

1. Diagnostik bei Verhaltensstörungen

Diagnostik von Verhaltensstörungen meint die Lehre von den wissenschaftlichen Verfahren, die zur Beurteilung einer Person im Hinblick auf Verhaltensstörungen und deren Reduzierung gebraucht werden. Hierzu schreibt N. Mischke (1993, S.115):

„Diese Feststellung verweist auf einige Grundfragen: Was soll unter Verhaltensstörungen verstanden werden? Ist der Akt der Beurteilung im Hinblick auf Erfassung und Reduzierung von Verhaltensstörungen per se hilfreich oder kann er auch schädigend sein? Wenn es um die Reduzierung von Verhaltensstörungen geht, muß dann Diagnose nicht ein ständiger Prozeß sein, muß nicht regelmäßig überprüft werden, ob sich diagnostische Daten ändern und ob ggf. auch die Interventionsformen geändert werden müssen? Es sind auch Fragen des Menschenbildes angesprochen: Wird der Mensch in seinen Potenzen und Möglichkeiten stärker durch Erb- oder durch Umweltfaktoren bestimmt? Werden Verhaltensstörungen im Zusammenhang gesehen mit zielgerichteten, im Lebenskontext sinnvollen Entscheidungen oder eher mit Anlagebedingungen, Krankheiten, organischen oder psychischen Störungen? Steht nur die Person, die irgendwelche sozialen und emotionalen Störungen zeigt, im Mittelpunkt des diagnostischen Interesses oder sind auch extrapersonale Faktoren zu berücksichtigen? Sind nur solche diagnostischen Verfahren als wissenschaftlich zu bezeichnen und deshalb ohne Bedenken zu verwenden, die in mathematischer Überprüfung gesetzten Gütekriterien entsprechen? Und können gerade diese Verfahren der ganz spezifischen Eigenart des Einzelnen gerecht werden, wo doch schon unberücksichtigt bleibende regionale Unterschiede Probleme aufwerfen können? Der Diagnostiker muß sich auch die grundsätzliche Frage stellen, ob Diagnose als separater Vorgang überhaupt notwendig ist und nicht besser als in die Behandlung integrierter Bestandteil realisiert werden kann.“

Bei der Beantwortung dieser Fragen werden verschiedene Auffassungen deutlich, aus denen die unterschiedlichen diagnostischen Ansätze entstanden sind. In der Diagnostik von Verhaltensstörungen werden fünf wichtige Ansätze unterschieden: der medizinische Ansatz, der psychodynamische Ansatz, der lerntheoretische Ansatz, der interaktionistische Ansatz und der sonderpädagogische Ansatz.

1.1 Der medizinische Ansatz

Beim medizinischen Ansatz interessiert den Diagnostiker (in diesem Fall den Arzt) in erster Linie das Individuum als Träger der Störung. Es werden zunächst organische oder funktionelle Schädigungen sowie Anlagebedingungen vermutet. Dementsprechend richtet sich die diagnostische Vorgehensweise auf das betroffene Individuum. Der Mediziner sieht auch einen anderen Zusammenhang zwischen Diagnose und Therapie als z.B. der Psychologe oder der Pädagoge. Er kann ggf. eine medikamentöse Behandlung in Erwägung ziehen, die von anderen Helfern nicht verordnet werden darf. Verhaltensstörungen können im Zusammenhang mit sehr vielen Krankheiten stehen, deswegen ist eine medizinische Diagnose unter Umständen breit anzulegen.

1.2 Der psychodynamische Ansatz

Für diesen Ansatz muß der Diagnostiker tiefenpsychologisch ausgebildet sein und Erfahrungen mit psychodynamischen Methoden haben. Sein Erklärungsversuch wird sich z.B. auf frühkindliche Traumata, auf Probleme in der psycho- sexuellen Entwicklung, auf Beziehungsstörungen und familiäre Strukturbildungen richten. Dementsprechend wird er seine diagnostischen Verfahrensweisen einsetzen.

