte Teil diskutiert „die Rolle“ und „Gesellschaftskritik“.

*Richard G. E. Müller*, Glinde

- 411 *Brambring, Michael: Geographische Informationen für Blinde. (Geographical Information for the Blind)*. Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie 24, 1977, 1–20; 21 Lit.-Ang.

*Brambring* beschreibt eine Untersuchung über die Orientierung Blinder auf der Straße. 36 blinde Schüler der Deutschen Blindenstudienanstalt (Marburg) im Alter von 13 bis 24 Jahren gingen eine ihnen unbekannte Wegstrecke ab und orientierten sich dabei entweder mit Hilfe einer taktilen Blindenlandkarte oder verbaler Beschreibung oder der Kombination beider Hilfsmittel. Es zeigte sich, daß rein verbale Beschreibung weniger effektiv ist als die Blindenlandkarte, und diese vor allem in Verbindung mit verbaler Beschreibung. Für die Orientierung Blinder wird also eine detaillierte taktile Landkarte mit ausführlichem Indexverzeichnis empfohlen.

*R. v. Premerstein*, Marburg

- 411 *Benesch, Friedrich: Zur Problematik der Früherziehung blinder Kinder. (On the problems of the early upbringing of blind children)*. Heilpädagogik. Organ der Österreichischen Gesellschaft für Heilpädagogik, 19, 1976. 148–153, 7 Lit.-Ang.

*Benesch* beginnt mit einer historischen Rückschau und einer anthropologischen Orientierung der Blindenpädagogik. Er schlägt dann die Schaffung einer Zentralstelle

vor, wo blinde Neugeborene angemeldet werden können. Der Frühbetreuung blinder Kinder dienen die Eltern-Kinder-Kurse in der Bundesrepublik und die mediative Frühbetreuung in den USA. Der Verfasser prüft die Möglichkeiten der Früherziehung im Elternhaus, im Sonderkindergarten für Blinde, in sonstigen Sonderkindergärten und in einem normalen Kindergarten. Aufgabe der Früherziehung ist es, blinde Kleinkinder im sozialen, körperlichen und intellektuellen Bereich zur Schulreife zu führen.

R. v. Premerstein, Marburg

- 415 *Jussen, Heribert: Grundzüge eines interaktionalen Sprachausbaus bei Schwerhörigen. (Fundamentals of interactional language instruction and speech therapy in patients who are hard of hearing). Sprache-Stimme-Gehör 1, 1977, 142–150.*

Der „interaktionale Sprachunterricht“ Schwerhöriger will die Schüler in handlungs-erfüllten Sprachsituationen mit lebensbezogenem kommunikativem Charakter zu einem altersgemäßen Sach- und Symbolverständnis hinführen. „Sprachausbau“ bedeutet einerseits Korrektur der von dem Schwerhörigen unzureichend beherrschten sprachlichen Mittel, andererseits fortschreitend durchformenden Aufbau neuer Sprachstrukturen. Wie man diesen Postulaten im Unterricht entspricht, wird ausgeführt.

Helmut von Bracken, Marburg

- 415 *Grohnfeldt, Manfred: Hörgeschädigte im sozialen Umfeld. (The partially deaf in their social context). Empirische Untersuchungen zum Persönlichkeitsbild hörgeschädigter Schüler aus der Sicht der Eltern und Lehrer. Rehabilitationsforschung Band 8. 174 Seiten. 1975. DM 21,20. Schindele-Verlag, Neuburgweier/Karlsruhe.*

