

Werner G. Leitner
Alexandra Ortner
Reinhold Ortner

Überarbeitet und aktualisiert

PÄDAGOGIK

Handbuch Verhaltens- und Lernschwierigkeiten

7. Auflage

Fallbeispiele

Diagnosen

Beobachtung

Therapie

Ursachen

BELTZ

Leitner/Ortner/Ortner
Handbuch Verhaltens- und Lernschwierigkeiten

Werner Leitner / Alexandra Ortner / Reinhold Ortner

Handbuch Verhaltens- und Lernschwierigkeiten

7. Auflage

Beltz Verlag · Weinheim und Basel

Werner Leitner, Jg. 1959, Dr. phil., Erziehungswissenschaftler und approbierter Psychologischer Psychotherapeut in eigener Kassenpraxis für Verhaltenstherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Alexandra Ortner, Jg. 1964, Studium der Grundschulpädagogik und Theologie, Grundschullehrerin.

Reinhold Ortner, Jg. 1930, em. Universitätsprofessor für Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik an der Universität Bamberg, Dr. phil., Diplompsychologe.

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.
Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen
ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk
eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen
und sonstigen Bildungseinrichtungen.

7., überarbeitete und erweiterte Ausgabe 2008

Lektorat: Cornelia Matz

© 2008 Beltz Verlag · Weinheim und Basel

www.beltz.de

Herstellung: Klaus Kaltenberg

Satz: Druckhaus »Thomas Müntzer«, Bad Langensalza

Umschlaggestaltung: glas ag, Seeheim-Jugenheim

e-book

ISBN 978-3-407-29155-4

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
---------------	---

Verhaltens- und Lernschwierigkeiten unter allgemein-übergeordnetem Aspekt

1. Definitionsproblematik	14
2. Ursachen	18
2.1 Der Komplex endogener Ursachen	18
2.1.1 Erblisch bzw. chromosomal bedingte Behinderungen	19
2.1.2 Behinderungen durch Vorfälle während der Schwangerschaft	19
2.1.3 Vorkommnisse während und nach der Geburt	20
2.1.4 Entwicklungsstörungen	21
2.1.5 Störungen der endokrinen Drüsenfunktionen	21
2.2 Der Komplex exogener Ursachen	22
2.2.1 Die Familie	22
2.2.2 Der Erziehungsstil	23
2.2.3 Sozioökonomische Verhältnisse	24
2.2.4 Die Schulsituation	25
2.2.5 Zeitgeist und Gesellschaftsstruktur	28
2.3 Theoretische Erklärungsmodelle zur Ursachenfrage	29
2.3.1 Tiefenpsychologische Erklärungsversuche	30
2.3.2 Lerntheoretische Erklärungsmodelle	31
3. Diagnose	32
3.1 Die Bedeutung der Diagnose	32
3.2 Problematik der Diagnose	32
3.3 Arten der Diagnose	33
3.3.1 Das Gespräch	33
3.3.2 Die Beobachtung	34
3.3.3 Das Soziogramm	35
3.3.4 Die psychologische Untersuchung (Psychodiagnostik)	36
3.3.5 Die ärztliche Untersuchung	40
3.3.6 Die schulische Untersuchung	41

4. Therapie und Hilfeleistung	46
4.1 Verhaltenstherapeutische Maßnahmen auf der Grundlage der Lerntheorien	47
4.1.1 Der Verhaltensaufbau	48
4.1.2 Der Verhaltensabbau	48
4.1.3 Token-System und Kontingenzverträge	49
4.2 Einzel- und Gruppentherapieverfahren	50
4.2.1 Spieltherapie	50
4.2.2 Gestaltungstherapie	53
4.2.3 Musiktherapie	54
4.2.4 Bewegungs- und Sporttherapie	55
4.2.5 Motopädagogik	56
4.2.6 Gestalt-Therapie	57
4.3 Autogenes Training	59
4.4 Medikamentöse Behandlung	59
4.5 Schulpädagogische und schulorganisatorische Maßnahmen	60
4.5.1 Psychohygiene und Unterrichtshygiene	61
4.5.2 Schulinterne Kooperation	62
4.5.3 Externe Kooperation	63

Verhaltens- und Lernschwierigkeiten im Einzelnen, insbesondere im schulischen Alltag

1. Körperliche Auffälligkeiten und Behinderungen	69
1.1 Körperliche Auffälligkeiten allgemein	69
1.2 Schwierigkeiten mit den Sinnesorganen	73
1.2.1 Hörschwierigkeiten	74
1.2.2 Sehschwierigkeiten	77
2. Funktionale Störungen im Körperbereich	81
2.1 Frühkindliche Hirnschädigungen	81
2.2 Minimale zerebrale Dysfunktion (MCD)	87
2.3 Epilepsie	92
2.4 Hyperthyreose	98
3. Anomale Gewohnheiten im körperlichen Bereich	100
3.1 Daumenlutschen	100
3.2 Nägelbeißen	105
3.3 Haareausreißen	109
3.4 Einnässen	112

4. Störungen des Gefühlslebens und der Grundstimmung	119
4.1 Hyperthymie	119
4.2 Minderwertigkeitsgefühle	120
4.3 Depression	124
4.4 Angst	130
4.4.1 Angst (allgemein)	130
4.4.2 Schulangst	136
4.5 Sucht	147
4.5.1 Medikamenten- und Drogensucht	147
4.5.2 Magersucht und Bulimie	151
5. Motivations- und Aktivitätsschwierigkeiten	159
5.1 Antriebsarmut	159
5.2 Tagträumen/Wachträumen	161
6. Schwierigkeiten bei der sozialen Integration	164
6.1 Gegen die Umwelt gerichtete Verhaltensweisen	164
6.1.1 Aggression	164
6.1.2 Trotz	175
6.1.3 Lügen	177
6.1.4 Stehlen	187
6.1.5 Stören des Unterrichts	194
6.1.6 Der negative Star	198
6.2 Absonderung von der Umwelt	202
6.2.1 Absonderung	202
6.2.2 Schüchternheit	205
6.2.3 Mutismus	210
6.2.4 Autismus	218
6.3 Von der Umwelt ausgehende negative Einflüsse	228
6.3.1 Überbehütung	228
6.3.2 Hospitalismus	233
6.3.3 Verwahrlosung	237
6.3.4 Misshandlung	239
6.3.5 Sexueller Missbrauch	247
6.3.6 Bedrohung und Gewaltanwendung durch Mitschüler	247
6.3.7 Kriminelle Brandmarkung	263

7. Besondere (komplexe) schulische Problemfälle	267
7.1 Der Klassenkasper (Clownerie)	267
7.2 Anpassung	271
7.3 Konzentrationsschwierigkeiten	273
7.3.1 Konzentrationsschwäche (allgemein)	274
7.3.2 Das hyperkinetische Syndrom (ADS) – Aufmerksamkeits- störung mit/ohne Hyperaktivität	288
7.4 Das sportlich schwache Kind	304
7.5 Auffallend überdurchschnittliche Begabung (Hochbegabung)	306
7.6 Schuleschwänzen	313
7.7 Despektierliches Verhalten und Parental Alienation Syndrome	317
7.8 Schulversagen	322
7.9 Vernachlässigung der Hausaufgaben	326
7.10 Disziplinschwierigkeiten im Unterricht	331
7.11 Linkshändigkeit	338
8. Sprach- und Sprechschwierigkeiten	346
8.1 Sprach- und Sprechschwierigkeiten im Allgemeinen	346
8.2 Sprach- und Sprechschwierigkeiten im Besonderen	351
8.2.1 Verzögerte Sprach- und Sprechentwicklung	351
8.2.2 Dysgrammatismus	354
8.2.3 Näseln	357
8.2.4 Poltern	359
8.2.5 Stammeln	363
8.2.6 Stottern	367
9. Besondere (komplexe) Lernschwächen	378
9.1 Rechenschwäche	378
9.2 Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten	383
Literaturverzeichnis	398
Quellenhinweise	418
Personenregister	434
Sachregister	437

Vorwort

Jedes Kind vollzieht einen Entfaltungsprozess. Zunächst wird dieses Entwicklungsge-schehen weitgehend *spontan* gesteuert. Immer mehr aber bedarf es spezifischer unterstützender Hilfe, insbesondere seitens der in der Verantwortung stehenden Personen und Institutionen. Helfende Zuwendung ist ganz besonders da gefordert, wo der Entfaltungsprozess eines Kindes in Gefahr ist zu stagnieren, blockiert oder geschädigt zu werden.

Damit Entfaltungs- und Entwicklungsprozesse angemessen, gut und harmonisch verlaufen, bedarf es vor allem der *physischen und psychischen Gesundheit*. Sie zu erhalten oder wiederherzustellen ist eine grundlegende Aufgabe pädagogischer, psychologischer und medizinischer Prävention, Intervention und Rehabilitation im interdisziplinären Kooperationsverbund. Diagnosegeleiteter Intervention und Therapie kommt hierbei ein bedeutender Stellenwert zu. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der *physischen Gesundheit* des Schulkindes zählen schon seit Jahrzehnten zur inzwischen gewohnten Selbstverständlichkeit (z. B. schulärztliche Untersuchungen, vorgeschriebene Hygienemaßnahmen). Wo es jedoch um Maßnahmen der Wiederherstellung der *psychischen Gesundheit* von Kindern geht, ist nicht selten immer noch mangelndes Verständnis, Sorglosigkeit oder einfach Hilflosigkeit von Eltern und Lehrern anzutreffen. Schwerwiegende Nöte und psychische Erkrankungen werden oftmals verharmlost, in ihrem Belastungsgrad falsch beurteilt oder in ihren negativen Auswirkungen auf die körperliche wie psychische Gesundheit verkannt. Dabei bedürfen psychische Beeinträchtigungen, Probleme und Erkrankungen, die sich zusätzlich in Verhaltens- und Lernschwierigkeiten äußern, ebenso dringend therapeutischer und pädagogisch helfender Maßnahmen.

Die Zahl der davon betroffenen Kinder wächst zusehends. Kinderärzte, Psychologen und Pädagogen weisen bereits seit Jahren auf diese Entwicklung hin. Nach Angaben des »Deutschen Kinderschutzbundes« leidet heute beinahe jedes fünfte Kind an leichten bis schweren psychischen Erkrankungen, psychischen Problemen und Verhaltens-schwierigkeiten. Diese Kinder sind alleine nicht in der Lage, sich aus ihrer Notsituation zu befreien. Eltern fühlen sich durch die vordergründigen Symptome psychischer Erkrankungen und Nöte ihrer Kinder zunächst nur beunruhigt. Sie reagieren hilflos oder weisen dem Kind mit Beurteilungen wie »ungezogen«, »böswillig«, »faul« auch noch Schuld zu. Im Interesse der betroffenen Kinder muss dann die Schule ihre pädagogische Pflicht wahrnehmen. Auch Lehrer/innen aller Schularten müssen die pädagogisch-fachliche Kompetenz besitzen, die Schwierigkeiten und die Hintergründe der Nöte eines Kindes rasch zu erkennen und darauf abgestimmte pädagogische wie außerschulische Hilfen einzuleiten. Andernfalls besteht die Gefahr, dass sich die Pro-

bleme und Krankheitserscheinungen noch weiter verschärfen und festigen. Es mag für manches Leistungsdenken im Zeitalter von PISA provozierend klingen, aber *für ein Kind ist die Befreiung von psychischen Nöten persönlich wichtiger als das Erreichen schulischer Spitzenleistungen.*

Hierbei geht es auch um die Frage des *Berufsbildes* heutiger Lehrer/innen. Im Bewusstsein der Gesellschaft sind immer noch (überholte) Berufsbilder anzutreffen, die die berufliche Tätigkeit von Lehrer/innen vorwiegend bis ausschließlich unter der Perspektive unterrichtlicher Wissens- und Leistungsvermittlung sehen. Lehrer/innen aller Schularten müssen sich heute von ihrer Kompetenz und Qualifikation her jedoch zusätzlich (bis vorrangig) in den Handlungsfeldern »Erziehung«, »Beurteilung« und »Beratung« ausweisen können und bewähren. Unter diesem Blickwinkel geht es zunehmend um die Weiterentwicklung *pädagogischer Professionalisierung* in einem breiten interdisziplinären Kontext. Dies bedeutet, dass weit über den Unterricht hinausgehende Handlungskompetenz immer deutlicher in den Vordergrund rückt. Fundiertes Sachwissen im Bereich Diagnostik und Intervention wird dabei immer wichtiger. Dies gilt besonders für Verhaltens- und Lernschwierigkeiten. Hierzu gehören differenzierte Kenntnisse hinsichtlich relevanter *begrifflicher Abgrenzungen, möglicher Ursachen* und entsprechender *Diagnosemethoden* bis hin zur Fähigkeit, *Hilfen* zur Vorbeugung, Milderung und Heilung anzubahnen, einzuleiten oder umzusetzen.

Die Erfordernis, solche Kenntnisse und eine damit verbundene Kompetenz im Hinblick auf die Problematik von Verhaltens- und Lernschwierigkeiten bei Kindern zu haben, ist aus einem weiteren Grund wichtig und beruflich unverzichtbar: Der Übergang vom Behindertsein eines Kindes zum sogenannten »Normalbereich« führt immer über eine »*Randgruppe*«. Es sind dies Kinder, welche nicht »erkennbar« behindert sind. Aber sie haben zum Teil erhebliche Probleme bezüglich des zwischenmenschlichen Verhaltens und schulischen Lernens. Nach »außen« gelten sie als nicht behindert, erhalten also oft nicht das Verständnis ihrer Mitwelt, das für »anerkannte« Behinderte heute weitgehend selbstverständlich geworden ist. Andererseits haben sie von ihrem Verhaltens- und Lernvermögen her aber eindeutig Schwierigkeiten im Sinne eines »leichten« Behindertseins. Die Zahl der Kinder, die dieser Gruppe zuzuordnen sind und die in der Regelschule zwangsläufig durch Benachteiligungen gefährdet sind, nimmt zu. Ihnen muss im schulischen und außerschulischen Bereich durch Sachkenntnis, Verständnis und Annahme geholfen werden. Hinzu kommt, dass in der aktuellen pädagogischen und schulpolitischen Diskussion der Frage nach der *Integration behinderter Kinder in die Regelschule* wachsende Bedeutung zukommt. Auch im Hinblick auf diese Entwicklung sind grundlegende wissenschaftliche Kenntnisse ebenso wie Aufgeschlossenheit für die individuelle Persönlichkeitsstruktur jedes einzelnen Kindes notwendig.

Sinn und Ziel dieses Buches soll es sein, einen *Überblick* über einige häufige Verhaltens- und Lernschwierigkeiten zu geben. Es sollen dabei informative Hilfen gegeben werden, um entsprechende Maßnahmen der Prävention und diagnosegeleiteten Intervention im interdisziplinären beziehungsweise professionellen und semiprofessionellen Kooperationsverbund zu realisieren.