Hier können zu den speziellen Verfahren die projektiven Tests gezählt werden, wie z.B. der Rorschach- Test, der Sceno- Test von G. von Staabs oder der Thematische Apperzeptionstest von H.A. Murray.

Diese diagnostischen Verfahrensweisen werden meist im Zusammenhang gesehen mit entsprechenden Interventionsmethoden, wie der tiefenpsychologischen Spiel-, Musik- und Kunsttherapie, dem Psychodrama oder der tiefenpsychologischen Familientherapie.

1.3 Der lerntheoretische Ansatz

Bei diesem Ansatz werden Erklärungsversuche auf dem Hintergrund einer Lerngeschichte gebildet. Es wird danach gefragt, ob die Verhaltensprobleme auf dem Lernen unerwünschter bzw. dem Nicht- Lernen erwünschter Verhaltensweisen beruhen. Man versucht bestimmte Verhaltensweisen im Zusammenhang mit relevanten Situationen zu sehen, stellt fest, ob das Problemverhalten durch spezifische situative Bedingungen aufrechterhalten wird, und untersucht, ob sich das Problemverhalten durch eine Modifizierung der Bedingungen verändert. Für den lerntheoretischen Ansatz ist systematische Verhaltensbeobachtung von großer Bedeutung, auch hier liegt eine Vielzahl von Verfahren vor.

1.4 Der interaktionistische Ansatz

Dieser Ansatz wird auch sozialwissenschaftlicher Ansatz genannt. Er folgt besonders handlungstheoretischen sowie system- und kommunikationstheoretischen Erkenntnissen. Man geht davon aus, daß auch Verhaltensstörungen als Ergebnis eines Interaktionsprozesses zu betrachten sind. Ein Kind mit Verhaltensstörungen ist in seinem Verhalten im Zusammenhang zu sehen mit den vielfältigen interaktionalen Bedingungen seiner Umwelt. Innerhalb spezifischer Systeme stellen sich die Interaktionspartner in kommunikativen Kreisprozessen aufeinander ein: Alles Verhalten des einen ist mitbedingt durch das Verhalten des anderen Partners. Dies bedeutet, Verhaltensstörungen können nicht für sich allein gesehen und individuenzentriert diagnostiziert werden. Alle Beteiligten müssen auf soziale Wahrnehmung, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbst- und Fremdbeurteilung, auf Beziehungsdefinitionen und Interpunktionen in Verhaltensabläufen hin gesehen werden.

Es sind gute Kenntnisse der Theorie des Symbolischen Interaktionismus, der Kommunikationstheorie und gruppodynamischer Zusammenhänge notwendig. Diese Diagnostik verlangt qualitative Verfahren, die u.a. Einfühlung, soziales Gespür, Einschätzungsvermögen und Menschenkenntnis erfordern. Als Verfahren des interaktionistischen Ansatzes bieten sich z.B. verschiedene Formen des Interviews, informelle Gespräche oder Interaktionsspiele. Theorie und Praxis interaktionistischer Diagnostik stehen noch in den Anfängen.

1.5 Der sonderpädagogische Ansatz

Mit diesem Ansatz versucht man, bedeutsame Ansichten und Verfahren der anderen Ansätze in einen integrativen Zusammenhang zu bringen. Sonderpädagogische Diagnostik muß als komplexe Prozeßdiagnostik kooperativ sein. Das bedeutet, sie muß von Medizinern, Psychologen, Sozialarbeitern und Pädagogen durchgeführt werden. Vom Arzt erfaßte somatische Daten sind zwar wichtig, aber für die pädagogisch-therapeutische Praxis nicht ausreichend. Bedeutend ist auch, neben den individuellen Entwicklungsbedingungen und -ereignissen seit frühester Kindheit soweit wie möglich das interaktionale Umfeld zu erfassen. Sonderpädagogische Diagnostik muß man demzufolge als multidimensionale und multiprofessionelle Diagnostik verstehen. Einen guten Überblick über Zielbereiche und Struktur sonderpädagogischer Diagnostik von Verhaltensstörungen gibt das von Kleber 1978 erstellte und etwas geänderte Strukturmodell (Abb.1).