Die vorliegende Analyse von Verhaltensbeurteilungen hörgeschädigter Schüler enthält die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Hamburg. Zielsetzung der Untersuchung (Dissertation) war eine Analyse von Eltern- und Lehrerangaben. Insgesamt wurden die Angaben von Eltern und Lehrern bei 178 hörgeschädigten Schülern im Alter von 6 bis 16 Jahren ausgewertet. Hauptergebnisse: Die vorschulische Sozialisation wird von den Eltern hörgeschädigter Kinder als besonders schwierig erlebt. Die Eltern beurteilen das soziale Verhalten ihres hörgeschädigten Kindes zur Umwelt als überwiegend distanziert. Das geänderte Rollenverständnis Hörgeschädigter äußert sich in einer vergleichsweise introvertierten Einstellung. Innerhalb der Stichprobe der Hörgeschädigten fallen die Substichproben der Hirngeschädigten und als mehrfach behindert genannten Schüler besonders auf. Eltern und Lehrer sprechen hier von vermehrter Aggressivität bei verminderter Leistungsbereitschaft. Die abschließende Diskussion wertet die Ergebnisse im Hinblick auf pädagogische Folgerungen.

Richard G. E. Müller, Glinde

- 42 *Jochheim, K.-A., H. M. Schian und K. Schüle: Behandlung und Rehabilitation von Kindern mit frühkindlichen Rückenmarksschäden in der Bundesrepublik Deutschland. (Treatment and rehabilitation of children in West Germany with early spinal cord damage). Band 2 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. 116 Seiten. 1972. Bonn/Bad Godesberg.*

Nach einer Einleitung „Zum Personenkreis der rückenmarksgeschädigten Kinder“ (Ursachen, Auftreten, Verteilung) wird referiert über: Epidemiologische Aspekte – Operative und konservative Behandlung bei Spina bifida cystica – Rehabilitation. In einem Abschlußkapitel berichten die Autoren über Ergebnisse einer Befragung und geben Hinweise zur „schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation“. Für die Fragebogenaktion standen 81 Kinder und deren Eltern zur Verfügung. Um die Aussagen der Kinder und ihrer Angehörigen (in einem Interviewbogen) mit den klinischen Daten der Krankenblattunterlagen vergleichen zu können, wurde außerdem ein medizinischer Erhebungsbogen angelegt. Der Fragebogen für die Eltern enthielt 115 Fragen, im wesentlichen zur Ätiologie und Pathogenese, zu angewandten operativen und konser-

vativen Behandlungsmethoden, zur Hilfsmittelversorgung und zu Wünschen der Eltern bezüglich einer Verbesserung der Hilfen für ihre Kinder.

Richard G. E. Müller, Glinde

- 44 *Deutscher Bildungsrat*: Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd. 34, Sonderpädagogik 3: Geistigbehinderte, Lernbehinderungen, Verfahren der Aufnahme. (*Recommendations and studies of the Education Commission, 34, Special Pedagogics 3: The mentally handicapped, learning handicaps, methods of admission to schools*). Stuttgart, Ernst Klett Verlag. 1974. 389 Seiten. DM 34,-. (290 u. 484 u. 566 Lit.-Ang.)

Mit umfangreicher (bis 1972 vorliegender) Literaturbearbeitung erstellten *H. Bach* (Geistigbehinderte unter pädagogischem Aspekt), *G. Kanter* (Lernbehinderungen, Lernbehinderte, deren Erziehung und Rehabilitation) und *H. Kautter* und *W. Munz* (Verfahren der Aufnahme und Überweisung in die Sonderschule) Gutachten für die Bildungskommission des Deutschen Bildungsrats.

Von *Bach* werden ausgehend von einer Differenzierung des Personenkreises und des Verhaltens der Geistigbehinderten die Fragen der Erziehungsziele und der ärztlichen Aufgaben sowie einige Einzelaspekte ihrer Erziehung behandelt. Übergeordnetes Erziehungsziel ist die gesellschaftliche Integration der Geistigbehinderten. „Angesichts des extremen Forschungsdefizits“ vordringliche Forschungsaufgaben und praktische Aufgaben bei einem „vorliegenden Defizit von teilweise nahezu 100 %“ werden abschließend formuliert.