In der Praxis der Diagnose und Intervention bei Verhaltens- und Lernschwierigkeiten begegnen uns immer wieder *Komplexität und Verflochtenheit* (auch Überschneidungen) der individuellen Problematik. Trotzdem wird im Interesse begrifflicher Klarheit und wissenschaftlicher Systematisierung jede einzelne (meist auch in der einschlägigen Literatur voneinander abgesetzte) Schwierigkeit für sich betrachtet. Hierzu dient das in Medizin, Psychologie und Pädagogik bewährte *logische Voranschreiten* in der Reihenfolge *Begriff, Symptomatik, Ätiologie, Diagnose und (pädagogische) Hilfeleistung (Therapie)*. Um das Ganze in einen etwas umfassenderen Rahmen zu stellen, wird ein allgemein gehaltener Überblick über Ursachenfrage, Diagnostik und therapeutische Ansätze (vorwiegend auch im außerschulischen Bereich) vorangestellt. Viele Kapitel werden durch *Fallbeispiele* abgerundet. Diese sollen die jeweilige Verhaltens- oder Lernproblematik konkretisieren und veranschaulichen, zugleich Sinn und Ziel des gesamten Inhaltes deutlich werden lassen, ein theoriegeleitetes und zugleich praxisorientiertes *Handbuch für die psychologisch-pädagogische Hilfeleistung* bei Verhaltens- und Lernschwierigkeiten bereitzustellen.

Die Verfasser

Verhaltens- und Lernschwierigkeiten unter allgemein-übergeordnetem Aspekt

1. Definitionsproblematik

Der Titel dieses Buches wird vom Begriff »Verhaltens- und Lernschwierigkeiten« bestimmt. Damit wird versucht, Termini auszuklammern oder weitgehend als synonym zu verstehen, welche in der zurückliegenden literarischen Diskussion denselben Forschungsgegenstand (einen außerhalb des »Normalwertes« liegenden Sachverhalt) zu definieren versuchten. Die Festlegung auf die (miteinander verflochtenen) Bezeichnungen *Verhaltensschwierigkeiten* und *Lernschwierigkeiten* soll vor allem eine mögliche Stigmatisierung im Sinne von »asozial«, »charakterlich negativ« oder »minderwertig« von vornherein ausschließen und den Blick stärker auf die Nöte des davon betroffenen Kindes zentrieren.

In früheren Jahrzehnten und Jahrhunderten herrschte im häuslichen wie im schulischen Bereich die Auffassung vor, »störendes« Verhalten und Probleme beim Lernen könnten ausreichend mit den damals üblichen Erziehungsmethoden angegangen werden. Heute hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Behandlung solcher Schwierigkeiten *fachkundig* durchzuführen ist.¹ Diese inzwischen auch gesellschaftlich akzeptierte Erkenntnis ist weitgehend der wissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahrzehnte zu verdanken, die zunächst eine terminologische Basis für den gemeinsamen medizinischen, psychologischen und pädagogischen Aufgabenbereich der Verhaltens- und Lernprobleme finden musste. Dabei erwies es sich als schwierig, einen Konsens darüber zu finden, die damit zusammenhängenden Einzelprobleme in einem einheitlichen Begriff zu fassen.² Es wurde hierfür eine Anzahl voneinander sich unterscheidender Bezeichnungen verwendet. So findet man bei Domke [1], Kluge [2] und der »GGG« [3] den Ausdruck »abweichendes (deviantes) Verhalten«. Schumann [4] und Bärsch [5] gebrauchen den Ausdruck »schwierig«. Eine Eingrenzung auf das jeweilige pädagogische Handlungsfeld mit »schulschwierig« ist bei Held [6], Kobi [7], Sander [8], Sturny [9] und anderen [10] zu finden. Bleidick [11], Havers [12] und Meyer-Willner [13] sprachen von »erziehungsschwierig« oder »schwer erziehbar«, Bernart [14] von »gemeinschaftsschwierig«. Einen entwicklungspsychologischen Akzent setzte Busemann [15] mit dem Terminus »entwicklungsgehemmt und -gestört«. Hanselmann [16] leitete die Begriffe »verwahrlost« bzw. »haltlos« vom psy-

1 Bereits in den 1960er-Jahren stellt Denk (1967, S. 382) fest, dass sich solche Schwierigkeiten entgegen immer noch verbreiteten Meinungen in den meisten Fällen »nicht mit den üblichen Erziehungsmaßnahmen beheben« lassen.

2 Verstärkt wird diese Unsicherheit von der Tatsache, dass die sich damit auseinandersetzenden wissenschaftlichen Disziplinen Pädagogik, Psychologie, Medizin und Soziologie jeweils eigene Erklärungs- und Behandlungsmodelle entwerfen und durch spezifische Terminologie zu untermauern versuchen (vgl. Thoma 1991, S. 20f.).

chosozialen Aspekt ab. Aepli-Jomini/Peter-Lang [17] gebrauchten die übergreifende Sammelbezeichnung »psychosoziale Störungen«. Lange Zeit verwendete man in der Pädagogik den seit dem ersten Weltkongress für Psychiatrie (1950) von Psychologie und Psychiatrie eingeführten Begriff »Verhaltensstörung«. Man findet ihn beispielsweise bei Bernart [18], von Harnack [19], Denk [20], Grossmann/Schmitz [21], Meves [22], Schumacher [23], beim Deutschen Bildungsrat [24], bei Kloehn [25], Wolff [26], Blackham [27], Köck/Ott [28], Kessel/Göth [29], Czerwenka [30], Speck [31], Clinebell [32] und anderen.

Der Vergleich interpretierender Definition der in den zurückliegenden Jahren verwendeten Bezeichnungen ergibt verschiedene Schwerpunktsetzungen in der Betrachtungsweise und hinsichtlich des Ansatzes der Ursachenfrage. Beispielsweise definierte Kloehn Verhaltensstörung als »die äußerlich sichtbare Reaktion des Körpers (vegetative Symptome) oder des Verhaltens (motorische, affektive soziale Symptome) auf belastende, krankmachende Erziehungseinflüsse, Umweltsituationen oder auch auf Fehleinstellungen der Umwelt gegenüber versteckten Hirnschädigungen« [33] und betonte damit den Ursache-Folge-Zusammenhang. Solches wird auch aus einer Definition des *Deutschen Bildungsrates* erkennbar, der als »verhaltensgestört« bezeichnete, wer aufgrund »organischer, vor allem hirnnorganischer Schädigungen oder eines negativen Erziehungsmilieus in seinem psychosozialen Verhalten gestört ist« [34]. Vielfach wurde »gestörtes Verhalten« als »Abweichung« von einer bestimmten Norm bezeichnet. Als Kriterien hierfür galten schulische oder altersgemäße Normen [35], spezifische soziale Leistungen [36], statistische, funktionale oder Idealnomen [37]. Bald stellte sich die Frage: Welche Normen können als Richtschnur dafür genommen werden, ob ein Verhalten als »normal« oder »gestört« einzustufen ist? Die Übergänge erweisen sich immer noch als fließend. So ist z. B. die Beurteilung des Schülerverhaltens durch den Lehrer oftmals keineswegs objektiv, sondern zeigt sich von subjektiven Einstellungen mitbestimmt [38]. Außerdem lässt sich dasselbe Verhalten je nach individueller Lebenssituation und Handlungserfordernis von der Warte des betroffenen Kindes aus, aber auch aus der Sicht des beurteilenden Pädagogen, als »normal« oder der Normalität »nicht mehr angemessen« bezeichnen (Situationsspezifität) [39]. Hier zeigten sich ungelöste Probleme bei der Definition.

Um den in der Umgangssprache negativ anmutenden und zugleich stigmatisierenden Begriff »Verhaltensstörung« zu vermeiden, wurde später die Bezeichnung »Verhaltensauffälligkeit« eingeführt, so unter anderem bei Schlee [40], Hußlein [41], Fatke [42], Sauter [43], Kluge/Lützenkirchen [44], Bielefeld [45] und Barkey [46]. Letzterer begründet dies z. B. damit, »dass nicht in jedem Fall die verhaltensauffällige Person bestimmte Merkmale aufweist, sondern der Beobachter Verhalten als auffällig wahrnimmt« und damit eben diese Wahrnehmung als ausschlaggebend einbezieht [47]. Dahinter steht die Einsicht, dass »eine Vielzahl subjektiver Momente im Interaktionsprozess« die Beurteilung von Verhalten beeinflusst, [48] Bittner/Ertle/Schmid plädierten für eine mehr »pädagogisch-pragmatische« Orientierung und sprachen von »Problemkindern« oder von »Kindern in besonderen Lebenslagen« [49], die sich »in belastenden pädagogischen Situationen« befinden.

Was den Begriff *Lernbehinderung* angeht, gab und gibt es weitgehende Übereinstimmung. Milhoffer [50] und Bach [51] heben Lernbehinderung als schwerwiegend, lang dauernd und umfänglich hervor. Verschiedentlich (definitorischer Ansatz mehr im Ursachenbereich) spricht man auch von einer Beeinträchtigung der Lernprozesse aufgrund »irreparabler Schäden« [52], »unterdurchschnittlichem Begabungspotenzial« [53] oder »Intelligenzschwäche« [54] im Sinne einer Sonderschulbedürftigkeit.³

In der Literatur ist auch der Begriff *Lernstörung* verbreitet. Im weiten Sinn meint man damit »alle Störungen, welche die Aufnahme, Speicherung, Verknüpfung und Weiterverwendung von Wahrnehmungseindrücken und Lernangeboten hemmen« [55]. Die Diskussion über »Lernstörungen« verweist auch auf Zusammenhänge mit den Normen der Schule und spricht von »Erwartungsabweichungen« oder abweichenden »Fehl- oder Minderleistungen« [56]. Sander [57] sieht diesen Begriff relativ zu festgesetzten Normen, z. B. zur »sozialen Bezugsnorm« (Durchschnitt der Klasse), zur »sachbezogenen Bezugsnorm« (allgemeine Lernziele) und zur »personenbezogenen Bezugsnorm« (Vergleich mit vorangegangenen Leistungen). In Abgrenzung zu Lernbehinderungen werden *Lernstörungen* als weniger schwerwiegend, partiell vorübergehend [58] und somit grundsätzlich als behebbar [59] gesehen. Sie können zu Lernbehinderungen werden, wenn sie falsch behandelt oder übergangen werden [60]. Schröder [61] verweist auf den übergeordneten Begriff *Lernbeeinträchtigungen*, welche z. B. Bach [62] durch die Merkmalsdimensionen »Schwere«, »Dauer« und »Umfang« definiert.

Schließlich gibt es auch noch die Bezeichnung *Schulschwäche* als »Sammelbezeichnung für Lernstörungen, Teilleistungsschwächen, Verhaltensstörungen, Sprachschwierigkeiten, drohende und leichtere manifeste Behinderungen aller Art« [63]. Die Verwendung dieses Begriffes ist unabhängig davon, »ob die Beeinträchtigung psychosozial, soziokulturell oder organisch bedingt ist« [64], und trägt der Tatsache Rechnung, dass in der Praxis meist Überlappungen auftreten und dass Verhaltens- und Lernschwierigkeiten sich gegenseitig bedingen oder »aufschaukeln« können. Der Terminus »Schulschwäche« weist von der Ursachenfrage her auch auf die »Schwäche der Schule« bei der Förderung betroffener Kinder hin.⁴

Angesichts der hier nur knapp aufgezeigten Vielfalt und Verflochtenheit der in der Literatur verwendeten Bezeichnungen ist die Entscheidung für einen Sammelbegriff, der sämtliche das Kind und seine Mitwelt belastende Beeinträchtigungen in Verhaltensweisen und Lernvollzügen einbezieht, nicht einfach und sicherlich auch nicht unproblematisch. Trotzdem wird der im Folgenden verwendete Terminus »*Verhaltens- und Lernschwierigkeiten*« als Möglichkeit angesehen, der Differenziertheit und Komplexität der Gesamtproblematik gerecht werden zu können. Damit verstehen sich »*Verhaltens- und Lernschwierigkeiten*« als Oberbegriff für alle Verhaltensauffälligkeiten, Lern- und Verhaltensstörungen, abweichende Verhaltensweisen, Lernbehinde-

3 Die Abgrenzung und Diagnose einer Lernbehinderung wird meist durch Schuleingangs- oder Intelligenztests vorgenommen. Vgl. hierzu auch Punkt 3.3.6, S. 41 ff.

4 Vgl. die bei den einzelnen Verhaltensschwierigkeiten aufgeführten möglichen Ursachen.

rungen, Lernhemmungen und Schulschwächen, von welchen das Kind und seine Umwelt betroffen werden. Diese mit der terminologischen Schwerpunktsetzung »Schwierigkeiten« [65] charakterisierte Bezeichnung soll vorrangig auf die (in verschiedenen Schweregraden) auftretenden Nöte der betroffenen Kinder verweisen. Auch wird die mehr »technisch« geprägte Formulierung »Störung« vermieden und der Blick deutlicher auf das Menschlich-Persönliche, auf die individuelle Einmaligkeit und auf die existenzielle Problemlage des Kindes gelenkt. Zugleich wird bei der Verwendung des Ausdrucks *Verhaltens- und Lernschwierigkeiten* auch die Betroffenheit der Eltern, Lehrer oder Erzieher miteinbezogen, die als pädagogische Partner des Kindes dessen Nöte immer auch mitfühlen, ihre (pädagogischen) Schwierigkeiten damit haben bzw. selbst für Schwierigkeiten verantwortlich sein können.

2. Ursachen

Zwischen physischen und psychischen Persönlichkeitsbedingungen des Menschen gibt es eine enge Wechselwirkung. Diese steht zusätzlich in Abhängigkeit bzw. unter Beeinflussung geistig-kognitiver und voluntativer Prozesse. Bei der Ursachenforschung im Hinblick auf jeweils spezifische Verhaltens- und Lernschwierigkeiten findet man meist ein individuell geprägtes und daher recht differenziertes Geflecht verschieden entstandener und verschieden zu gewichtender Teilursachen, die mit dem individuellen Sosein jedes einzelnen Kindes eng verflochten sind. Es bedarf daher immer eines sorgfältig diagnostizierten Ursachenbildes, auf welches dann spezifische pädagogische Hilfen abgestimmt werden können.⁵ Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die heute diskutierten Ursachenkomplexe bei Verhaltens- und Lernschwierigkeiten gegeben. Die Unterteilung erfolgt in *endogene Ursachen* und *exogene Ursachen*. Beide Ursachenkomplexe werden wiederum in mehrere Aspekte aufgliedert.

2.1 Der Komplex endogener Ursachen

Mit »endogen« werden Ursachen bezeichnet, die primär in der Person des Menschen selbst liegen. Dazu zählen Ursachen, die (unabhängig von der Art ihres Entstehens) als hirnorganische oder sonstige bereits fixierte Mangelzustände angesehen werden müssen [66]. Solche Behinderungen körperlicher, psychischer und geistiger Art werden von der Medizin hauptsächlich auf drei Störungsbereiche zurückgeführt [67]. Sie können chromosomal bedingt, pränatal entstanden oder auf peri- bzw. postnatale Vorkommnisse zurückzuführen sein.