Auf den sonderpädagogischen Ansatz soll ausführlicher eingegangen werden, um die Problematik und Komplexität von Verhaltensstörungen und die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit zu verdeutlichen.

1.5.1 Die diagnostische Fragestellung

An dieser Stelle möchte ich Myschkers Definition der Verhaltensstörung zitieren (1993, S.41):

„Verhaltensstörung ist ein von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungsnormen abweichendes maladaptives Verhalten, das organogen und/ oder milieureaktiv bedingt ist, wegen der Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades die Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtigt und ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann.“

Im Sinne dieser Definition werden Fragen formuliert und dann mit Verfahren in Verbindung gebracht, die Antworten geben können.

1. Welches Fehlverhalten zeigt sich?

Die Frage nach den Symptomen läßt sich zunächst durch Aktenauswertung und durch Berichte von Lehrern und Eltern, vor allem aber durch Gespräche mit den betroffenen Kindern selbst und relevanten Bezugspersonen beantworten.

Hierzu werden *informelle, offene Verfahren* und *Verhaltensbeobachtung* genutzt.

Informelle, offene Verfahren sind dadurch gekennzeichnet, daß sie nicht den Testgütekriterien entsprechen. Sie sind aber doch so ausgerichtet, daß sie wertvolle diagnostische Informationen geben können. Gemeint sind z.B. Verfahren, die mit Spielmaterialien, mit Techniken aus der Kunst sowie mit verbaler und nonverbaler Kommunikation arbeiten.

Beispiele sind hier der Sceno- Test von G. von Staabs und die Familie in Tieren von L. Brem-Gräser.

Verhaltensbeobachtung liefert Informationen über Interaktionspartner in ihrer natürlichen Umgebung oder auch in einer Laborsituation. Neben der Beobachtung während des Spiels, der Arbeit oder des Gesprächs ist auch eine Beobachtung in künstlichen Situationen durch den Einwegspiegel oder indirekt durch Videoaufzeichnungen möglich. Bei Kindern mit Verhaltensstörungen sollten auch immer die unmittelbaren Interaktionspartner in die Beobachtung einbezogen werden. Es ist zu beachten, daß nie die ganze Wirklichkeit erfaßt werden kann. Außerdem muß berücksichtigt werden, daß bei der Beobachtung und Bewertung Fehler unterlaufen (z.B. Erwartungsfehler, Halo- Effekt).

Hier kann z.B. der Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter (BKV) von D. Althaus und E. Duhm angewendet werden.

2. Ist Mehrdimensionalität gegeben?

3. Tritt das Fehlverhalten häufig auf?

4. Erreicht das Fehlverhalten eine wesentlich abweichende Intensität?

Diesen Fragen kann über *Verhaltensbeobachtung* und *Persönlichkeitstests* nachgegangen werden.

Unter *Persönlichkeitstests* versteht man die Summe der charakteristischen Verhaltensmuster, die aus den Einstellungen und Wertungen, Gefühlen und Beziehungen einer Person zu sich selbst, zur Umwelt und zu seiner Stellung im Kosmos resultieren. Mit diesen Tests versucht

man, Einblick zu bekommen in Verhaltensbereitschaften von Personen, wie beispielsweise Aggressivität, Ängstlichkeit, Depressivität oder Introversion. Allgemeine Persönlichkeitstests sind auf möglichst viele dieser Dimensionen ausgerichtet. Dagegen widmen sich spezielle Tests oft nur einer Dimension, z.B. der Aggressivität. Die Verfahren sind auf offene Mitarbeit der Probanden angewiesen. Einige dieser Verfahren beinhalten Lügenitems, um das Ausmaß der Offenheit zu erfassen. Ist die Offenheit zu gering, verliert das Verfahren seine Aussagekraft.