Auch *Kanter* geht von Gruppierungsproblemen aus, die mit einer Dreiteilung der nicht-geistigbehinderten Schulversager am besten gelöst erscheinen (Intelligenzausfälle, Lernstörungen im Sinne eines „Underachieving“, Verhaltensauffälligkeiten). Von verschiedenen Gesichtspunkten aus werden diese Gruppen ausführlich näher beschrieben. Prinzipien für „Maßnahmen zur Erziehung und (Re-)Habilitation“ werden abschließend erörtert. *Kautter* und *Munz* finden in der Analyse der herrschenden Rechtsgrundlagen und der Umschulungspraxis ein monokausales Modell der Schulleistungsschwäche für die Umschulung vor. Die aus einem heute nur noch haltbaren multikausalen Modell der Schulleistungsschwäche sich ergebenden pädagogischen und darauf bezogenen diagnostischen Konsequenzen werden erarbeitet. Die Forderungen nach Früherfassung und Realisierung faktischer Durchlässigkeit von Sonderschule zur Hauptschule erhalten unter der in diesem Modell nach hinreichendem pädagogischen Aufwand zu erwartenden Kompensierbarkeit der Schwäche besonderes Gewicht.

W. Hommers, Kiel

- 44 *P. Barkey, H. P. Langfeldt* und *G. Neumann*: *Pädagogisch-psychologische Diagnostik am Beispiel von Lernschwierigkeiten. (Pedagogical-psychological diagnostics with slow learning as an example)*. Bern, Verlag Hans Huber. 1976. 175 Seiten. 312 Lit.-Ang.

Es werden umfangreiche Übersichten über das Umschulungsverfahren zur Lernbehinderten-Sonderschule, die dabei auftretenden Probleme, testtheoretische Aspekte sonderpädagogischer Diagnostik sowie einige kurze Literaturberichte über Änderungsmöglichkeiten pädagogischer Diagnostik gegeben. Der Auffassung, sonderpädagogische und andere pädagogische Diagnostik seien getrennte Bereiche, soll dabei entgegengearbeitet werden. Zur Verbesserung von dargestellten Mängeln sonderpädagogischer Zuweisungsverfahren wird ein klassifikatorischer entscheidungstheoretischer Ansatz angedeutet, der die Zuordnung unter Berücksichtigung von Nutzen und Wahrscheinlichkeiten regeln soll.

Das Buch faßt im wesentlichen den gegenwärtigen Diskussionsstand mit Schwerpunkt auf theoretischen Darstellungen zusammen. In Hinsicht auf das Vorhaben der Autoren, „Diskussionsbeiträge zu einer praxisbezogenen Theorie pädagogischen Diagnostizierens vorzustellen“, wirkt der Gesichtspunkt der praktischen Realisierung der angedeuteten Innovationsansätze vernachlässigt bearbeitet.

W. Hommers, Kiel

- 44 **Kornmann, Reimer: Testbatterie für Entwicklungsrückständige Schulanfänger (TES).** (*Set of tests for slow developers in reception classes*). Mit einem kompletten Testsatz (DM 195,-), einem Manual (DM 20,-) und 25 Protokollbogen (DM 10,-). 1977. Beltz, Weinheim.

Der Individualtest kann „bei allen schulpflichtig gewordenen, aber wegen fehlender Schulreife oder ähnlicher Diagnosen nicht eingeschulten oder wieder ausgeschulten Kindern“ im Alter „zwischen 72 und 84 Monaten“ angewendet werden. „Auch für zweimal zurückgestellte Kinder, die aus diesem Altersbereich herausfallen, eignet sich die TES“. – Der Test kann in Schulkindergärten, ambulanten Fördergruppen von Erziehungsberatungsstellen oder Kliniken oder „im Rahmen von Projekten für sozial Benachteiligte“ eingesetzt werden und enthält folgende Untertests: Wortschatz-Test, Reihen fortsetzen, Perlen aufreihen (rechte und linke Hand), Figur-Grund-Erfassung, Weitsprung aus dem Stand, Hüpfen seitwärts, Raumlage-Erfassung, Konzentrations-Handlungsverfahren, Tracing (Spuren nachfahren), Wahrnehmungsgenauigkeit. – Für jeden Untertest sind Prozentrangnormen erarbeitet worden.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 44 **Nordoff, Paul und Clive Robbins: Musik als Therapie für behinderte Kinder.** (*Music Therapy for handicapped children*). 164 Seiten. 1975. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.