Die im Folgenden aufgeführten Beispiele wollen und können kein vollständiges Bild aller möglichen endogen bedingten Ursachen geben. Einzubeziehen wäre z. B. auch der Gesamtkomplex von Krankheiten, die aufgrund der Wechselwirkung psychosomatischer Erscheinungen immer auch das Verhalten, die Leistungsfähigkeit, die Stimmung, die Antriebsbefindlichkeit usw. eines Menschen mit beeinflussen. Selbstverständlich ist es für den pädagogischen Bereich auch wichtig, bei der Frage nach den Ursachen auffälligen bzw. veränderten Verhaltens eines Kindes mögliche latente oder akute Krankheiten in die Überlegungen mit einzubeziehen. In Zukunft ist hier im In-

5 Vgl. hierzu die im Folgenden bei den einzelnen Verhaltensschwierigkeiten aufgeführten möglichen Ursachen sowie die darauf abgestimmten pädagogischen Hilfen.

teresse des Kindes an eine engere Kooperation zwischen Pädagogik, Psychologie und Medizin zu denken. In diesem Sinn sind die folgenden Beispiele endogener Ursachen lediglich exemplarischer Art.

2.1.1 *Erblich bzw. chromosomal bedingte Behinderungen*

Eine wesentliche Anlagenkomponente ist nach derzeitigem Stand der Erkenntnisse offensichtlich bei der »autistischen Persönlichkeitsstörung« (Asperger-Syndrom) [68] gegeben. Diese äußert sich in Symptomen wie Abkapselung und Isolierung sowie in einem eigenartigen Interesse für einzelne Gegenstände. Im Gegensatz zum frühkindlichen Autismus ist die Sprache frühzeitig entwickelt.

Der »Neuropathie« liegt ein Steuerungsversagen im vegetativen Nervensystem zugrunde [69]. Sie äußert sich in Schlaf-, Herz- und Kreislaufstörungen sowie in gestörter Nahrungsaufnahme, Verdauung und Motorik. Die Leistungsfähigkeit eines Kindes mit neuropathischer Konstitution ist vermindert. Im psychischen Bereich fallen vor allem Reizbarkeit, Empfindsamkeit sowie geringe Konzentration und Ausdauer auf.

Die »Psychopathie« äußert sich in einer von der Norm abweichenden Persönlichkeitsstruktur und -dynamik. Die Dispositionen hierfür sind erblich mitbedingt, erfahren aber erst unter bestimmten Lebensumständen eine entsprechende Ausprägung.

2.1.2 *Behinderungen durch Vorfälle während der Schwangerschaft (pränatal)*

Im pränatalen Zeitraum erworbene Schädigungen des Kindes sind häufig beim Zustandekommen von Verhaltensschwierigkeiten beteiligt. Solche somatogenen Faktoren sind beispielsweise auf verschiedene Krankheiten der Mutter, auf Medikamente, Strahlen, Gifte, Unfälle und Ähnliches zurückzuführen [70]. Durch eine Erkrankung an Röteln während der Schwangerschaft werden beim Kind oft Herzmuskelfehlbildungen, Gehirnschädigungen sowie Defekte im Auge oder Innenohr hervorgerufen. Entwicklungsstörungen lassen sich nicht selten auch auf Erkrankung der Mutter an Windpocken, Masern oder an echter Virusgrippe zurückführen. Massive Missbildungen und schwere Schädigungen des Kindes können durch Einnahme von Medikamenten (vgl. »Contergan«) oder von Alkohol-, Nikotin- oder Drogenmissbrauch (z.B. »Crack Babys«) verursacht werden [71]. Eine Blutgruppenunverträglichkeit (Rhesus-Inkompatibilität) führt zu einer Agglutininproduktion, bei der die Reifung der Blutkörperchen im Knochenmark unterbunden wird. Dies kann oft eine Schwach- bzw. Minderbegabung des Kindes bewirken. Ebenso können Röntgen- und Radiumstrahlen infolge der durch sie verursachten Schädigung des Zentralnervensystems für embryonale Störungen verantwortlich sein, die sich später beim Kind in Minderbe-

gabung ausdrücken. In mögliche pränatale Ursachen für Schädigungen des Kindes müssen auch Unfälle der Mutter oder ungeklärte Blutungen während der Schwangerschaft miteinbezogen werden. Deren Auswirkungen lassen sich nur recht undifferenziert vorhersagen. Gefahr ist auch dann gegeben, wenn aufgrund von Uteruskrämpfen oder einer ungünstigen Einbettung des Eies in der Gebärmutter Störungen in der Ernährung und Sauerstoffversorgung des Embryos auftreten [72]. Alle hier genannten Beispielen pränataler Schädigung sind als »exogen verursachte Missbildungs-Retardierungs-Syndrome« [73] einzustufen.

2.1.3 Vorkommnisse während und nach der Geburt (peri- und postnatal)

Hier ist als Erstes die sogenannte »Risikogeburt« [74] zu nennen, die bei einer zu langen Zeitspanne vom Beginn der Wehen bis zur eigentlichen Geburt (länger als sechs Stunden), durch eine Sturz- oder Notgeburt ohne Versorgung, bei Geburtskomplikationen, Frühgeburt (Schwangerschaftsdauer weniger als 37 Wochen, Geburtsgewicht weniger als 2 500 g)⁶ [75] oder Spätgeburt (Übertragung mehr als 14 Tage) gegeben ist. Hirnschäden entstehen mitunter bei der Geburt auch durch unmittelbare Gewalt. Dabei wird das Gehirn durch eine Verengung des Geburtskanals der Mutter oder aufgrund zu heftigen und langen Drucks der Geburtshelferzange bzw. zu langer Anwendung der Saugglocke unmittelbar geschädigt [76]. Auch eine anomale Lage des Kindes (Verschiebung der Schädelknochen) [77] oder ein nicht normaler Verlauf der Wehentätigkeit können zu Dauerschäden beim Kind führen. Sauerstoffmangel (z. B. bei Asphyxie) tritt bisweilen vor oder während der Geburt auf verschiedene Weise ein⁷ [78] und hat unter Umständen Hirnschädigungen zur Folge, die eine (oft unerkannte) Ursache für Verhaltensschwierigkeiten darstellen.⁸ Zu den möglichen endogenen postnatalen Ursachen von Verhaltens- und Lernschwierigkeiten ist auch ein komplizierter gesundheitlicher Verlauf der ersten Lebensjahre zu zählen. Schwere Krankheiten wie Asthma, Diabetes, Hirnentzündung, Hirnhautentzündung, Stoffwechselkrankheiten, Krämpfe, Impferkrankungen mit hohem Fieber, eine allgemeine starke Krankheitsanfälligkeit, leichte körperliche Behinderungen oder Sinnesbehinderungen sowie eine permanente ärztliche Behandlung (als Hinweis auf mögliche organische Krankheiten) sollten bei der Erforschung der Ursachen grundsätzlich in die Überlegungen miteinbezogen werden [79].

6 Bei einer Frühgeburt werden dem kindlichen Organismus die gewaltigen Anforderungen der Geburt und der ersten Lebenswochen in einem Stadium der Unreife zugemutet. Dies geht oft nicht spurlos am Gehirn vorüber, weshalb bei frühgeborenen Kindern häufig Anzeichen leichter Hirnschädigungen zu finden sind. Oft zeigt sich dies lediglich in einem aufholbaren »Entwicklungsrückstand«, doch können manche Kinder auch Dauerschäden davontragen.

7 Beispielsweise durch zugespresste Nabelschnur, Abschnürung der Atemwege durch Nabelschnurumschlingungen, Behinderung der Atemwege durch Schleim oder Fruchtwasser.

8 Vgl. Kapitel über frühkindliche Hirnschädigungen, S. 81 ff.

2.1.4 Entwicklungsstörungen

Bei Entwicklungsstörungen handelt es sich nicht um alters- oder entwicklungsgebundene Verhaltensänderungen (z. B. Trotzphasen), sondern um Reifungsabweichungen von der altersgemäßen Norm [80]. Mit »Retardierung« bezeichnet man einen psychophysischen Entwicklungsstand, der nicht erkennbar hirnorganisch verursacht ist und sich meist als aufholbar herausstellt. Der zu Beginn langsamere psychisch-geistige Entwicklungsverlauf erreicht den durchschnittlich üblichen Reifezustand meistens im dritten Lebensjahrzehnt bzw. nähert sich diesem an [81]. Emotional retardierte Kinder sind häufig sehr zuwendungsbedürftig und benötigen besonderes Verständnis. In der Schulklasse geraten sie leicht in Außenseiterpositionen [82]. Neben solchen *universell retardierten* Kindern weisen *partiell retardierte* Kinder Retardierungen einzelner Organe, bestimmter Funktionssysteme oder der äußeren Gestalt (z. B. kleinkindliche Gestalt bis zum neunten/zehnten Lebensjahr) auf [83]. Die ebenfalls zu den Entwicklungsstörungen zu zählende »Akzeleration« bedeutet eine Entwicklungsbeschleunigung oder auch eine Frühreife [84]. Im Zusammenhang mit Verhaltensschwierigkeiten ist hier lediglich auf organisch bedingte und milieubedingte Frühreife einzugehen, durch welche sich Kinder von ihren Altersgenossen abheben. So können z. B. psychische Konflikte infolge eines verfrühten Beginns der Geschlechtsreife auftreten. Milieubedingte psychische Frühreife findet man oft bei Kindern aus autoritätsgebundenen Familien. Sie äußert sich in einem kühlen, distanzierten Wesen des Kindes, welches gleichzeitig ein folgsames, williges, wohladaptiertes und formal gewandtes Verhalten an den Tag legt [85].

2.1.5 Störungen der endokrinen Drüsenfunktionen (Endokrinopathien)⁹

Gestörte Drüsenfunktionen [86] bewirken einen mehr oder minder großen Mangel an Ausgeglichenheit im Hormonhaushalt des Körpers. Dies führt dann zu Beeinträchtigungen psychischer Befindlichkeiten (emotionale Störungen, Übererregbarkeit usw.). Als spezielle Störungen dieser Art sind unter anderen die »Dystrophia adiposogenitalis«, »Adiposogigantismus« und »hypophysärer Zwergwuchs« zu nennen. *Dystrophia adiposogenitalis* bezeichnet eine Krankheit, die aus einer Unterfunktion der Hypophyse resultiert. Sie äußert sich in ungewöhnlicher Fettleibigkeit, Trägheit, seelischer Labilität, Antriebsarmut und einem großen Geltungsbedürfnis des Kindes, das zu meist nicht erfüllt wird und deshalb nicht selten zu einem Verhalten der Resignation führt. *Adiposogigantismus* ist ebenfalls auf eine Störung der Hypophyse zurückzuführen. Bei dieser Krankheit trifft Fettleibigkeit mit einem übersteigerten Längenwachstum zusammen. Meist sind Mädchen von dieser Krankheit betroffen. Solche Kinder sind extrem groß und schwer, antriebsschwach, schwer ansprechbar, haben ein übersteigertes Schlafbedürfnis und besitzen wenig Initiative, Kraft und Durchhaltevermö-

9 Vgl. auch die Ausführungen beim Kapitel »Hyperthyreose«, S. 98 f.

gen. *Hypophysärer Zwergwuchs* wird durch Störungen im Vorderlappen der Hypophyse und einem dadurch erzeugten Mangel an Wachstumshormonen hervorgerufen [87]. Diese Krankheit äußert sich in Kleinwuchs, aber auch in einem Zurückbleiben der intellektuellen Entwicklung, in Angstzuständen, Aggressivität, Nervosität und einem starken Geltungsbedürfnis [88].

2.2 Der Komplex exogener Ursachen

Mit »exogen« werden diejenigen Faktoren bezeichnet, die von der Außenwelt (vorwiegend mitmenschlicher Umwelt) her auf das Kind einwirken. Schenk-Danzinger hält exogene Störungen in erster Linie für das Resultat von Lebensumständen, in denen es dem Kind an einer ausreichenden Befriedigung seelischer Grundbedürfnisse mangelt [89]. Dies betrifft vorwiegend Familienkonstellation, Erziehungsstil, sozioökonomische Verhältnisse und Schule.

2.2.1 Die Familie

Familienpsychologische und systemtherapeutische Befunde machen deutlich, »wie besonders verhaltensauffällige Kinder innerfamiliäre Probleme ausdrücken und deren Opfer werden« [90]. Die Familie als zentraler Bereich kindlicher Lebenswelt ist störanfällig geworden. Problematisch für das Kind sind vor allem die im Zuge der veränderten Kindheit entstandenen, recht unterschiedlichen Familiensituationen [91].

Die *Teilfamilie* (alleinerziehende Elternteile), bei welcher der dem Kind noch zur Verfügung stehende Elternteil meist auch berufstätig ist, bringt in einzelnen Fällen Vereinsamung und Mangel an Geborgenheit mit sich. Dies muss jedoch nicht zwangsläufig sein, wenn die elterliche Bezugsperson dem Kind auch in dieser Situation Annahme, Verständnis, Geborgenheit und Liebe schenkt.¹⁰ Ist dies jedoch wenig oder nicht der Fall, stellen sich psychische Deprivationserscheinungen (mangelndes Selbstwertgefühl, soziale Vereinsamung, Überbehütung oder Verwahrlosung)¹¹ ein. Noch problematischer kann sich die Erziehungssituation bei *Scheidungsweisen* (das Kind kann bei keinem der beiden Elternteile leben) auswirken.

Die Schwierigkeit der *Stiefvater-/Stiefmuttersituation* liegt meist in der Angst der Erziehungsperson, das Kind falsch zu behandeln. Leicht entsteht so eine allzu nachgiebige oder auch ungleiche Erziehungshaltung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass das Kind auf den neuen Partner eifersüchtig ist oder ihn ablehnt. Umgekehrt kann aber auch das Kind abgelehnt werden oder seine Beziehung zum Vater/zur Mutter ein Grund für negative Bezüge sein.

10 Neuere Untersuchungen deuten darauf hin, dass berufstätige Mütter/Väter oftmals ihren Kindern mehr Zeit widmen als nicht berufstätige, deren Bezug zum Kind von eigener Egozentrik überschattet ist.

11 Vgl. das Kapitel über »Verwahrlosung«, S. 237 ff.

Besondere Schwierigkeiten tun sich bei Kindern auf, die in *zerrütteten Ehen* aufwachsen, deren Alltag von Streit und Konflikten geprägt ist. Meist wird das Kind zwischen Vater und Mutter hin- und hergerissen, denn es kann jeweils nur eine Position ergreifen. Anstatt Liebe und Verständnis zu erfahren, sieht es sich mit Aggression, Streit bzw. Beleidigungen und Tätlichkeiten konfrontiert – oder es wird bewusst oder unbewusst von einem Elternteil oder seinem Umfeld gegen den anderen Elternteil beeinflusst, diesem entfremdet (Parental Alienation Syndrome) bzw. als Rache oder Machtmittel missbraucht. So wird die Entfaltung und Festigung einer psychisch stabilen Bindung zwischen Eltern und Kind sehr erschwert.