Ein Beispiel für multidimensionale Tests sind die Hamburger Persönlichkeitsfragen für Kinder (HAPEF- K) von H.Wagner und F. Baumgärtel. Er ist seit langem bewährt und gut standardisiert. Der persönlichkeits-theoretische Hintergrund für diesen Test wird weitgehend durch das Persönlichkeitsmodell von Eysenck abgedeckt (Abb. 2). Ein Beispiel für ein spezielles, auf eine Dimension bezogenes und besonders kindgemäßes Instrument ist der Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS) von F. und U. Petermann.

5. Beeinträchtigt das Fehlverhalten die Entwicklungsfähigkeit?

Mit dieser Frage wird die Altersgemäßheit der kognitiven, emotionalen, psychomotorischen und sozialen Entwicklung angesprochen. Antworten sind schwierig und nur im Zusammenhang mit anderen Daten zu geben. Hinweise gewinnt man über *allgemeine und spezielle Entwicklungstests* oder *motodiagnostische Verfahren*.

Entwicklungstests haben in Pädagogik und Psychologie eine lange Tradition. Man unterscheidet Screening- Verfahren, die einen groben Überblick vermitteln und erste Hinweise auf Entwicklungsstörungen geben können, und ausführlich differenzierte Tests, die den Entwicklungsstand genauer angeben.

Ein Beispiel für ein älteres, einen großen Altersbereich abdeckendes, aber weniger präzises Verfahren ist der Entwicklungstest für das Schulalter von L. Schenk- Danziger. Dagegen sind die Griffith Entwicklungsskalen (GES) von R. Griffith ein modernes, einen kleinen Altersbereich mit großer Präzision erfassendes Instrument.

Motodiagnostische Verfahren lassen sich in drei Gruppen unterteilen. Mit *motoskopischen Verfahren* werden Bewegungs- und Haltungsmerkmale beobachtet und protokolliert. *Motometrie* zielt auf die Messung motorischer Merkmale, wobei in Relation zu spezifischen Anforderungen Fehler, Genauigkeit und Zeiteinheiten erfaßt werden. Bei *motographischen Verfahren* werden die motorischen Merkmale nicht gemessen, sondern für eine spätere Auswertung aufgezeichnet.

Es gibt gute motometrische Tests, mit deren Hilfe verschiedene motorische Fähigkeiten erfaßt und in Relation zur Altersgruppe beurteilt werden können. Ein standardisierter motorischer Test ist z.B. der Körperkoordinationstests für Kinder (KTK) von E.J. Kiphard und F. Schilling.

6. Beeinträchtigt das Fehlverhalten Leistungsvermögen und Lernfähigkeit?

Diese Frage zielt auf Intelligenzleistung, Schulleistung und Lernverhalten. Sie läßt sich über sprachlich orientierte und sprachfreie Intelligenztests sowie über *Schulleistungstests* und den Vergleich der Ergebnisse beider Verfahren beantworten.

Zur Erfassung der Schulleistung sind *allgemeine klassenbezogene und auch fachbezogene Schulleistungstests* konstruiert worden. Ein Beispiel für allgemeine Tests ist der Allgemeine Schulleistungstest für zweite Klassen (AST 2) von O. Rieder. Zu den speziellen Tests gehört der Diagnostische Rechtschreibtest für 3. Klassen (DRT 3) von R. Müller.

7. Beeinträchtigt das Fehlverhalten die Arbeitsfähigkeit und -willigkeit?

Zur Beantwortung dieser Frage stehen spezielle Tests zur Konzentrationsfähigkeit, zur Belastbarkeit sowie zur Anstrengungsbereitschaft und Motivation zur Verfügung. Auf die Erfassung von Ausdauer sind Arbeitskurven ausgerichtet, die für sich oder in Verbindung mit Intelligenztests gesehen werden.