Es ist die Absicht der Verfasser, mit diesem Buch, das sie als „klinische Autobiographie“ bezeichnen, eine Einführung in die Musiktherapie (für behinderte Kinder) bereitzustellen, „die ihr Potential, ihre Reichweite und ihre wichtigsten musikalischen und psychologischen Perspektiven verdeutlicht“. Es werden die „Projekte“ beschrieben, welche die Verfasser von 1959 bis 1967 in Kliniken, Schulen und Kinderheimen mit hauptsächlich autistischen und geistig behinderten Kindern ausprobiert und durchgeführt haben. – Im Anhang finden sich sehr anschauliche Bilder zur musikalischen Einzeltherapie und zu Gruppenaktivitäten.

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 45 **Baumanns, Karl Joh. und Ann-Britt Demberger: LRS-Unterrichtsmodelle zur Stunden-vorbereitung.** (*Legasthenia teaching models for teaching preparation*). Hilfen zur Förderung lese- und rechtschreibschwacher Kinder. 140 Seiten. 1977. Kart. DM 18,60. Verlag Dürrsche Buchhandlung (Reihe Dürr-Unterrichtspraxis) Bonn-Bad Godesberg.

Im ersten Teil des Buches werden die theoretischen Grundlagen eines von den Verfassern entwickelten LRS-Unterrichtsmodells, des sog. „Drei-Felder-Modells“ (VIA-Modell) vermittelt. Das Wort VIA ergibt sich aus den Anfangsbuchstaben der Wörter: visuell-motorisch, Ich und akustisch-kinästhetisch. – Der zweite Teil des Buches spricht über die Gestaltung des LRS-Unterrichts nach diesem Modell. Im visuell-motorischen Wahrnehmungsfeld handelt es sich um Übungen zur Schriftpflege, zum Lese- und Wort-bildtraining. Das Ich-Feld befaßt sich mit Motivationshilfen, Übungen zur Konzentration und zum „Speichertraining“. Das akustisch-kinästhetische Wahrnehmungs- und Ausdrucksfeld beinhaltet Übungen zu den Schwerpunkten Artikulation, „Phonemimik“, Differenzierung und Diskrimination. – Anschließend werden noch 4 spezifische Unterrichtsmodelle für das 2., 3., 4. und 5./6. Schuljahr dargestellt. – Im Anhang finden sich ein Glossar und ein Literaturverzeichnis (unterteilt nach Büchern und Arbeitsmitteln).

*Richard G. E. Müller, Glinde*

- 46 **Martikke, Hans-Joachim: Die Rehabilitation der Verhaltensgestörten.** (*The rehabilitation of the behaviourally disturbed*). Band 9 der Reihe „Die Rehabilitation der Entwicklungsgehemmten. 142 Seiten. 1978. Pbck DM 17,80. Reinhardt, München/Basel.

In drei einleitenden Abschnitten werden „Begriff“, „Grade“ und „Verbreitung“ von Verhaltensstörungen erörtert.

Der vierte Abschnitt handelt von den „*Ursachen und Bedingungen*“. Die Verursachungen können liegen: im Genetischen; im körperlichen Bereich (u. a. körperliche Asthenie, Hirnschädigungen, Krankheiten, Anfallskrankheiten, Entwicklungsdisharmonien); in der „Intrapsyche“ (auf Grund u. a. von Frustrationen, psychischem Hospitalismus); in der „Hypo- bzw. Hypertrophie von Ich-kraften“, hier die kognitive, selektive, steuernde und synthetische (d. h. Abbau von intrapsychischen Spannungen) Kraft bzw. Funktion des Ichs; im Gewissen; in der Umwelt (u. a. Familie, Erziehung, soziale Schicht, Epoche).