Verhaltensschwierigkeiten entstehen bisweilen auch aus der Geschwistersituation innerhalb der Familie. Die *Einzelkindsituation* beispielsweise führt oft zu Anpassungsschwierigkeiten, Unselbstständigkeit oder Egoismus, weil sich Aufmerksamkeit und (oft überzogene) Fürsorge ungeteilt auf das Kind erstrecken und dieses nicht gewohnt ist, zugunsten anderer zurückzustecken und seine »Mittelpunktsrolle« aufzugeben. Ähnliche Probleme treten bei sogenannten »Nachzüglern« auf. Meist sind deren Eltern schon älter und legen eine dadurch bedingte größere Ängstlichkeit und Verwöhnung an den Tag, deren Erziehungsergebnis dem bei Einzelkindern gleicht. Mögliche Ursachen für Verhaltensschwierigkeiten können auch durch die *Geschwisterzahl* bedingt werden. Mit zunehmender Familiengröße sinkt das Ausmaß der personalen Zuwendung für das einzelne Kind [92]. Andererseits bietet der Umgang mit Geschwistern auch zahlreiche positive Möglichkeiten sozialen und kognitiven Lernens.

Die Personalstruktur der Familie allein darf nicht isoliert als Ursachenfaktor gewertet werden. Bei der Entstehung auffälligen Verhaltens treffen fast immer mehrere Faktoren zusammen. So muss neben der personell vorgegebenen Familiensituation auch der dort vorherrschende Erziehungsstil untersucht werden.

2.2.2 Der Erziehungsstil

Hinsichtlich des Erziehungsstils unterscheidet man insbesondere Übersteuerung, Untersteuerung, Erziehungshärte, Überbehütung, inkonsequente Erziehung, Persönlichkeitsmissachtung und wirklichkeitsfremde Erziehung.

Bei der sogenannten *Übersteuerung* wird das Leben des Kindes in beinahe allen Erscheinungsbereichen von den Erziehungspersonen bestimmt. Dadurch wird das Kind immer unselbstständiger, darf kaum Entscheidungen fällen und verhält sich kaum noch spontan. Infolge der Freiheitsbeschränkung entstehen Spannungen, die sich in Trotz oder Abwehr äußern. Auch führt das vom Kind erlebte Vorbild dazu, selbst schwächere Spielkameraden oder Mitschüler zu dirigieren und zu gängeln [93]. Ein gegenteiliger Erziehungsstil ist *Untersteuerung*, bei der das Kind sich selbst überlassen ist und wenig Anregung erfährt. Kinder, die unter solchen Erziehungsumständen aufwachsen, empfinden bereits durchschnittliche Anforderungen an ihr Verhalten als Überforderung. Sie sind passiv, entschlussschwach und unsicher. Sie können aber auch dazu neigen, ihre Umgebung zu beherrschen [94]. Werden als erzieherische Mit-

tel Drohung, Strafen oder abwertende Kritik in den Vordergrund gestellt, während Belohnung, Lob und Anerkennung ausbleiben, führt diese *Erziehungshärte* beim Kind zu Unsicherheit, Zweifel an den eigenen Fähigkeiten oder aber zu Trotz, Resignation und Distanz von gestellten Aufgaben [95]. Wird das Kind extrem unterstützt (besser: gestützt) und erfährt zu viel Hilfe und Wunscherfüllung, spricht man von *Überbehütung*. Diese führt zu Unselbstständigkeit oder Anspruchssteigerung.¹²

Bei der *inkonsequenten Erziehung* schwankt der Erzieher zwischen unterschiedlichen Erziehungsstilen, oder verschiedene Erzieher praktizieren verschiedene Erziehungsstile nebeneinander. Dies führt einerseits zu Unsicherheit, Verwirrung und Ängstlichkeit des Kindes, da gleiche Verhaltensweisen unterschiedlich gewertet werden. Andererseits fördert es ein Verhalten, bei dem das Kind nur mehr den eigenen Vorteil sucht und dabei den Erzieher erpresst [96]. Wird ein Kind von den Eltern nicht so angenommen, wie es ist (in seinem individuellen Sosein), und dadurch seine Persönlichkeit missachtet, passt es sich oft den Wunschkonstellationen seiner Erziehungsumwelt an, weil es damit Anerkennung und Liebe findet. Eine Anpassung gelingt jedoch meist nur äußerlich. Das entwickelt dann ein zwiespältiges Persönlichkeitsbild. Der *wirklichkeitsfremde Erziehungsstil* kann in zwei Formen auftreten. Einmal wird das Kind auf eine nicht real existierende ideale Wunschwelt vorbereitet, in der es nichts Negatives und Böses gibt. Im anderen Fall zielen die Erziehungsansätze auf eine als feindlich angesehene Umwelt und legen dabei abhärtende und spartanische Maßnahmen zugrunde. In beiden Fällen prägt sich bei Kindern ein hilfloses Verhalten aus. Sie reagieren falsch und werden nicht selten zu Außenseitern und Einzelgängern.

Nach Befunden von Silbereisen/Schwarz/Wiesner/Rinker [97] zu »Anteil und Bedeutung autoritativer Erziehung in verschiedenen Lebenslagen« bzw. Schwarz/Silbereisen [98] erweist sich insgesamt ein autoritativer (nicht autoritärer) Erziehungsstil, der einerseits durch »liebvolle und fürsorgliche Beziehung zum Kind« [99] und »klare Regeln« [100] andererseits gekennzeichnet ist, »für die altersgerechte und sozial angemessene Entwicklung von Kindern und Jugendlichen als förderlich« [101]. Silbereisen et al. [102] untersuchten insbesondere, ob sich ein solcher Erziehungsstil auch unter ungünstigen Bedingungen als erfolgreich erweist und kamen zu folgendem Ergebnis: »Die autoritative Erziehung ist über die verschiedenen Lebenslagen und Bereiche der Entwicklung der Kinder hinweg als das günstigere Erziehungsverhalten zu betrachten« [103], wobei »autoritative Erziehung dort am ehesten schützen kann, wo die Lebensbedingungen besondere Risiken bereithalten« [104].

2.2.3 Sozioökonomische Verhältnisse

Zu ungünstigen sozioökonomischen Verhältnissen zählt man beispielsweise beengte Wohnverhältnisse, ungünstige Wohnumgebung (geringe Spielmöglichkeiten der Kin-

12 Vgl. das Kapitel »Überbehütung«, S. 228 ff.

der) und wirtschaftliche Minderbemittlung [105]. Verschiedentlich wird die Meinung vertreten [106], dass psychische Störungen bei sozial unterprivilegierten Gruppen und in Randgebieten der Gesellschaft häufiger auftreten. So zeigte sich bei verschiedenen Untersuchungen verhaltensauffälliger Kinder, dass sowohl frustrierende emotionale wie auch problematische sozioökonomische Verhältnisse im Erziehungsumkreis dieser Kinder vorlagen. Daraus kann jedoch nicht pauschal eine Prädestination oder Prädisposition zu Verhaltensschwierigkeiten bei Kindern unterer sozialer Schichten abgeleitet werden. Sicherlich aber erhöht sich in solchen Fällen die Wahrscheinlichkeit des Zustandekommens von Verhaltensschwierigkeiten, vor allem wenn andere zusätzliche ungünstige Faktoren hinzukommen. Nach Thalmann [107] hängen psychische Erkrankungen bei Kindern mehr von anderen Ursachenfaktoren ab als von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe. Weit wichtigere Bedingungen sind die *mütterliche Pflege*, die *Einstellung der Eltern zu Schule und Erziehung* und das *emotionale Klima im Raum der Familie*. In den USA kennt man den Begriff des »marginally child«, der sich auf Kinder von Minderheiten rassischer oder sprachlicher Art bezieht [108]. Solche Minoritäten gibt es zunehmend auch in unserer Gesellschaft. Durch Isolation, Ablehnung oder sogar Bekämpfung dieser Familien geraten deren Kinder leicht in eine Außenseiterrolle und entwickeln dabei Verhaltensschwierigkeiten. Bei Kindern mit nicht deutscher Muttersprache bewirken mitunter auch mangelnde Sprachkenntnisse ein teilweises Schulversagen verbunden mit kontaktmäßiger Isolation dieser Kinder [109].

2.2.4 Die Schulsituation

Das Schulkind verbringt einen großen Teil seiner Zeit in der Schule. Es erfährt dabei unter Umständen zusätzliche Belastungen, die im Zusammenhang mit unterrichtlichen und erzieherischen Ansätzen dieser Institution stehen. Faktoren, die Verhaltensschwierigkeiten mitprägen, sind unter anderem Einschulung, Klassenfrequenz, Leistungsdruck, Schulbusfahren, Schulwechsel, Unterrichtsstil und Lehrerverhalten.¹³

Die *Einschulung* stellt für das Kind eine völlig neue Lebenssituation dar, besonders wenn es zuvor keinen Kindergarten besucht hat. Zur Verpflichtung, jeden Tag zur Schule zu gehen, kommen auch noch ein fester Zeitplan, gültige Regeln und Hausaufgaben, die zu beachten sind. In der Schule muss das Kind sich in eine Gruppe einfügen und sich mit Gleichaltrigen auseinandersetzen. Der Lehrer wird zur neuen Bezugsperson. Er stellt Aufgaben und beurteilt Leistungen und Verhalten. Das Kind erfährt jetzt, dass es neuen Anforderungen (des Lehrers und auch der Eltern) gerecht werden soll. Besonders problematisch kann der Schulanfang für Kinder werden, die einen ausgeprägten Dialekt sprechen. Auch allzu frühzeitige Einschulung (z. B. aus falschem Ehrgeiz der Eltern) begünstigt gelegentlich den Beginn oder die Verschärfung von Verhaltensschwierigkeiten. Insgesamt stellt die Einschulung einen Einschnitt im

13 vgl. auch das Kapitel über »Schulangst«, S. 136 ff.

Leben des Kindes dar, der je nach individueller psychischer Verarbeitung die weitere Schullaufbahn positiv oder negativ beeinflusst.

Eine hohe *Klassenfrequenz* erschwert bei manchen Kindern die soziale Integration. Dem Lehrer ist es kaum möglich, sich intensiv mit jedem einzelnen Kind zu beschäftigen. Allein von der Dauer der zeitlichen Zuwendung her ergeben sich geringere Möglichkeiten, je höher die Schülerzahl in einer Klasse ist. Zudem fallen Verhaltensprobleme und psychische Nöte weniger auf oder werden erst (zu) spät wahrgenommen. Innerhalb der Klasse kommt es meist zur Bildung mehrerer kleiner Gruppen, die gelegentlich miteinander rivalisieren. Dies erfordert vor allem bei hoher Klassenfrequenz eine große Durchsetzungsfähigkeit. Gerät ein Kind dabei in die Position eines Außenseiters, so gerät es in die Isolation und erlebt sich hilflos bezüglich seiner sozialen Integration.

Eine Übergewichtung kognitiver Lernziele im Grundschulbereich führt erfahrungsgemäß zu einem Ansteigen der Leistungsanforderungen. Der damit entstehende *Leistungsdruck* und *Konkurrenzkampf* wird von manchen Eltern unterstützt, die die Schule als Zuteiler von Berufschancen und gesellschaftlichen Aufstiegsmöglichkeiten betrachten und daher einen möglichst qualifizierten Schulabschluss ihrer Kinder anstreben [110]. Manche Kinder vermögen diesen Anforderungen nicht gerecht zu werden. Sie sind dann überfordert und bringen ihre psychische Not durch auffälliges Verhalten verschiedenster Symptomatik zum Ausdruck.

Infolge der *Zentralisierung im Schulbereich* müssen viele Schüler mit dem *Schulbus* zur Schule fahren. Nach Ortner [111] bringt dies für zahlreiche Grundschulkinder gesundheitliche Beeinträchtigungen der verschiedensten Art. Insbesondere psychosomatische Beschwerden wie Übelkeit und Erbrechen, Kopfschmerzen, Ermüdungserscheinungen, Schwindel, Kreislaufbeschwerden, Nervosität, Stress, Bauchschmerzen und ähnliche psycho-vegetative Störungen belasten die vom Schulbusfahren betroffenen Kinder schon vor Beginn des Unterrichts und wirken sich negativ auf die Leistungsphase nach Schulbeginn aus. Andere Umstände des Schulbusfahrens, wie Bedrohung, Gewaltanwendung, Hänseleien oder Bloßstellung durch ältere Mitschüler, führen bei sensiblen Kindern zu Ängsten und zu einer Verstärkung krank machender Störungen (z.B. Schulangst, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen), die bereits vorhandene Schwierigkeiten überlagern bzw. verstärken.

Auch *Veränderungen der Schulsituation* stellen unter Umständen eine Belastungssituation für das betroffene Kind dar. Der Umzug in eine andere Wohnung (und der damit verbundene Schulwechsel) oder der Wechsel der bisherigen Bezugsperson in der Schulklasse (Lehrerwechsel) bringen manches Kind aus seinem psychischen Gleichgewicht [112]. Ebenso kann ein neu eingeführtes schwieriges Unterrichtsfach Bewältigungsschwierigkeiten und bisweilen auch der Verlust des bisherigen Freundes oder Freundeskreises Probleme mit sich bringen.

Auch der vorherrschende *Unterrichtsstil* stellt einen Belastungsfaktor dar, wenn durch ihn individuelle Begabungsstrukturen und Persönlichkeitsmerkmale des Kindes zu wenig Berücksichtigung finden. Dominiert der Frontalunterricht oder wird er zu wenig durch differenzierende Maßnahmen, Gruppenbildung, offene Unterrichts-

gestaltung oder Freiarbeit aufgelockert, reduziert sich das individuelle Eingehen auf das Kind. Damit ergeben sich weniger interpersonale Bezüge (Kind – Lehrer, Kind – Gruppe), weniger Berücksichtigung individuell notwendiger Lern- und Förderansätze und geringere Chancen für das Kind, persönliche Begabungsschwerpunkte in der schulischen Mitarbeit zu verwirklichen. Auch situative Interessen, biografische und lebensweltgebundene Erfahrungen sowie momentane Stimmungslagen können bei lehrerzentriertem Unterricht zu kurz kommen [113]. Jedes Kind aber braucht die Vermittlung von Selbstsicherheit, Selbstwerterleben, sozialer Kontaktnahme, Bestätigung, Lob, Anerkennung und Lernen auf der Basis eigener Leistungsfähigkeit, damit es Schule nicht ablehnt und seine Mitarbeit einbringt [114]. Was die *Unterrichtsmethode* angeht, verstärkt sich in neueren Untersuchungen die alte Erkenntnis, »dass es wahrscheinlich *nicht* eine, für alle Schüler geeignete optimale Unterrichtsmethode gibt« [115]. Da Unterrichtserfolg oder -misserfolg in engem Zusammenhang auch mit Lernschwierigkeiten steht, stellen Dominanz oder weitgehende Verabsolutierung von Unterrichtsmethoden eine Gefahr pädagogischer Missachtung der Individualität des Kindes dar. Individuell angepasste Methodenvariation erfordert zwar mehr umfangreicheres didaktisches Wissen und höheren Einsatz des Lehrers, kann aber für das Kind das entscheidende Kriterium für seinen Lernerfolg sein.