8. Beeinträchtigt das Fehlverhalten die soziale Kompetenz?

Diese Frage richtet sich auf soziale Einstellungen, soziales Verhalten und Einschätzungsvermögen sowie den sozialen Status in Gruppen. Hier haben Verhaltensbeurteilungslisten, Problemfragebögen und Verfahren zur Erfassung der sozialen Einstellung ihren Platz. Hier werden *Verhaltensbeobachtung*, *Persönlichkeitstests* (siehe oben) und *soziographische Verfahren* genutzt.

Soziographische Verfahren: Das Soziogramm ist ein bewährtes Verfahren, um Beziehungen in einer Gruppe zu verdeutlichen. Man versucht damit, die Bindungen, Ablehnungen, die Spannungen zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern zu erfassen, Rangordnungen aufzuzeigen und herauszufinden, welche Kinder eine Abseitsstellung einnehmen. Die soziographische Methode besteht aus einer indirekten Befragung zu Sympathien und Antipathien in verschiedenen sozialen Zusammenhängen, in der Erstellung einer Tabelle, die Befragungsergebnisse festhält und in einer graphischen Darstellung, mit der der gruppenspezifische Status quo sichtbar gemacht wird (siehe Abb. 3).

Ein Beispiel für ein differenziertes Verfahren zur Erfassung sozialer Strukturen ist das Diagnostische Soziogramm von R. Müller.

9. Liegen organische Schädigungen, Beeinträchtigungen oder Störungen vor?

Diese Frage muß vom Mediziner beantwortet werden. Sie zielt bei Ausschluß von Krankheiten auf Chromosomenaberrationen, Hirnschädigungen bzw. Hirnfunktionsstörungen, Drüsenstörungen, Allergien oder aus Fehl- oder Mangelernährung resultierende Probleme.

Medizinische Verfahren sind z.B. Computer- Tomographie (CT), Blutuntersuchungen und Genetische Untersuchungen.

10. Welche Milieubedingungen bewirken und stärken das Fehlverhalten?

Dieser sehr umfangreiche Fragenbereich bezieht sich auf die Erfassung pathogener Bedingungen im Elternhaus, in der Schule und anderen relevanten Gruppen. Informationen sind im Gespräch mit allen Beteiligten (*informelle, offene Verfahren*), über *Verhaltensbeobachtung* und über *Anamnese und Exploration* zu erhalten.

Anamnese und Exploration: Bei diesen Verfahren geht es darum, Genese und Status quo des Problemverhaltens aus der Sicht relevanter Personen und aus der Sicht des Kindes zu erfassen. Die Anamnese ist mehr darauf gerichtet, Daten aus der Erinnerung der relevanten Bezugspersonen zu erfassen, die von der Zeit noch vor der Geburt bis zur Gegenwart Auskunft geben können über Ursachen und Ausbildung des Problemverhaltens. Die Exploration dagegen wendet sich hauptsächlich an die betroffenen Kinder selbst und erfragt die gegenwärtige Situation.

Als Hilfe für die Anamnese kann der Diagnostische Elternfragebogen (DEF) von P. Dehnelt, W. Kuhnert und A. Zinn genutzt werden. Für die Exploration ist der Einsatz des Problemfragebogens für Jugendliche (PfJ) von F. Süllwold, M. Berg und H. Roth möglich.

11. In welchem Maße ist das Kind zur Überwindung seiner Verhaltensprobleme auf Hilfe von außen Angewiesen?

Diese Frage zielt auf Leidensdruck, Veränderungswilligkeit und -fähigkeit bei dem Betroffenen und seiner Umwelt. Hier haben neben diagnostischen Gesprächen *Persönlichkeitstests* eine wichtige Funktion.

Die weiteren Fragen sind auf Interventionsmöglichkeiten und auf eine Prognose gerichtet. Sie sind in Verbindung mit allen erhobenen Daten und gemeinsam mit den Eltern, möglichen Helfern und ggf. mit dem betroffenen Kind zu beantworten.