Der fünfte Abschnitt beinhaltet „*Rehabilitative Maßnahmen bei Verhaltensgestörten*“. Im einzelnen werden an Maßnahmen genannt: physisorientierte, intrapsychischorientierte, ichorientierte, gewissensorientierte, umweltorientierte, epochenorientierte, situationsorientierte (Verhaltensmodifikation bzw. -therapie), feldtheoretisch-multidimensional orientierte (Herstellung einer Balance im Kräftefeld der „Mensch-Welt-Dynamik“, Stärkung der Ich-Identität).

Richard G. E. Müller, Glinde

- 46 *Neukäter, Heinz und Herbert Goetze: Hyperaktives Verhalten im Unterricht. (Hyperactive behaviour in class)*. München, Basel (Ernst Reinhardt Verlag) 1978. 110 Seiten. 93 Lit.-Ang. (Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie, Band 6) Preis: ca. 16,80 DM.

Aus der Kritik an den pädagogischen Konzepten für den Unterricht hyperaktiver Kinder von *Cruickshank* (1961), *Hewett* (1968, 1974) und *Schumacher* (1975) werden Folgerungen für das eigene pädagogische Handlungsmodell gezogen. Dieses vorgeschlagene strukturorientiert-schülerzentrierte Unterrichtsmodell beruht auf empirisch abgesicherten Ideen von *Strauss*, *Lehtinen*, *Kephart*, *Cruickshank* und *Hewett* und auf einem Lernbegriff, der auf die Selbstverwirklichung des Menschen abzielt. Es wurde an 15 Schülern einer Schule für Erziehungshilfe erprobt, die einem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie angegliedert ist. Das Alter der Schüler lag zwischen 12 und 15 Jahren, der IQ zwischen 80 und 120.

R. v. Premerstein, Marburg

- 72 *Wolfgang, Hans* (Hrsg.): *Behinderte und kranke Kinder in unseren Schulen. (Handicapped and sick children in our schools)*. Informations- und Orientierungshilfe über ein modernes Minderheitenproblem. 165 Seiten. 1972, 2. Aufl. 1975. DM 19,40. G. Schindele Verlag, Neuburgweier/Karlsruhe.

Mit dieser Schrift wollen die Verfasser versuchen, „möglichst viele außerhalb sondererzieherischer Institutionen tätige Personen – Eltern, Lehrer, Erzieher, Ärzte, Kindergärtnerinnen, Therapeuten, Sozialarbeiter, Berufsberater“ und a. m. anzusprechen, um ihr Verständnis für die komplexe Problematik behinderter Kinder angemessen zu erweitern. – Die Namen der Autoren: *W. Boldt*, *H. Jussen*, *Sondererziehung bei Gehörlosen*, *Ziel und Aufgaben*; *W. Orthmann*, *Sprachbehinderte*; *J. M. Lange*, *H. Wolfgang*, *H. Bach*, *H. Brenkmann*, *F. Biglmaier*, *U. Bleidick*, *H. Klätte*.

Richard G. E. Müller, Glinde

- 72 *Wolfgang, Hans* (Hrsg.): *Körperbehinderte und Sexualität. Geschlechtererziehung als Gegenstand einer Pädagogik der Körperbehinderten – Voraussetzungen und Realisierung. (The physically handicapped and sexuality)*. (= Schriften zur Körperbehindertenpädagogik und ihren Grenzgebieten, Heft 7). 170 Seiten. 1977. DM 23,-. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin.

Nach Ansicht des Herausgebes besitzt die vielschichtige Problematik einer Geschlechtererziehung bei Körperbehinderten eine anthropologische Relevanz – unter aktiver Mitbeteiligung der Körperbehinderten selbst. Daher sollen die Beiträge des Buches auch eine individuelle Hilfe für den einzelnen Körperbehinderten sein. – Die zehn Beiträge

(fünf von Medizinern) bewegen sich um die Themen sexuelle Aufklärung und Beratung sowie um Probleme des Pubertätsalters, der Familiengründung und der Ehe bei Behinderten.