Verhaltensschwierigkeiten von Kindern werden gelegentlich auch durch problematisches *Lehrerverhalten* begünstigt. Neben der Gestaltung des Unterrichts bestimmt der Lehrer (die Lehrerin) auch soziale und emotionale Beziehungen sowie das Zusammenleben innerhalb der Klasse mit. Hier können persönliche Eigenarten des Erziehers positive wie negative Auswirkungen mit sich bringen (Gefühlslagen, Stimmungen, Gereiztheit, leicht aufbrausendes Wesen, autoritäres Verhalten usw.) [116]. Die persönliche gesundheitliche Konstitution, das psychische Charakterbild, Begabungsschwerpunkte (»Steckenpferde«), soziale und politisch-weltanschauliche Grundeinstellungen des Lehrers lassen sich in den meisten Fällen auch durch vorgenommene Selbstkontrolle nicht ganz verobjektivieren oder gar ausschalten. So beeinflussen z. B. Vorurteile des Lehrers seine Schülerbeurteilung, ohne dass dies vom betroffenen Kind korrigiert werden könnte. Oder es wird von der Schulleistung auf die Gesamtpersönlichkeit des Schülers geschlossen (Missachtung des individuellen Soseins). Nicht selten werden verhaltensauffällige Kinder gerade wegen ihres den Unterricht störenden Verhaltens diskriminiert und bloßgestellt. Recht schnell leisten Mitschüler dann den entsprechenden »Transfer« und übertragen dabei die Einstellung des Lehrers auf eigenes Verhalten dem Mitschüler gegenüber (Spott, Ablehnung, Minderbewertung) [117]. Untersuchungen [118] zeigen, dass in Klassen, deren Lehrer einen autoritären Führungsstil praktizieren, Verhaltensschwierigkeiten besonders häufig aufzufinden sind. Lehrer sollten daher bei der Untersuchung der Ursachenfrage von Verhaltensschwierigkeiten eines Kindes grundsätzlich auch eine *Selbstanalyse* vornehmen und die Frage untersuchen, ob etwa vorhandene intrapersonale Konflikte (eigene Probleme, Stresssituationen, gesundheitliche Schwierigkeiten) sich mittelbar auf das Verhalten von Schülern auswirken, die dann beim Erziehungs- und Unterrichtsgeschehen in mehr oder minder großem Ausmaß davon betroffen werden.

2.2.5 Zeitgeist und Gesellschaftsstruktur

Bei der Erforschung und diagnostischen Verdeutlichung des Ursachengeflechts von Verhaltensschwierigkeiten müssen auch gesellschaftliche Bedingungen in die Überlegungen miteinbezogen werden. Bedingungen und Strukturen gesellschaftlicher Verhaltenstendenzen mit ihren vielfältigen Auswirkungen auf Zusammenleben, Erleben und Verhaltensprägung begünstigen zwangsläufig auch Fehlverhalten von Kindern. Existiert z.B. kein klar umrissenes und allgemein akzeptiertes Werte- und Normensystem, innerhalb dessen sich das Kind eine verlässliche Orientierung verschaffen kann, fehlt ihm die (gerade in den Jahren der Entwicklung und Reifung notwendige) Stützbasis, um eigenes Verhalten ausrichten bzw. überprüfen zu können. Das Kind wird orientierungslos und unsicher innerhalb der Vielfalt sich zum Teil widersprechender Verhaltensweisen, Wertorientierungen und Handlungsansätze seitens seiner Eltern, Erzieher, Lehrer und mitmenschlichen Umwelt. So fühlt es sich überfordert, wenn z.B. in der Schule andere moralisch-ethische Grundsätze und Werte gefordert werden als zu Hause oder in Vorgaben des Fernsehens. Es wird zu ständig neuen und wechselnden Entscheidungen gezwungen, die sich widersprechen und damit direkt Labilität und Orientierungslosigkeit im eigenen Verhalten begünstigen. Verhaltensschwierigkeiten vor allem im sittlichen Bereich (z.B. Lügen, Stehlen, Aggressivität, Egoismus) werden auf diese Weise »vorprogrammiert«.

Ein weiterer Teilfaktor innerhalb des Ursachenkomplexes für Verhaltensschwierigkeiten ist in der Erziehungssituation des häuslichen Umfeldes zu finden. Hier ist auf die Gefahr mangelnder emotionaler Sicherheit, Geborgenheit und Identifikation hinzuweisen, wenn das Kind lange Tages- und Nachtzeiten auf sich allein gestellt ist. Pädagogik, Psychologie und Pädiatrie¹⁴ wissen heute, dass für eine psychisch gesunde Entfaltung des Kleinkindes und Kindes im Vor- und Grundschulalter eine stabile und Sicherheit vermittelnde familiäre Bezugsgruppe, Geborgenheit und möglichst umfassende Zuwendung, Liebe und Annahme notwendig sind. Zunehmend mehr Kinder leiden heute diesbezüglich an einer Mangelsituation. Für sie erhöht sich die Gefahr, eben dadurch in Verhaltensnöte zu geraten.

Eine Konsumgesellschaft, welche das Lustprinzip in den Vordergrund stellt, führt zu einem Leben mit herabgesetztem und nivellierendem Triebverzicht. Lebensäußerungen und Verhalten werden vorzugsweise daran ausgerichtet, den Lebensgenuss zu suchen und möglichst nur mehr Angenehmes zu tun. Das Verhalten der in einem solchen Verhaltensumfeld aufwachsenden Kinder wird davon nachhaltig geprägt. Dies umso mehr, wenn im häuslichen Umfeld kein anderes Vorbild erlebt wird. Reduzierte, nivellierte oder nahezu ausgeschaltete Fähigkeit zum Verzicht aber stellt einen gravierenden Negativfaktor für soziales Verhalten dar.

Auf ähnlicher Linie liegt die heute sich breitmachende Übersexualisierung im gesellschaftlichen Bewusstsein und Verhaltenstrend. Von den verschiedensten Seiten

14 Hellbrügge fordert z.B. im Interesse der psychischen Gesundheit des Kindes »Eltern, die rund um die Uhr für ihr Kind da sind« (anlässlich eines Vortrages vor Kinderärzten und Erziehern).

(insbesondere durch Medien, Talk-Shows, Videokonsum und Internet) werden Kinder mit Bildern, Szenen und Informationen belastet, welche ihren seelisch-geistigen Entwicklungsstand überfordern. Immer wieder wird Sexualität häufig in perverser Form präsentiert und (wahrscheinlich damit zusammenhängend) Kindern im sexuellen Missbrauch aufgezwungen. Werden solche Erfahrungen und Erlebnisse nicht im Gespräch mit Eltern oder den Kindern vertrauten Personen verarbeitet, zurechtgerückt und in ihrer psychisch schädlichen Auswirkung entschärft, resultieren daraus (oftmals zunächst nur verdeckte) emotionale Störungen, Ängste und Fehlentwicklungen im persönlichen, sozialen und (später) partnerschaftlichen Verhalten. In gleicher Weise wirken sich für Kinder auch gewaltverherrlichende Erlebnisse in ihrer Umwelt und im Fernseh- bzw. Videokonsum aus. Störungen des Gefühlslebens und davon beeinflusste Verhaltensweisen sind die Folge.

2.3 Theoretische Erklärungsmodelle zur Ursachenfrage

Die Haupteinteilung der Ursachenfrage bei Verhaltensschwierigkeiten in »endogene« und »exogene« Ursachen entspricht einer heute vielfach verwendeten Praxis im systematischen Zugriff zu diesem Problemkomplex. Sie erleichtert zunächst die Grobunterscheidung, inwieweit genuin somatogene (vererbte, krankheitsbedingte physische, organbedingte) oder umweltbedingte (durch Erziehungseinflüsse erworbene) Ursachen vorliegen. Die Erfahrung zeigt zwar, dass durch Anlage und Umwelt bedingte Wechselwirkungsprozesse in den meisten Fällen ganz wesentlich das Ursachegeflecht bestimmen. Deshalb ist es immer gut, im diagnostischen Kontext beide Komplexe gründlich zu durchleuchten und in die Ergebnisfindung mit einzubeziehen. Neben der Einteilung der Ursachenfrage in endogene und exogene Faktoren gibt es (mehr als übergreifenden und eigenständigen Ansatz) theoretische Erklärungsmodelle. Von ihnen sind hauptsächlich die »psychoanalytische«, die »individualpsychologische« und die »lerntheoretische« Erklärung zu nennen.¹⁵

15 Daneben bestehen jedoch weitere Erklärungsmodelle: Das medizinische Erklärungsmodell versteht abweichendes Verhalten als »Symptom für einen in der Person sich vollziehenden abnormen Prozess« analog eines krankhaften Körperzustandes, jedoch von der organischen Struktur des zentralen Nervensystems (in der Alltagssprache als »Seele«, »Geist«, »Psyche« bzw. »Nerven« bezeichnet) ausgehend (vgl. Thoma 1991, S. 34). Dem interaktionistischen Erklärungsmodell (bekannt auch als »implizite Persönlichkeitstheorie«, »Etikettierungsprozess« bzw. »Labeling-Ansatz«) liegt ein Interaktionsschema zugrunde, wonach »verhaltensgestört ist, wer von einer sozialen Instanz als normabweichend beurteilt wird«. Gleichzeitig wird unterstellt, dass nicht die verletzte Norm änderungsbedürftig ist, sondern der auffällige Organismus an jene angepasst werden muss. Bekanntestes Beispiel zur Untermauerung dieser Theorie ist der »Pygmalion-Effekt« (Rosenthal/Jacobsen 1971), bei dem Schüler bestimmte Etikettierungen des Lehrers in ihr Selbstkonzept übernehmen. Dies führt wiederum dazu, dass der Lehrer in seinem Annahmensystem bekräftigt wird (vgl. Thoma 1991, S. 37 ff.)

2.3.1 Tiefenpsychologische Erklärungsversuche

In der Psychologie bieten sich zur Erklärung verhaltensprägender und -bestimmender Prozesse im Bereich des Unbewussten bzw. Unterbewussten auch »psychoanalytische« oder »individualpsychologische« Zugänge an.¹⁶

Die psychoanalytische Erklärung (nach Freud)

Das Persönlichkeitsmodell der Psychoanalyse unterscheidet die drei Instanzen »Es«, »Ich« und »Über-Ich«. Am Anfang der Entwicklung des menschlichen Verhaltens wird dieses vor allem vom »Es« bestimmt, das aus den Triebkräften »Aggression« und »Sexualität« gespeist wird [119]. Das »Über-Ich« bildet sich ab dem dritten Lebensjahr durch eine Internalisierung elterlicher Verbote und Gebote [120].

Ethische, kulturelle und moralische Normen werden im Laufe der Entwicklung verinnerlicht und zu Bewertungskriterien eigenen Verhaltens gemacht. Dem Ich kommt die Aufgabe zu, die Triebimpulse aus dem Es mit den Anforderungen des Über-Ich und der Realität zu koordinieren. Dazu besitzt der Mensch eine gewisse Ich-Stärke, mit deren Hilfe die Triebenergie ertragen und verkräftet werden kann. Werden die Realitätserfordernisse unvereinbar mit den triebhaften Bedürfnissen, und wird der Mensch seinem Ich-Ideal nicht gerecht, resultieren daraus aus psychoanalytischer Sicht Scham und Minderwertigkeitsgefühle. Können triebhafte Bedürfnisse wiederholt nicht befriedigt werden, kommt es zu einer Triebstauung. Der dadurch hervorgerufene Spannungsanstieg kann nicht mehr ertragen werden, und so werden Abwehrmechanismen eingesetzt (Regression, Verdrängung, Verleugnung, Kompensation, Verschiebung, Zwangshandlung) [121]. Eine solche Bildung neurotischer Symptome stellt den Versuch des Individuums dar, sich der Konflikte zwischen Es, Ich und Über-Ich zu erwehren.

Die individualpsychologische Erklärung (nach Adler)

Die Individualpsychologie sieht das Individuum in seiner Ganzheit, wobei besonders seine sozial-integrative Verflechtung in den Vordergrund rückt. Das von ihr abgeleitete erzieherische Modell geht daher vorwiegend von der Verknüpfung des Menschen mit seiner sozialen Umwelt aus [122]. Das grundlegende Verhaltensmotiv des Menschen wird in dem Streben nach sozialer Macht, Anerkennung und Überwindung von Minderwertigkeitsgefühlen gesucht [123]. Dieses Streben zielt vor allem darauf ab, biologische und soziale Mängel auszugleichen. Erweisen sich diese Mängel als zu groß, oder verhindert ein negatives Milieu die erstrebte Anerkennung, versucht der

16 Diese Erklärungsversuche haben auch heute noch ihren (wenn auch relativierten) Stellenwert in der Erforschung und Diagnose von Verhaltensschwierigkeiten. Es empfiehlt sich die Auseinandersetzung mit der entsprechenden Literatur. Die folgenden Ausführungen können nur einen stark komprimierten Hinweis geben.

Mensch, Aufmerksamkeit und Bestätigung auf Umwegen zu erhalten. Es kommt zur neurotischen Kompensation und zu einer Scheinlösung für den innerpsychischen Konflikt.

2.3.2 Lerntheoretische Erklärungsmodelle

Bei den lerntheoretischen Ansätzen werden Verhaltensschwierigkeiten auf einen Lernprozess zurückgeführt. Lernen kann auf *assoziativen Verknüpfungen*, d.h. auf einem Erwerb von Reiz-Reaktions-Verbindungen beruhen (z. B. reaktive Angstausslösung bei Konfrontation mit einer bestimmten Situation oder beim Anblick einer bestimmten Person etc.).¹⁷ Das *instrumentelle Lernen* stellt eine Verbindung von Verhalten und nachfolgender Konsequenz dar. Hier kann man auch von einem »Lernen am Erfolg« sprechen [124]. Im Zusammenhang mit Verhaltensschwierigkeiten bedeutet dies, dass ein Verhalten (positiv oder negativ), das zum Erfolg (z. B. beachtet werden, Selbstwert erleben, materieller oder psychisch-geistiger Gewinn) führt, vom Kind immer wieder angewandt wird. Das *Lernen am Modell* setzt von seinem Erklärungsansatz her bei verschiedenen Lerneffekten an. Beim »modellierenden Effekt« werden vom Beobachter Verhaltensweisen erlernt, die bislang in seinem Verhaltensrepertoire fehlten (Modelllernen, Lernen nach Vorbild im Hinblick auf neue Verhaltensweisen). Der »enthemmende oder hemmende Effekt« lässt bereits vorhandene Verhaltensweisen (z. B. bei Belohnung bzw. Bestrafung des Modells) leichter auftreten oder (z. B. bei Nichtbeachtung des Modells) zurücktreten. Der »auslösende Effekt« führt dazu, dass vom Beobachter ein bereits erlerntes Verhalten, das bis dahin aber noch nicht deutlich zum Ausdruck kam, dann praktiziert wird, wenn das Modell eine entsprechende Vorbildleistung gibt [125]. Erfahrungen der Lernpsychologie zeigen, dass es beim Modelllernen von untergeordneter Bedeutung ist, ob es sich um ein Life-Modell handelt oder ob das Modell über ein Medium (z. B. Film, Fernsehen) vermittelt wird [126].