12. In welcher Institution und durch welche Maßnahmen kann dem Betroffenen am besten geholfen werden?

Hier geht es um Platzierung und um angemessene Methoden. Das heißt, es muß geklärt werden, ob das Kind in seinem bisherigen Milieu verbleiben kann, um dort ambulante Förderung zu erhalten, ob ambulante Maßnahmen in speziellen Einrichtungen durchgeführt werden sollen oder ob sogar ein Milieuwechsel z.B. in ein Heim oder eine andere Schule erfolgen soll.

13. Wie groß ist der Zeitraum für die Intervention zu bemessen?

Damit wird nach den zeitlichen Grenzen innerhalb eines Erziehungs- und Therapieplanes in der in Aussicht gestellten Institution gefragt. Eine Intervention sollte von Beginn an zeitlich begrenzt und somit auch im Zusammenhang mit überprüfbaren Veränderungen gesehen werden.

14. Wie werden die Chancen für eine Verhaltensänderung beurteilt?

Dabei geht es um eine Prognose mit dem Hintergrund der diagnostischen Daten im Zusammenhang mit den voraussichtlichen Maßnahmen.

Diagnose bei Verhaltensstörungen ist ein Prozeß. Er wird von denjenigen begonnen, die sich von der Problematik betroffen fühlen. Dies können Eltern, Lehrer, Erzieher oder auch die betroffenen Kinder selbst sein. Sie sprechen bei einer beratenden Institution vor oder reichen schriftliche Berichte ein. Diese Gespräche/ Berichte führen bei den beteiligten Diagnostikern zu Hypothesenbildungen, die von Fall zu Fall verschieden sind und auch unterschiedliche diagnostische Verfahren erfordern.

2. Therapie von Verhaltensstörungen

Hilfreiche oder kurative Interventionen bei Kindern mit Verhaltensstörungen als spezielle erzieherische, unterrichtliche und therapeutische Maßnahmen haben eine relativ kurze Geschichte. Erst in der Gegenwart kommen sie umfassend zum Tragen.

Wenn von Intervention gesprochen wird, dann soll damit ein „Dazwischentreten“ zugunsten dieser Kinder gegen Störfaktoren und Beeinträchtigungen, ein Eintreten für ihre Bedürfnisse, ein Sicheinsetzen zu ihrem Wohle gemeint sein.

Kurative Interventionskonzepte sind in Umsetzung zeitspezifischer humanwissenschaftlicher Erkenntnisse entstanden. Sie ändern sich entsprechend neueren Erkenntnissen.

Die leitenden wissenschaftlichen Ansätze sind:

- der biophysische Ansatz
- der psychoanalytische Ansatz
- der individualpsychologische Ansatz
- der entwicklungspsychologische Ansatz
- der humanistisch- psychologische Ansatz
- der lerntheoretische Ansatz
- der pädagogisch- therapeutische Ansatz

Auf den pädagogisch- therapeutischen Ansatz, er wird auch integrativer Ansatz genannt, möchte ich im folgenden näher eingehen.

2.1 Der pädagogisch- therapeutische Ansatz

Pädagogik bei Verhaltensstörungen sollte als integrationswissenschaftlich verstanden werden, das heißt in das pädagogisch- therapeutische Konzept sollen pädagogisch wie therapeutisch relevante Erkenntnisse, Intentionen und Verfahren integriert werden. Es wird ein synthetisches Konzept für notwendig gesehen, das Erkenntnisse und Verfahren verschiedener humanwissenschaftlicher Disziplinen mit ihren unterschiedlichen theoretischen Ansätzen und „Schulen“ auswählt und verbindet, um das betroffene Kind in seiner Ganzheit zu sehen und helfend beeinflussen zu können. Für die Auswahl und Verknüpfung werden die Kriterien:

- wissenschaftliche Verifikation und/oder erfolgreiche Praxiserprobung,
- Angemessenheit im Sinne eines Menschenbildes und
- Praktikabilität in pädagogischen Feldern angelegt.