Richard G. E. Müller, Glinde

- 74 **Kane, John F. und Gudrun Kane: Geistig schwer behinderte lernen lebenspraktische Fertigkeiten.** (*The severely mentally handicapped learn practical everyday skills*). Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik Band 8. 192 Seiten. 1976. DM 24,-. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien.

Das Buch entstand auf der Kinderstation des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in Zusammenarbeit mit Eltern und Betreuern von geistig schwer behinderten Kindern, mit Sozialpädagogen, Ärzten, Psychologen und anderen Therapeuten. Es soll „Pädagogen und Eltern Wege und Methoden“ zeigen, mit denen auch diese Kinder „zu einer gewissen Selbständigkeit gebracht werden können“. Es wurden seit 1971 vier Programme aufgebaut und erprobt, nach denen die Kinder lernen können, 1. einfachen Anweisungen nachzukommen (*Lenkbarkeit*); 2. selbständig zur Toilette zu gehen (*Sauberkeit*); 3. sich allein an- und auszuziehen (*An- und Ausziehen*); 4. selbständig zu essen (*Essen*). – Der Beschreibung dieser 4 Programme sind allgemeine Ausführungen über „Grundlagen der Verhaltenstherapie“ und spezielle „Grundregeln“ zur Therapie der genannten Kinder vorangestellt.

Richard G. E. Müller, Glinde

.....

# Handbuch der Sonderpädagogik

Herausgegeben von Prof.Dr. Heinz Bach, Prof.Dr. Ulrich Bleidick, Prof.Dr. Gustav O.Kanter, Prof.Dr. Karl Josef Klauer, Prof.Dr. Otto Kröhnert und Prof.Dr. Anton Reinartz.

Jährlich erscheinen etwa 2 Bände mit einem Umfang von je 400 bis 700 Seiten, Groß-Oktav, zum Preise zwischen etwa DM 80,-- und etwa DM 130,--.  
Bei Vorbestellung des Gesamtwerkes (11 Bände) gilt der Subskriptionspreis, der 10% unter dem endgültigen Bandpreis liegt!

## Voraussichtliche Erscheinungstermine:

Bd. 1: Theorie der Behindertenpädagogik	1982
Bd. 2: Pädagogik der Blinden und Sehbehinderten	1980
Bd. 3: Pädagogik der Gehörlosen und Schwerhörigen	1980
Bd. 4: Pädagogik der Lernbehinderten	<u>liegt vor</u>
Bd. 5: Pädagogik der Geistigbehinderten	<u>liegt vor</u>
Bd. 6: Pädagogik der Verhaltensgestörten	1981
Bd. 7: Pädagogik der Sprachbehinderten	1980
Bd. 8: Pädagogik der Körperbehinderten	1981
Bd. 9: Sonderpädagogik in allgemeinen Schulen	<u>liegt vor</u>
Bd.10: Sozialpädagogik und Sozialarbeit	1982
Bd.11: Vergleichende Sonderpädagogik	1983

MARHOLD

Postfach 191409, 1000 Berlin 19

.....







---

**Mitteilungen  
der Schriftleitung**

In der Zeitschrift „Heilpädagogische Forschung“ können Arbeiten, Abhandlungen, Sammelreferate und Buchbesprechungen sowie auch in beschränktem Umfang Nachrichten veröffentlicht werden, die geeignet sind, die wissenschaftliche Forschung im Bereich der Heilpädagogik zu fördern.

*Geschäftsführender Schriftleiter:* Prof. Dr. Lothar Tent, Gutenbergstr. 18, 3550 Marburg/Lahn.

*Manuskripte* werden erbeten an den Schriftleiter oder an die anderen Herausgeber, Prof. Dr. phil. Dr. med. H. von Bracken, Kerschensteinerstraße 11 a, 3550 Marburg/Lahn oder Prof. Dr. phil. Dr. med. H. Wegener, Institut für Psychologie der Christian-Albrechts-Universität, 23 Kiel, Neue Universität, Geb. C.