17 Annähernd alle menschlichen Verhaltensweisen, sowohl die erwünschten als auch die von der Norm abweichenden, erlernt das Individuum in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt (vgl. hierzu auch Hußlein 1976, S. 121; Thoma 1991, S. 35).

3. Diagnose

3.1 Die Bedeutung der Diagnose

Die Diagnose dient dazu, die spezielle Art einer offensichtlich vorhandenen Schwierigkeit (Störung, Auffälligkeit, Krankheit) zu erhellen, einzugrenzen und hinsichtlich der Aussagerelevanz abzusichern. Während die medizinische Diagnostik vorwiegend (krankhafte) Bedingungen physischer und psychischer Art im Menschen selbst angeht, legt die psychosoziale Diagnostik (auch pädagogische Diagnostik) den Schwerpunkt auf die Lebenswelt des Betroffenen [127]. Es gibt auch Formen pädagogischer Diagnostik, welche eine Trennung von Diagnose und Behandlung vermeiden und dabei Übergänge fließend gestalten (z.B. Spieltherapie) [128] sowie insbesondere *Interventionsgeleitete Diagnostik* im Rahmen *Interventionsgeleiteter Einzelfallhilfe* [129]. Zielinski [130] hat eine »förderdiagnostische Strategie« weiterentwickelt, auf der die *Interventionsgeleitete Einzelfallhilfe* aufbaut. Diese förderdiagnostische Strategie besteht insbesondere aus folgenden Diagnoseschritten: der Vorkenntnisdiagnose, der Unterrichtsdiagnose, der Verhaltensdiagnose, der Fähigkeitsdiagnose und der Kontextdiagnose. Zielinski [131] betont, dass Lehrkräfte selbst die zuständige Instanz für wesentliche diagnostische Schritte sind, nicht zuletzt auch aufgrund detaillierter Kenntnisse über das klassenspezifische Curriculum. Auf den Ebenen der Vorkenntnisdiagnose und der Fähigkeitsdiagnose haben bei dieser diagnostischen Strategie standardisierte Testverfahren eine sehr wesentliche Funktion.

Diagnostik im Bereich der Verhaltensschwierigkeiten muss in der Anwendung ihrer Verfahren verschiedene Kriterien erfüllen. So untersucht sie einerseits *Entstehungsbedingungen* und liefert Erkenntnisse über Stand und Umfang der Störungen, andererseits klärt sie auch das konkrete *Zustandsbild*. Daneben bildet die Diagnose eine wichtige Voraussetzung für einzuleitende Maßnahmen [132]. Um wirksame Hilfen ansetzen zu können, muss nämlich Verhalten grundsätzlich diagnostiziert, verstanden und hinsichtlich eines Ursachengeflechts erhellt sein. Dieses Erfassen möglichst aller Symptome und Hintergründe ist meist eine nicht einfach zu lösende Aufgabe.

3.2 Problematik der Diagnose

Ziel der Diagnose ist es, möglichst den Gesamtzusammenhang aller Bedingungsfaktoren einer Verhaltensschwierigkeit aufzudecken. Dabei genügt es nicht, die Diagnose auf nur ein Symptom zu gründen [133]. Vielmehr muss ein vorhandener Symptomenkomplex möglichst umfassend angegangen, in seiner Verflochtenheit erforscht

und in seinem Ursachenbezug abgeklärt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass es in der Regel keinen linearen Zusammenhang zwischen Ursache, Symptom und Schwierigkeit (Störung) gibt, sondern dass gleiche oder ähnliche Symptome auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden können und sich zudem im Erscheinungsbild unterschiedlicher Verhaltensauffälligkeiten äußern. Auch über den Grad der Ausprägung eines Verhaltensproblems gibt die Symptomatik nicht unbedingt Aufschluss. Hier müssen Dauer, Häufigkeit und Intensität des abweichenden Verhaltens in die Diagnostik miteinbezogen werden [134]. Diagnose bedeutet »Erkennung« und muss daher zu einem möglichst objektiven, dem tatsächlichen Sachverhalt entsprechenden Ergebnis kommen. Oftmals wird die Objektivität einer Diagnose zunächst von einem subjektiven Eindruck verfälscht [135]. Daher müssen Ergebnisse immer auch auf mögliche Vorurteile (z.B. Halo- oder Hofeffekt [136]) überprüft werden.¹⁸ Eine Diagnose darf auch nicht dazu führen, ein Kind voreilig mit dem Etikett »verhaltensschwierig« zu versehen und es damit möglicherweise in eine Randposition zu bringen [137].

Jede Diagnose muss sich in ihren Aussagen auf umfangreiche Untersuchungen stützen können, mit deren Hilfe Informationen gesammelt und Ursachen abgeklärt werden. Wichtig ist dabei die Anwendung verschiedener diagnostischer Möglichkeiten. So steigt der Aussagewert der jeweiligen Diagnose mit der Objektivität und der Anzahl angewandter Testverfahren [138]. Im Folgenden wird eine *Auswahl* solcher diagnostischer Möglichkeiten vorwiegend für den psychologischen wie pädagogischen Bereich innerhalb der Schule vorgestellt und kurz erläutert.

3.3 Arten der Diagnose

3.3.1 Das Gespräch

Das Gespräch ist in der Diagnostik von großer Bedeutung. Es kann dem Informationsgewinn sowie der Persönlichkeits- oder Eignungsdiagnostik dienen [139]. Möglichkeiten eines Gesprächs bildet z.B. die *Anamnese*. Dieses Gespräch findet mit Eltern oder anderen dem Kind nahestehenden Personen statt. Es gibt Aufschluss über die Persönlichkeit, die Entwicklung und die Lebenssituation des Untersuchten. Wird das Gespräch direkt mit dem Betroffenen geführt, spricht man von einer *Exploration*. Diese kann frei durchgeführt werden, d.h. die spontane Erzählung tritt in den Vordergrund, die Unterhaltung wird vom Untersuchten gelenkt. Werden vor der Unterredung Fragen vom Versuchsleiter festgelegt, um dem Gespräch eine bestimmte Richtung zu geben, spricht man von einer *halbstandardisierten Befragung*. Im Unterschied dazu werden bei der *vollstandardisierten Befragung* alle einzelnen Fragen, sowie deren Reihenfolge im Gespräch schriftlich festgelegt. Hierzu zählt z.B. auch das »multiple-choice«-Verfahren oder spezifische Gesprächsleitfäden.

18 Vgl. auch die Ausführungen »Zur Definitionsproblematik«, S. 14 ff.

Von Wichtigkeit bei einem Gespräch ist die Art, eine Frage zu formulieren. Die einzelnen Fragen sollten so kurz wie möglich und leicht zu verstehen sein. Dabei unterscheidet man verschiedene Fragearten wie geschlossene und offene Fragen, direkte oder indirekte Fragen, Einleitungs- und Übergangsfragen sowie Alternativ- und Filterfragen [140]. Während offene Fragen lediglich das Grundthema festlegen, bleibt dem Untersuchten bei geschlossenen Fragen nur die Möglichkeit, zwischen zwei Antworten zu wählen. Direkte Fragen zielen genau auf das ab, worauf es dem Befragten ankommt. Indirekte Fragen haben eine verdeckte Formulierung. Sie werden dann verwendet, wenn Gefühle oder Meinungen des Untersuchten erforscht werden sollen. Ein Gespräch, das mit dem Betroffenen allein durchgeführt wird, ist besonders dann angebracht, wenn private oder häusliche Informationen gewonnen werden sollen, oder wenn ein Kennenlernen erfolgen soll. Eine weitere Möglichkeit stellen Gruppengespräche dar, in die alle Beteiligten (z. B. Eltern, Freunde oder auch Personen, die ähnliche Probleme im Verhaltens- oder Lernbereich aufweisen) einbezogen werden. Auch Gespräche, die nur mit Eltern oder Bekannten geführt werden, können zur Ergebniserhebung bei der Diagnose hilfreich sein.

Die jeweils gewählte Methode bei der Durchführung eines Gesprächs ist von verschiedenen Faktoren abhängig, so z. B. von der theoretischen Orientierung oder Ausbildung des Durchführenden, von dessen individuellen Kenntnissen, Erfahrungen oder seiner Persönlichkeit. Auch hängt die Art des Gesprächs von der Problematik ab, die angegangen wird. Bei komplexen Problemen müssen Gesprächsführung und Gesprächsarten variiert werden, bei Informationsdefiziten dagegen genügen oft bereits einige Fragen, um klare Auskünfte zu erhalten [141]. Bei jedem Gespräch ist es wichtig, auf die Persönlichkeit des Gesprächspartners einzugehen. Dies erfordert Anpassung an dessen intellektuelles und sprachliches Niveau und ein Berücksichtigen seiner Empfindungen oder möglicherweise auftretender Widerstände. Gespräche in ihren verschiedenen Arten sollten stets in einer äußeren Atmosphäre (z. B. räumliche Bedingungen) stattfinden, in der sich die Anwesenden wohl und ungezwungen fühlen können.

3.3.2 Die Beobachtung

Neben dem Gespräch stellt die Beobachtung ein weiteres wichtiges Mittel zur Diagnostik von Verhaltens- und Lernschwierigkeiten dar. Wissenschaftliche Beobachtung ist dabei von alltäglicher Beobachtung abzugrenzen, da sie sich an strenge methodologische Regeln halten muss, um zu überprüfbaren Ergebnissen zu gelangen [142]. Beobachtung dient der aufmerksamen und geplanten Wahrnehmung und Erfassung von Vorgängen an Mitmenschen, die abhängig von bestimmten Situationen auftreten [143]. Die *Fremd- oder Verhaltensbeobachtung* hat als streng empirische Methode bestimmte Kriterien zu berücksichtigen. Sie muss auf einen genau definierten Zweck abzielen. Ihr Ablauf ist vorher in allen Einzelheiten genau zu planen. Die aus ihr gewonnenen Aussagen müssen einer Überprüfung standhalten. Für den unterrichten-

den Lehrer fällt dabei eine Doppelbelastung an [144]. Verhaltensbeobachtung kann auf unsystematische oder auf systematische Weise durchgeführt werden. Zur *unsystematischen Verhaltensbeobachtung* zählt z.B. der erste Eindruck eines Schülers, der als Anlass zu genauerer Beobachtung dienen kann. Eine weitere Möglichkeit bieten *Tagebuchaufzeichnungen* des Lehrers, mit deren Hilfe alle Eindrücke und Beobachtungen in schriftlicher Form und am besten während der Beobachtung festgehalten werden [145]. Die Gelegenheitsbeobachtung (*event sampling*) hält besondere Verhaltenssituationen fest [146] und kann zur Ergänzung von Testergebnissen dienen. Beim exemplarischen Protokoll (*speciment record*) sollen Verhaltensabläufe im Zusammenhang aufgenommen werden, wobei der Zeitpunkt der Beobachtung vorher genau festgelegt wurde. Soll das Verhalten eines Schülers in verschiedenen Situationen (z.B. Pause, Unterricht) umfassend beobachtet werden, kann dies durch situationsbezogene Verhaltensbeobachtung (*anecdotal record*) geschehen. Die aus dieser freien Beobachtungsart gewonnenen Ergebnisse und Informationen dienen zur Ergänzung von Testergebnissen [147].

Neben diesen Arten der unsystematischen Verhaltensbeobachtung bietet die *systematische Verhaltensbeobachtung* eine weitere wissenschaftliche Möglichkeit der Diagnostik. Deren Vorgehen ist gekennzeichnet durch Erfassung und Auswertung von Verhaltensdaten sowie durch eine geplante Festlegung der Bereiche und Personen, die beobachtet werden. Da diese Methode objektiver als eine unsystematische Beobachtung ist, sollte sie Vorrang haben. Bei einer *standardisierten Beobachtung* wird die Situation, in der sie stattfinden soll, vorher festgelegt. Dabei auftretendes Verhalten der zu beobachtenden Person wird in freier Wortwahl notiert. Das *Kategoriensystem* ordnet stattfindende Beobachtungen einer bestimmten Kategorie zu. Dabei muss darauf geachtet werden, passende Einteilungen zu finden, die nicht wertend sind. Von Puckett [148] stammen Entwürfe für Kategorien wie: »Schüler meldet sich«, »Schüler kam dran, ohne sich gemeldet zu haben«, »Schüler stellte eine Frage«. Ähnlich aufgebaut wie dieses Kategoriensystem sind auch die *Beobachtungsbögen*. Sie bieten jedoch mehr Beobachtungskategorien an und sind somit genauer. Nützlich und geeignet sind sie vor allem für Beobachtungssituationen, die eng umgrenzt sind. Als eine weitere Form systematischer Beobachtung gilt das *time sampling* (fraktionierte Beobachtung), bei dem über einen längeren Zeitabschnitt hinweg täglich zur gleichen Zeit das Verhalten des Schülers über einen bestimmten Zeitabschnitt beobachtet wird [149]. Um Beobachtungsergebnisse so objektiv wie möglich festzuhalten, empfiehlt sich ein beschreibendes Protokoll, das keine Wertung beinhaltet. Auch der Einsatz von Medien (z.B. Tonband oder Videoaufnahmen) kann hilfreich sein.

3.3.3 Das Soziogramm

In einem Soziogramm werden vorhandene soziale Beziehungen in einer bestimmten Gruppe dargestellt und erfasst [150]. Für die Diagnose kann seine Auswertung hilfreich sein, da es eine vermutete Position eines Schülers innerhalb der Klasse bestätigt

oder neue, vorher unbemerkte Aspekte aufzeigt [151]. Das Soziogramm klärt die Beziehungen der Schüler untereinander, es gibt Aufschluss über Außenseiter, Mitläufer, Führer, Paar- oder Cliquenbildungen [152], jedoch nicht über die Ursachen dieser Positionen. Da ein Soziogramm immer nur eine Situationsanalyse einer Gruppe sein kann, Sozialbeziehungen bei Kindern sich oft rasch ändern und nur Augenblicksentscheidungen der Schüler festgehalten werden, darf es (vor allem bei nur seltener Durchführung) nicht überschätzt werden. Zudem werden vielfach nicht tatsächliche Beziehungen zu Mitschülern wiedergegeben, vielmehr Wunschbilder dargestellt [153]. Bei regelmäßiger Durchführung dieses soziometrischen Verfahrens können jedoch konstante oder sich verändernde Beziehungen gut zum Ausdruck kommen. Ebenso leistet es für die Situationsanalyse einer Gruppe gute Dienste. Eine standardisierte Form der soziografischen Methode für den Schulbereich wurde von Petillon [154] entwickelt [155].