2.1.1 Das fünf Phasen- Modell

Spezifisch für Organisation und Verlauf des pädagogisch- therapeutischen Konzepts ist ein fünf Phasen- Modell. Zwischen den einzelnen Phasen bestehen fließende Übergänge. Je nach den individuellen Bedingungen sind Rück- oder Vorgriffe möglich.

Die *erste Phase* ist die Phase der Leistungsentlastung. Sie beinhaltet das bedingungslose Akzeptieren des Kindes, aber nicht seiner Verhaltensstörung, und die liebevolle Zuwendung. Es wird ein pädagogischer Bezug aufgebaut. Schulische Fächer werden begrenzt angeboten. Pädagogisch- therapeutische Maßnahmen sollen nach individuellen und gruppenbezogenen Bedürfnissen eingeführt werden (insbesondere Verhaltensmodifikation und Wahrnehmungstraining, strukturiertes Spielen und Rollenspiel). Das Kind soll permanent ermutigt werden. Als „äußerer Halt“ soll eine zeitliche, räumliche und inhaltliche

Strukturierung erfolgen. Man erhofft am Ende der ersten Phase eine Verbesserung der Selbststeuerung und -kontrolle und eine Reduzierung der Leistungs- und Schulunlust sowie der Mißerfolgserwartungen.

Die *zweite Phase* ist die Phase der Leistungsmotivation. Hier soll ein Vertrauensverhältnis aufgebaut und der pädagogische Bezug vertieft werden. Das Angebot des schulischen Fächerkanons und der pädagogisch-therapeutischen Verfahren soll erweitert werden (insbesondere Metakognitions-Training). Weiterhin sollen nachholendes Lernen, Anfänge selbstgesteuerten Lernens und die Etablierung positiver Gewohnheiten unterstützt werden. Am Ende dieser Phase erwartet man die beginnende Übernahme und Internalisierung angemessener individueller ichbezogener sowie sozialer und gruppenbezogener Normen.

Die *dritte Phase* ist die Phase der Leistungsbereitschaft. Das Kind soll sich mit dem Erzieher identifizieren und höhere Werte und Normen übernehmen und internalisieren. Gewünscht wird Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung und Selbstmodifikation. Schulische Leistungsdefizite sollen systematisch reduziert werden. Es finden Phasen offenen Unterrichts und Projekte statt.

Die *vierte Phase* ist die Phase der Selbständigkeit. Zwischen Kind und Erzieher besteht ein partnerschaftliches Verhältnis. Das Kind soll sich angemessen kognitiv selbstorganisieren. Die pädagogisch-therapeutische Intervention wird ausgeblendet. Es findet offener Unterricht statt und das Kind kann freie Aktivitäten unternehmen. Eventuell wird ein Wechsel der Institution vorbereitet.

Die *fünfte Phase* ist die Phase der Bewährung. Es erfolgt die Nachbetreuung. Kontinuierlich helfende Kontakte bleiben bestehen und bei Krisen setzt sofort die Intervention wieder ein.

Organisatorisch ist notwendig, daß bei separierender Förderung in entsprechenden Einrichtungen nicht mehr als sechs bis acht Kinder mit Verhaltensstörungen zu einer Gruppe gehören. Bei integrativer Förderung - abhängig vom Alter und vom Schweregrad der Störungen - sollen nicht mehr als drei Kinder mit Verhaltensstörungen auf eine Gruppe von fünfzehn bis achtzehn Kindern kommen. Wie in Sonderschulen für Kinder mit geistiger Behinderung müssen auch in sonderschulischen Einrichtungen für Kinder mit Verhaltensstörungen zwei Lehrkräfte, ein Sonderpädagoge und ein Schulassistent, zur Verfügung stehen. Das pädagogisch-therapeutische Konzept beinhaltet die Verbindung von Unterricht bzw. Gruppen- und Einzelaktivitäten sowie Erziehung und Therapie.