Die Verfasser von Arbeiten, Abhandlungen und Sammelreferaten erhalten für ihren Beitrag 40 *Sonderdrucke* unentgeltlich, die Verfasser von Rezensionen 20 *Sonderdrucke*. Wer eine größere Anzahl oder eine bessere Ausführung der *Sonderdrucke* wünscht, wird gebeten, sich wegen eines Kostenvoranschlages frühzeitig vor Erscheinen an den Verlag zu wenden.

Es wird gebeten, den Arbeiten, Abhandlungen und Sammelreferaten eine *kurze Zusammenfassung* hinzuzufügen, die in wenigen Sätzen das Wesentliche des Inhalts wiedergibt. Diese kurze Zusammenfassung erscheint an der Spitze eines Beitrags, gefolgt von einem Summary in englischer und einem Résumé in französischer Sprache. Das Summary wird von Lektorin Hilary Stang, M. A., Friedrichsplatz 9, 3550 Marburg, formuliert, das Résumé von Lektor Lic. Jean Chanel, 3551 Unterrospe Nr. 4.

Es wird ferner gebeten, jeder Arbeit und Abhandlung sowie jedem Sammelreferat ein sorgfältiges *Verzeichnis der benutzten Literatur* beizugeben, und zwar in alphabetischer Reihenfolge. Nach dem Titel eines *Buches* ist zwischen Erscheinungsort und Erscheinungsjahr in Klammern kurz der Verlag anzugeben, z. B. Wegener, H., Die Rehabilitation der Schwachbegabten, München (Reinhardt) 1963. Bei *Zeitschriften-Veröffentlichungen* sind außer Autor, Titel, Band- und Jahreszahl (letztere in Klammern) Anfangs- und Schlußseite erwünscht, z. B. Vliegenthart, W. E., Being different and joining in — a field of tension in the education of handicapped children. *Vita humana* 6 (1963) 87—104.

*Literaturhinweise im Text:* Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens. Werden in einem Manuskript zwei oder mehrere Veröffentlichungen eines Autors erwähnt, wird den Namen im Text das Erscheinungsjahr (gegebenenfalls mit a, b . . .) in Klammern hinzugefügt, z. B. Hanselmann (1941). Wörtliche Zitate sind im Text mit der genauen Seitenangabe zu versehen, z. B. S. A. Kirk (4—5).

Am Schluß des Manuskripts bitte die Anschrift des bzw. der Verfasser (oder auch nur des Verfassers, der für die Korrespondenz mit Schriftleitung und Verlag zuständig ist) angeben.

---

**Mitteilungen  
des Verlages**

Die „Heilpädagogische Forschung“ erscheint in der Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1 Berlin 19, Hessenallee 12, Postfach 191409

Jährlich erscheinen 3 Hefte, die einen Band ergeben. Bezugspreis je Heft (132 Seiten, z. T. mit Abb., Gr.-Oktav) im Abonnement DM 24,—, Einzelheft DM 30,—. Für Studenten (Bescheinigung) und Assistenten an wissenschaftlichen Instituten 20 % Nachlaß.

Abbestellungen sind nur nach Abschluß eines Bandes möglich, also nach Erscheinen des jeweils 3. Heftes.

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der photomechanischen Wiedergabe, der Herstellung von Mikrofilmen und der Übersetzung vorbehalten. Printed in Germany.

# Neuerscheinungen

## **Pädagogik der Geistig-behinderten**

Herausgegeben von Prof. Dr. Heinz Bach unter Mitarbeit namhafter Fachleute. XX, 517 Seiten. Mit mehreren Abb. und Tab. Groß-Ok-tav. 1979. Leinen i. Schuber etwa DM 110,—. (= Hand-buch der Sonderpädagogik, Bd. 5). 10832

Ausführlichen Prospekt „Handbuch der Sonderpäd-agogik“ mit Subskriptions-angebot bitte anfordern!