3.3.4 Die psychologische Untersuchung (Psychodiagnostik)

Bei der Diagnose von Verhaltensschwierigkeiten muss immer auch die familiäre und individuelle Situation des Kindes berücksichtigt werden. Psychodiagnostik [156] als Sammelbegriff beinhaltet alle Methoden, durch die psychologische Merkmale eines Kindes festgestellt werden. Dabei spielen sämtliche Situationen und Zustände, in denen sich dieses befindet, eine Rolle. Zu den psychologisch-diagnostischen Verfahren zählt man eine Reihe verschiedener Untersuchungen. Bei *Lebenslaufanalysen* werden das (landschaftsbezogene) Milieu des Kindes, die soziale Situation der Familie, Anzahl der Geschwister und die Stellung des Kindes unter ihnen, eventuelle finanzielle oder gesundheitliche Notlagen innerhalb der Familie sowie Fragen nach den Erziehungspersonen (Großeltern, alleinerziehender Elternteil) analysiert. Teilweise sind Informationen dieser Art in den Schülerbögen enthalten. Zusätzliches können Gespräche mit den Eltern oder dem Kind erbringen. Auch ein Informationsaustausch mit dem vorhergehenden Lehrer des Kindes kann für die Lebenslaufanalyse hilfreich sein. Die *typologischen Verfahren* beziehen sich auf die Funktions- und Konstitutionstypen des Kindes. Diese Untersuchung beinhaltet z. B. Feststellungen über Intro- oder Extrovertiertheit, Nervosität, Schüchternheit, Arbeitstempo oder die Stellung des Kindes in der Klassengemeinschaft [157]. Da bei vielen Kindern die Funktions- und Konstitutionstypen noch nicht ausgeprägt sind oder sich erst entwickeln, darf eine diesbezügliche Diagnose nicht vorschnell abgeschlossen werden. Manche Eigenschaften können im Laufe der Entwicklung wegfallen, Verringerung oder Verstärkung erfahren. Längerfristige Beobachtungen des Lehrers in Bezug auf die typologischen Verfahren sollten deshalb durch Auskünfte der Erziehungspersonen gestützt werden.

Verfahren zur Feststellung des individuellen Motivationsbildes beim Kind, *Motivationsdiagnosen*, beziehen sich auf bestimmte Bedürfnisse (z. B. Neugier, soziale Anerkennung, Information, Interesse), Einstellungen (z. B. Sympathie, Antipathie) und Werthaltungen des Kindes. Diese Motive können als Kräfte psychischer Art aufgefasst

werden, die eine Steuerung des Verhaltens [158] und damit auch der Motivation bewirken. Während kurzfristige Motive die Verhaltensweise in aktuellen Situationen bestimmen, liegen langfristige der Persönlichkeitsstruktur des Einzelnen zugrunde. Sie können daher verschieden sein. Möglichkeiten zur Erschließung dieser inneren Triebkräfte des Kindes sind z. B. Gespräch, Beobachtung¹⁹ oder auch eine schriftliche bzw. zeichnerische Darstellung mit gezieltem Thema.

Interpersonale Verfahren beinhalten vor allem verschiedene Arten von Gesprächen und Tests, die mit dem Kind selbst oder mit Personen aus seiner Familie bzw. häuslichen Umgebung durchgeführt werden.²⁰ Bei den *ausdrucksdiagnostischen Verfahren* wird versucht, Persönliches zu analysieren, das sich in verschiedenen Bereichen der Ausdrucksformen niederschlägt. Zu diesen Verfahren zählt man Aufsatzanalyse, Sprechweise, Mimik, Physiognomik, Pantomimik und grafologische Verfahren. Die *Aufsatzanalyse* bietet die Möglichkeit, das Persönlichkeitsprofil des Schülers bei der Auseinandersetzung mit vorgegebenen Themen zu ergründen. Sie kann deshalb auch als offene Befragung gelten. Die Aufsatzthemen beinhalten meist Bereiche wie Erlebnisaufsatz, natürliche Erzählung, Problemaufsatz, Entscheidungsaufsatz, Bild- oder Filmaufsatz [159]. Die Stellung des Aufsatzthemas muss sich nach dem Alter des Kindes richten. Die Auswertung von Aufsätzen dieser Art ist mitunter schwierig, da es oft nicht einfach ist, Objektivität zu wahren. Zudem muss bedacht werden, ob der Schüler ehrlich geschrieben hat oder ob er das zu schreiben versuchte, was seiner Meinung nach den Erwartungen des Lehrers entspricht. Die *Sprechweise* als Ausdrucksform des Kindes gibt z. B. Hinweise auf Verzögerungen in der Sprachentwicklung, Aussprachefehler oder Stimm Schwierigkeiten, die auch für Verhaltensschwierigkeiten (z. B. Minderwertigkeitsgefühle) infrage kommen. Beobachtungen der *Mimik* lassen Rückschlüsse auf krankheits- oder psychisch bedingte Ursachen zu. Mimik kann hier als eine »äußere Erkennungsform« dienen. Für die *Pantomimik* gilt prinzipiell das Gleiche wie für die Mimik. Deren Beobachtung ergibt möglicherweise z. B. Hinweise auf eine gestörte Motorik. Die *Physiognomie* dient zur Erkennung psychischer Eigenarten von der äußeren körperlichen Beschaffenheit her, besonders aus dem Gesicht [160]. Über das Beobachten von Grimassen, ungewöhnlichen Gesichtszügen oder sonstigen auffallenden Bewegungen ergeben sich Hinweise auf möglicherweise vorhandene Schwierigkeiten. *Grafologische Verfahren* lassen durch Untersuchung der Handschrift möglicherweise Rückschlüsse auf die Persönlichkeit des Schreibers zu. Dabei werden verschiedene Aspekte der Schrift untersucht: Verhältnis von Ober- und Unterlängen, Unterbrechungen, Schriftneigung, Verhältnis der Groß- und Kleinbuchstaben, einzelne Buchstaben, Rundungen und Spitzen sowie der Eindruckscharakter der Schrift. Ebenso spielen hierbei der Schreib- und Griffdruck eine Rolle. Diese Methode wird nur noch selten verwendet, da ihre Auswertungen schwierig sind und ihre Aussagegültigkeit im Blickfeld der Gütekriterien Reliabilität, Validität und Objektivität – wie auch bei einigen anderen Verfahrensweisen – nicht hinreichend gesichert ist [161].

19 Vgl. Punkt 3.3.1, S. 33 f., und 3.3.2, S. 34 f., des Buches.

20 Vgl. Punkt »Das Gespräch«, S. 33 f.

Eine weitere Kategorie der psychologisch-diagnostischen Verfahren bilden *Projektive Tests*. Das Prinzip dieser Tests wird von E. Stern folgendermaßen beschrieben: »Anregung durch bildliche Darstellung, Benutzung der gegebenen Elemente, um die ›Projektion‹ der Erlebnisse des Prüflings auf den ›Helden‹ der Geschichte zu ermöglichen« [162]. Dabei kann die Testperson eigene Erlebnisse, Konflikte, Gedanken oder Gefühle darstellen, zumeist ohne sich selbst darüber Rechenschaft abzulegen [163]. Projektive Tests stellen keine alleinige oder ausschließliche Untersuchungsmöglichkeit dar, da sie weitgehend nicht den strengen Anforderungen empirischer Forschung im Hinblick auf die Hauptgütekriterien bzw. Aussagegültigkeit und Irrtumswahrscheinlichkeit entsprechen und für Störgrößen anfällig sind [164]. Sie bieten lediglich die Möglichkeit einer zusätzlichen Diagnose²¹ oder sind ein Mittel, um mit der Testperson in Kontakt zu treten. Projektive Tests sind z. B.:

- *Rorschach-Test*. Er wurde von H. Rorschach entwickelt und 1922 veröffentlicht. Der Test soll Aufschluss über die Sicht der Welt durch die Testperson, über Erlebnistypus, den Sinn des Erlebten und über schöpferische und kreative Fähigkeiten der Testperson geben.²² Er ist in der Kinder- und Schulpsychologie anwendbar, vertieft Intelligenztests und gibt ein Bild über die Gesamtpersönlichkeit des Probanden. Jedoch kann dieser Test keine klinische Untersuchung ersetzen. Er stellt lediglich ein Hilfsmittel dar.
- *Thematik Apperception Test (TAT)*. Der TAT stammt von Morgan und Murray (1935) bzw. von Murray (1943). Mithilfe dieses Verfahrens wird versucht, die Persönlichkeit und den Charakter der Versuchsperson zu erfassen. Des Weiteren weist er auf Störungen in der Lebensgeschichte und im psychischen Bereich des Kindes hin und berücksichtigt somit das, was im Probanden vorgeht. Der Thematik Apperception Test kann ab dem achten Lebensjahr angewendet werden.
- *Children Apperception Test (CAT)* von Bellak. Er basiert auf einem ähnlichen Prinzip wie der TAT, ist jedoch speziell auf Kinder abgestimmt. Der CAT kann Ergebnisse über den »inneren Zustand« des geprüften Kindes liefern, seine Interpretation gestaltet sich allerdings oft schwierig und problematisch.
- *Der Sceno-Test*. Wurde von G. von Staabs 1939 entwickelt und ist von der Tiefenpsychologie beeinflusst. In diesem Test geht es darum, dass das Kind mit Bausteinen, Puppen und verschiedenen Gegenständen spielend das Abbild (s)einer Lebenswelt entwirft. Aus der Art und Weise des Aufbaus des Spiels können tiefenpsychologische Ergebnisse abgeleitet werden. Der Sceno-Test eignet sich besonders für Kinder (ab dem dritten oder vierten Lebensjahr), da sie durch ihr Spiel deutlicher auszudrücken vermögen, wie Umwelt und Mitmenschen erlebt werden.

21 Die Aussagegültigkeit solcher Testverfahren ist von den Hauptkriterien (Gültigkeit, Zuverlässigkeit, Objektivität) nicht hinreichend abgesichert. In der Hand eines erfahrenen Psychologen ergeben sie jedoch manchmal erstaunlich tiefreichende und weiterführende Aufschlüsse über ein Kind.

22 Dieser und die folgenden projektiven Tests sind entnommen aus Stern (1975).

- *Zeichentests* [165]. Die Bedeutung des Zeichnens liegt darin, dass Kinder ihre Probleme dadurch besser zum Ausdruck bringen können, als es ihnen durch die Sprache möglich wäre. Kinderzeichnungen stellen ein Zeugnis für den Entwicklungsstand des Zeichnens dar. So ist es möglich, Rückschlüsse über die psychophysische Reife zu ziehen. Ein Beispiel für einen Zeichentest stellt der Wartegg-Zeichentest (WZT) dar. Dieser Test, der von E. Wartegg entwickelt wurde, gibt nur geringe Vorgaben und lässt somit einen relativ großen kreativen Freiraum. Für seine Interpretation ist vor allem das Alter der Testperson wichtig, da jedes Alter typische Problematiken und Thematiken beinhaltet. Der WZT eignet sich besonders, um Hintergründe eines Schulversagens bei Kindern zu erforschen. Dabei sollen vor allem psychische Störungen aufgedeckt werden.
- *Der Mann-Zeichen-Test*. Er wird in der kinderpsychologischen Diagnostik unter anderem bei Fragen der Schulfähigkeit und als ergänzendes Testverfahren eingesetzt.
- *Geschichten-Erzählen projektiv (GEp)* [166]. GEp ist ein für Kinder geeignetes projektives Bilderverfahren zur Bearbeitung unterschiedlichster Fragestellungen, z. B. in der (tiefenpsychischen) psychologischen oder psychiatrischen Diagnostik, bei entwicklungspsychologischen, schulpseudologischen, sozialpädagogischen und forensischen Fragestellungen.

Bei allen diesen projektiven Tests, die den Testpersonen mehrdeutige Situationen oder Bilder vorgeben, sie unvollständige Geschichten, Sätze oder Bilder ergänzen lassen, deren Ergebnisse dann interpretiert werden, muss angemerkt werden, dass sie nur ergänzend zu anderen Diagnoseverfahren verwendet werden sollten. Da projektive Tests oft von Einstellungen dem Test gegenüber oder durch dessen Kenntnis beeinflusst werden und sich unmittelbar vor der Testdurchführung zugetragene Erlebnisse [167] im Test niederschlagen können, darf schon allein deswegen die Aussagekraft nicht überschätzt oder verabsolutiert werden. Als Ergänzung zu anderen diagnostischen Verfahren, wie Beobachtung und standardisierte Befragung, sind projektive Tests insbesondere dann vertretbar, wenn es um beratungsorientierte und nicht um entscheidungsorientierte Diagnostik geht.

Bei der Diagnostik von Verhaltensschwierigkeiten ist es wichtig, über die Persönlichkeit des Schülers Kenntnisse zu besitzen, mit deren Hilfe eventuell einige Ursachen vorhandener Probleme geklärt werden können. Zu diesem Zweck wurden unterschiedliche *Fragebogenverfahren* entwickelt [168], so z. B. der Kinder-Angst-Test (KAT), der von F. Thurner und U. Tewes (1969 und 1975) bearbeitet wurde. Er soll bei neun- bis 16-Jährigen die Ängstlichkeit, bzw. den Grad der Angstbereitschaft erfassen. Der KAT kann als eine Methode der Motivationsforschung angesehen werden und bietet bei der Aufklärung des Ursachengeflechts von Verhaltensschwierigkeiten eine Hilfe. Die Höhe des Testwerts ist als eine Größe für die Motivationsstärke der Angstabwehr auszulegen, die Leistungen und Verhaltensweisen eines Kindes beeinflussen kann [169]. Weitere Verfahrensweisen stellen Persönlichkeits- und Problemfragebögen dar. Um wissenschaftliche abgesicherte Diagnosen erstellen zu können,

muss man auf Verfahren zurückgreifen, die die Hauptgütekriterien hinreichend erfüllen. Beispiele für infrage kommende »Psychometrische Persönlichkeitstests« [170] sind der »Angstfragebogen für Schüler« (AFS) [171] oder der »Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9–14« (PFK 9–14) [172]. Es ist festzustellen, dass einige der Testverfahren, die beispielsweise Brickenkamp [173] in seinem »Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests« darstellt, heute weniger von Psychologen, sondern vielmehr von Pädagogen bzw. Lehrkräften eingesetzt werden. Im Rahmen der Formulierung einer Grundsatzposition wird von der BDP Sektion Schulpsychologie [174] unter dem Titel »Psychologische Diagnostik ohne Psychologen?« darauf hingewiesen, dass Berufsgruppen wie Pädagogen, Sonderpädagogen, Sozialpädagogen, Schulärzte nicht eigenverantwortlich psychologisch diagnostizieren oder psychologische Instrumente einsetzen sollten. Es sei hingegen aber durchaus möglich und aus pragmatischen Gründen auch wünschenswert, dass »qualifizierte Nichtpsychologen« psychologische Diagnostik und Tests unter psychologischer Gesamtverantwortung durchführen. Mit Bundschuh [175] kann es in diesem Kontext auch »nicht genügen, wenn der [...] Diagnostiker nur psychologisch-diagnostisch ›in Aktion tritt‹ oder handelt, er muss vielmehr zuerst auch als pädagogischer und didaktischer Fachmann ausgewiesen sein.« Dies impliziert gleichermaßen auch die Notwendigkeit interdisziplinärer Teams in diesem Kontext. Bundschuh [176] betont, dass »die sogenannten klassischen Verfahren, die sich an statistischen Normierungen orientieren« in der pädagogischen Diagnostik erheblich »dazu beitragen, zu realisieren, was man unter ›Förderung‹, unter ›Vermeidung von Schulversagen‹ versteht.« Darüber hinaus stellt er [177] ein »Verzeichnis diagnostischer Tests und Förderverfahren« für die Hand von Pädagogen zusammen. Den Einsatz projektiver Verfahren durch diagnostizierende Pädagogen hält Bundschuh [178] in der Regel nicht für adäquat.