## **Von der Hilfsschule zur Schule für Lernbehinderte**

Die Förderung der schwach-befähigten Kinder unter besonderer Berücksichtigung Berlins

Von Jochen Synwoldt. Etwa 360 Seiten. Mit zahlreichen Tab. und Übersichten. 1979. Kart. etwa DM 24,—. (= sonderpädagogische ma-nuskripte) 10254

## **Berufsfindung und beruf-liche Eingliederung körperbehinderter Kinder**

Eine empirische Unter-suchung

Von Dr. Wilhelm Bläsig. 249 Seiten. Mit mehreren Abb. 1979. Kart. DM 25,—.

## **Heimeintritt oder Heimversorgung?**

Integrationshilfe oder Sepa-rationsverfügung? Empirische und kritische Hinweise zu einer pädagogischen Schwellensituation.

Von Dr. Eduard Bonderer. VI, 132 Seiten. 1979. Kart. DM 19,—. (= Schriftenreihe für außerunterrichtliche Be-hindertenpädagogik und So-zialarbeit, Heft 2). 10237

## **Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten**

Eine Bestandsaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung

Von Dr. Günter Cloerkes. XIV, 575 Seiten. Mit mehre-ren Abb. u. Tab. 1979. Pa-perback DM 44,—.

## **Blinde Studenten, ihre Probleme und ihre gesellschaftliche Stellung**

Ein Beitrag zur Blinden-integration

Von Dr. Mohammed Ghosti-nat. 325 Seiten. 1979. Kart. DM 39,—. (= sonderpädago-gische manuskripte). 10252

## **Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm für stotternde Kinder und Jugendliche**

Diagnostik, individuelle therapeutische Maßnahmen, Veränderungsprogramm für die Gruppe

Von Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt. VIII, 161 Seiten. Mit mehreren Abb. 1979. Kart. DM 26,—. 10240

## **Die Hilfsschule im Dritten Reich**

Von Dr. Manfred Höck. 355 Seiten. Mit mehreren Abb. 1979. Kart. DM 29,—.

## **Eltern und Lernbehindertenschule**

Beiträge über Möglichkeiten und Formen der Zusammen-arbeit

Unter Mitarbeit von Th. Boo-mers, K. Finger, G. Hack, W.

Kerkhoff, A. Mense, K. Rode, Studentengruppe der PH-Ruhr, Dortmund, W. R. Wilms, H. Winter. Herausge-gaben von Prof. Dr. Winfried Kerkhoff. VIII, 191 Seiten. Mit mehreren Abb. und Tab. 1979. Kart. etwa DM 31,—. 10230

## **Problemkreis Stottern**

Theoretische und therapeu-tische Neuorientierung

Von Dr. Hans-Joachim Motsch. 215 Seiten. Mit meh-teren Abb. und Tab. 1979. Kart. DM 20,—.

## **Wahrnehmungsförderung behinderter und schul-schwacher Kinder**

Praxis und Forschung

Herausgegeben von Prof. Dr. Anton Reinartz, Erika Rein-artz und Dr. Helga R. Reiser. Mit Beiträgen von Peter Bil-lich, Marianne Borstel, Christa Fritze, Jürgen Hettke, Hans Hörr, Erika Kerkhoff, Win-fried Kerkhoff, Reimer Korn-mann, Horst Nickel, Werner Probst, Anton Reinartz, Eri-ka Reinartz, Helga R. Reiser, Ingrid Roscoe, Rudolf Spie-kers, Wolf-Rüdiger Walburg, Ansovine Wocken, Hans Wocken. XII, 248 Seiten. Mit mehreren Abb. 1979. Paper-back DM 35,—. 10231

## **Sport in der Lernbehindertenschule**

Ein Circuit-Trainings-Programm mit Elementen aus dem Fußball.

Von Dipl.-Päd. Manfred Schraag. VI, 118 Seiten. Mit 52 Abb. 1979. Kart. DM 22,—. 10229

# Marhold

Postfach 191409, 1000 Berlin