3.3.5 Die ärztliche Untersuchung

Die vom Arzt vorgenommene Untersuchung [179] dient der Erkennung bzw. dem Ausschluss rein körperlich oder organisch bedingter Krankheiten oder Mangelerscheinungen. Ihre Durchführung empfiehlt sich auch, wenn bei einem Kind Verhaltens- oder Lernschwierigkeiten zu beobachten sind. Sie gibt dann Aufschluss über Krankheiten oder Anomalitäten, bezieht sie als mögliche Ursache ein oder schließt sie aus. Zusätzlich kann es notwendig sein, das Kind zu genaueren Untersuchungen an einen Facharzt zu überweisen. In der Regel zielt die ärztliche Untersuchung bei Kindern vor allem auf folgende Bereiche:

- Exploration der Vorgeschichte des Kindes (früher aufgetretene Krankheiten, Verletzungen und Störungen)
- Beurteilung des körperlichen Gesamteindrucks (Gewicht, Größe, Atmung etc.)
- Diagnose der motorischen Entwicklung (Bewegungscoordination, Gehen, Laufen)

- Untersuchung der Herz- und Lungenfunktion, des Bauchraumes (Milz, Leber, pathologische Resistenzen)
- Zustand und Entwicklungsstand der Geschlechtsorgane
- Untersuchen des Skelettsystems (Wirbelsäule, Gelenke, Anzeichen für Rachitis, Anomalitäten der Fuß- und Handknochen etc.)
- Befund über das Nervensystem (Sehnenreflexe, vegetatives Nervensystem, psychosomatische Störungen)
- Befund der Sinnesorgane, besonders der Augen und Ohren
- Urinbefund (Zucker, Eiweiß, Sedimente etc.)

3.3.6 Die schulische Untersuchung

Die schulische Untersuchung [180] dient primär der Leistungsmessung aus rein *diagnostischen Gründen*. Sie ist somit abzusetzen von schulischer Leistungskontrolle, die auf den Unterricht bezogen ist. Diagnostische Fähigkeits- und Leistungsmessung dient zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur eines Kindes und zur Informationsfindung, aufgrund welcher Hilfeleistungen pädagogischer und psychologischer Art eingeleitet und durchgeführt werden. Zu den diagnostischen Verfahren dieser Art zählen Schulfähigkeitstests, Intelligenz- und Begabungstests, Konzentrationstests, Gedächtnistests sowie Schulleistungstests.

Tests zur Schulfähigkeit

Mit Schulfähigkeit wird der körperliche, geistige und soziale Entwicklungsstand eines Kindes bezeichnet, der es befähigt, den schulischen Erstanforderungen zu genügen [181]. Die körperliche Schulfähigkeit eines Kindes wird durch eine medizinische Anamnese und gegebenenfalls durch eine schulärztliche Untersuchung ermittelt [182]. Dabei müssen bestimmte körperliche Voraussetzungen wie z. B. Größe und Gewicht erfüllt sein. Eine Befragung der Eltern, die sich auf die Fähigkeit zur sozialen Eingliederung des Kindes bezieht, gibt Aufschluss über die soziale Schulfähigkeit. Ergänzt wird diese Befragung durch die Durchführung von Tests, welche auch die kognitive und motorische Schulfähigkeit des Kindes feststellen [183]. Schulfähigkeitstests überprüfen z. B. »Intelligenz, Differenzierungsfähigkeit, Beobachtung von Teilinhalten, Konzentrationsfähigkeit, Arbeitsbereitschaft, Koordination von Auge und Feinmotorik, Erfassen von Mengen, Zahlen, Verständnis der mündlich gegebenen Instruktion sowie Bereitschaft zur Einordnung in die Gruppe« [184]. Beispiele für solche Tests sind der »Duisburger Vorschul- und Einschulungstest (DVET)« [185], der »Kreativitätstest für Vorschul- und Schulkinder (KVS-P)« [186], das »Mannheimer Schuleingangsdagnostikum (MSD)« [187] und die »Weilburger Testaufgaben für Schulanfänger (WTA)« [188]. Neben speziellen Tests zur Feststellung der Schulfähigkeit können dafür auch Entwicklungstestverfahren verwendet werden. Diese diagnostizieren die Entwicklungsstufe eines Kindes. Auch werden spezielle psychische Bereiche geprüft,

wie z.B. in der Staffelmethode von Binet-Simon [189]. Da Schulreife-tests/Schulfähigkeitstests nur einen begrenzten prognostischen Wert für die Schullaufbahn eines Kindes haben,²³ sollten sie in dieser Hinsicht nicht überinterpretiert werden und vor allem Ansatzpunkte bei der Erkennung von Stärken und Schwächen bzw. die individuelle Förderung von Schülern bilden [190].

Intelligenz- und Begabungstests [191]

Intelligenztests stellen wissenschaftliche Verfahren dar, die man zur Messung interindividueller Unterschiede auf dem Gebiet menschlicher Intelligenz verwendet. Dabei werden zumeist allgemeine Intelligenz und spezielle Begabungen und Fähigkeiten gemessen [192]. Die dabei verwendete Maßeinheit, der Intelligenzquotient (IQ), erlaubt, Abweichungen der gemessenen Intelligenz von einem Durchschnittswert festzustellen. Somit kann eine quantitative Schätzung der individuellen Intelligenz in Bezug auf die der Altersgenossen stattfinden. Diese Verfahren haben eine vergleichsweise lange Tradition. Unter anderem wurden folgende Intelligenz- und Begabungstests für den Einsatz auch im schulischen Kontext entwickelt: »Analytischer Intelligenztest«, »Goodenough Harris-Drawing-Test«, »Bühler-Hetzer-Kleinkindertest«, »Gesell Development Schedules«, »Binet-Simon-Kramer Intelligenztest«, »Stanford-Binet-Intelligenz-Test«, »Der Kramer-Test«, die »Heidelberger Intelligenztests« für erste bis vierte Klassen, »Testbatterie für geistig behinderte Kinder«, »Bildertest« (für erste bis dritte Klassen), »Prüfsystem für die Schul- und Bildungsberatung« sowie die »Raven-Matrizen-tests«. Intelligenztests können im Rahmen der pädagogischen Diagnostik durchaus als wertvolle Hilfsmittel angesehen werden. Um sichere diagnostische Aussagen zu erhalten, bedürfen sie jedoch einer Ergänzung durch Anamnesen, langfristige Beobachtungen und andere Verfahren [193]. Exemplarisch seien folgende Verfahren aufgezeigt:

- *Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder III (HAWIK-III)*. Der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIK) von Wechsler wurde 1966 speziell für die diagnostische Einzelfalluntersuchung von Kindern entwickelt und kann ab dem sechsten Lebensjahr durchgeführt werden. Er ist in spezifische Untertests gegliedert (Bildergänzen, allgemeines Wissen, Zahlen-Symbol-Test, Gemeinsamkeiten finden, Bilder ordnen, rechnerisches Denken, Mosaik-Test, Wortschatz-Test, Figuren legen, allgemeines Verständnis, Symbol-Test, Zahlen nachsprechen und Labyrinth). Der Test überprüft die praktische, die verbale und die allgemeine Intelligenz im Sinne des Globalkonzepts von Wechsler. Das Testergebnis des HAWIK ist der Gesamt-IQ. Mithilfe diagnostischer Ergebnisse innerhalb der Subtests können auch einzelne vorhandene Schwächen bzw. Stärken beim Kind erkannt werden.
- *Kaufmann Assessment Battery for Children (K-ABC)* [194]. Die K-ABC überprüft als Individualtest die Intelligenz und das Niveau der Fertigkeiten von Kindern im

23 Vgl. hierzu die Untersuchungen von Garlichs (1975) und Katzenberger (1982).

Alter von 2;6 bis 12;5 Jahren. Sie eignet sich sowohl für allgemeine psychologische Leistungsprüfungen wie auch zur Überprüfung von Förderungsmaßnahmen und zur Leistungsmessung bei Kindern aus Minderheitengruppen.

- *Prüfsystem für die Schul- und Bildungsberatung (PSB)* [195]. Das PSB ist ein Verfahren zur Intelligenzdiagnostik, bei dem Intelligenzleistung unter Zeitdruck erbracht werden soll. Berücksichtigt ist dabei die Ähnlichkeit zu schulischen Anforderungen. Dem Test sind Vergleichstabellen für die Altersstufen neun bis 21 Jahre zugeordnet. Das Verfahren ermöglicht Aufschlüsse darüber, ob das Kind seine intellektuelle Leistungsfähigkeit ausgeschöpft hat. Zugleich ermöglicht es, Begabungsschwerpunkte im sprachlichen oder technischen Bereich herauszufinden.
- *Standard Progressive Matrices (SPM)* [196]. Mit den SPM sollen intellektuelle Leistungen erfasst werden. In Absetzung vom PSB handelt es sich um ein sprachfreies Verfahren.²⁴ Da die SPM Zeitdruck nicht einschließen, die jeweiligen Testaufgaben schulischen Anforderungen weniger gleichen wie z. B. beim PSB, und die Korrelation einiger Subtests zu solchen vom PSB relativ hoch ist, wird eine Kombination beider Verfahren empfohlen. Die SPM können ohne Zeitbegrenzung als Einzel- oder Gruppentest verwendet werden [197].
- *Snijders-Oomen Nonverbaler Intelligenztest (S.O.N.-R-17)* [198]. Beim S.O.N.-R-17 handelt es sich um einen Intelligenztest für Kinder. Bei seiner Durchführung ist die Verwendung gesprochener Sprache nicht nötig. Daher eignet er sich vor allem für fremdsprachige und sprachkommunikativ behinderte Kinder.

Konzentrationstests

Eine weitere Möglichkeit der schulischen Untersuchung stellen Konzentrationstests dar. Die »Diagnostik von Konzentration und Aufmerksamkeit« [199] ist bei der Abklärung von Verursachungsbedingungen für Lernschwierigkeiten nahezu unverzichtbar und beinhaltet auch die Durchführung standardisierter Verfahren. Ein Beispiel ist der Pauli-Test [200] (Pauli 1936; 1970), der ab dem siebten Lebensjahr durchgeführt werden kann. Dieser Test prüft die psychische Antriebskraft, die Ausdauer und den Leistungsverlauf eines Kindes. Die Konzentrationsfähigkeit wird dabei durch möglichst schnelles Addieren von Zahlen getestet. Daneben deckt der Pauli-Test Zusammenhänge zwischen Affekt- und Leistungsdynamik auf. Um die Erfassung von Konzentrationsleistungen über kurze Zeiträume bei Routineaufgaben geht es beim »Aufmerksamkeits-Belastungs-Test« von R. Brickenkamp [201]. Dieser Konzentrationstest kann mit Kindern ab dem neunten Lebensjahr durchgeführt werden.²⁵ Weitere spezielle Konzentrationstests [202] für den Vor- und Grundschulbereich sind der »Differentielle Leistungstest-KE« (DL-KE), der für die Eingangsstufe der Grund-

24 Der Testautor Raven (1979) intendiert mit diesem Verfahren eine Erfassung »intellektueller Kapazität« weitgehend unabhängig von kulturellen Einflüssen.

25 Mit der »Normbereichsdifferenzierungsmethode« hat Leitner (1995) ein erweitertes Auswertungsverfahren entwickelt, das die Aussagegültigkeit der Gesamtestwerte gewährleistet.

schule konzipiert wurde, der »Differentielle Leistungstest-KG« (DL-KG) für den gesamten Grundschulbereich, die »Frankfurter Tests für Fünfjährige – Konzentration« (FTF-K) und der »Konzentrationstest für das erste Schuljahr« (KT1) [203]. Mit dem Konzentrations-Handlungsverfahren für Vorschulkinder (KHV-VK) von Ettrich/Ettrich [204] wurde im Jahre 2006 ein Selektions- und Sortierverfahren zur Untersuchung drei- bis sechsjähriger Kinder veröffentlicht, dessen Bildmaterial auf dem *Differentiellen Leistungstest* basiert. Das KHV-VK besteht aus insgesamt 44 Karten mit jeweils 12 verschiedenen Figuren, die auf Hartfaserplatten kaschiert sind. Es ist in zwei sich im Schwierigkeitsgrad voneinander unterscheidenden Formen (Zweier-Sort und Vierer-Sort) verfügbar [205]. Auch beim Dortmunder-Aufmerksamkeitstest (DAT) von Lauth [206] handelt es sich um einen Zuordnungstest, über den Lauth/Hänsen [207] in einem Beitrag über »Computergestützte Aufmerksamkeitsdiagnostik im Högrefe TestSystem« berichten: »In jeder Aufgabe wird ein Standardreiz präsentiert, der unter sechs Antwortmöglichkeiten, von denen sich jedoch fünf in Details unterscheiden, wieder gefunden werden soll (Prinzip: »finde das Gleiche«). Dieses Testverfahren [...] erfasst komplexe Aufmerksamkeitsleistungen, die beim Herausfinden von geringfügigen Unterschieden zwischen relativ komplexen Reizen vonnöten sind. Dabei geht es vor allem um die gerichtete, selektive Aufmerksamkeit sowie die Daueraufmerksamkeit. Den vorliegenden Befunden zufolge gehen aber auch Strategien und Anstrengungsbereitschaft in die Aufgabenleistungen mit ein. Das Verfahren wird insbesondere bei Kindern eingesetzt, die durch ein voreiliges, unbedachtes und impulsives Verhalten hervortreten. Durch die Ermittlung von Antwortlatenz und Leistungsgüte gibt er Informationen zur Aufmerksamkeitsleistung und Arbeitsverhalten« [208].

Gedächtnistests

Gedächtnistests überprüfen die Teilaspekte des Gedächtnisses. Dies kann z.B. durch eine Nacherzählung oder durch spezielle Tests, wie z.B. den »Wechsler Memory Scale« (Wechsler Gedächtnistest WGT) geschehen. Er zielt darauf ab, die allgemeine Gedächtnisleistung zu erfassen, wobei überwiegend das Kurzzeitgedächtnis geprüft wird. Die Reproduktion der Gedächtnisinhalte erfolgt daher bei diesem Test sofort oder kurz nach der Darbietung [209]. Der »Lern- und Gedächtnistest (LGT 3)« von Bäumler (1974) dient zur Prüfung des mittelfristigen Gedächtnisses, zwei andere Gedächtnistests, der »Benton-Test« (Benton 1955) [210] und das »Diagnostikum für Cerebralschädigung (DCS)« von Weidlich und Lamberti (1980) können auch Hinweise auf eine hirnorganische Erkrankung liefern [211].

Schulleistungstests

Schulleistungstests stellen standardisierte Messverfahren dar, die Kenntnisstand, Fertigkeiten und Fähigkeiten der Schüler ermitteln, die diese sich durch schulisch organisierte Lernprozesse angeeignet haben sollen [212]. Schulleistungstests können das erwartete Leistungsvermögen in einem bestimmten Fach (besonderer Schulleistungs-