Das Lebens- und Lernfeld in der Schule wie im Heim ist in der äußeren wie der inneren Organisation im Hinblick auf die beeinträchtigte Lern-, Arbeits- und Interaktionsfähigkeit der Kinder spezifisch strukturiert. Diese Strukturierung zeigt sich in personeller, didaktischer, methodischer, zeitlicher und räumlicher Hinsicht.

Der *personelle Aspekt* beinhaltet eine personelle Konstanz sowohl bei den Kindern als auch bei den Lehrern. Ein Lehrer ist für dieselben Kinder für einen längeren Zeitraum über mehrere Jahre zuständig. Es gibt nur wenige Fachlehrer.

Der *didaktische Aspekt* enthält u.a., daß lebensbedeutsame Inhalte gelehrt und pädagogisch-therapeutische Verfahren angeboten werden. Die Kinder sollen durch Märchen, Sagen und bedeutsame Geschichten (z.B. Dilemma-Geschichten zur moralischen Erziehung) lernen. Der Unterricht sollte erlebnispädagogisch ausgerichtet sein.

Der *methodische Aspekt* meint beispielsweise „Learning by doing“, wechselnde Aktivitäten, angepaßte Einheiten, individualisiertes und selbstbestimmtes Lernen und offenen Unterricht. Der *zeitliche Aspekt* richtet sich auf angepaßte Zeiteinheiten, Regelmäßigkeit und Kontinuität, gleichzeitig aber auch auf zeitliche Flexibilität.

Der *räumliche Aspekt* meint, daß Möglichkeiten für Einzel-, Kleingruppen- und Gesamtgruppenlernen sowie Einheiten für unterschiedliche Aktivitäten vorhanden sein sollen.

2.1.2 Die pädagogisch- therapeutischen Verfahren

Diese Verfahren gehen von den hilfreichen Einwirkungsmöglichkeiten aus, die der Mensch auf andere Menschen bzw. auf sich selbst hat. Einwirkungsmöglichkeiten bestehen:

- durch Gespräch und verbale Zuwendung mit den Verfahren der tiefenpsychologischen Therapien, der Gesprächspsychotherapie und der pädagogisch- therapeutischen Gesprächsführung
- durch spielerisches und schöpferisch- gestaltendes Tun mit den Verfahren der pädagogischen Spieltherapie, der pädagogischen Kunsttherapie und der pädagogischen Musiktherapie
- durch „Abschalten“, durch Entspannung und Ruhe mit den Verfahren der Hypnose, der Selbstentspannung und der Meditation
- durch Lernen über klassisches und operantes Konditionieren sowie über Modell- Lernen mit den Verfahren der Verhaltenstherapie und der pädagogischen Verhaltensmodifikation
- durch Körperstimulation und körperliche Aktionen mit den Verfahren der pädagogischen Mototherapie.

Nicht alle diese Verfahren sind durch Lehrer oder Erzieher in Einrichtungen für verhaltensgestörte Kinder einsetzbar. Nur die Verfahren, denen ein „pädagogisch“ vorangestellt ist, können durch entsprechend geschulte Pädagogen systematisch und abhängig von situativen Bedingungen eingesetzt werden.

Auf Grund der großen Fülle der therapeutischen Verfahren werde ich im folgenden nur auf die pädagogisch- therapeutische Gesprächsführung eingehen.

2.1.2.1 Die pädagogisch- therapeutische Gesprächsführung

Für alle Interventionsmaßnahmen bei Verhaltensstörungen ist die Fähigkeit des Arztes, Pädagogen oder Psychologen grundlegend, Gespräche hilfreich zu führen. Hier muß es darum gehen, ein Gespräch zu gestalten ohne Ablehnung aufkommen zu lassen, ohne Schuldgefühle anzuregen und ohne Erregungen auszulösen oder eine aggressive Auseinandersetzung zu stimulieren. Vielmehr sollte versucht werden, bei der Gesprächsgestaltung eine angenehme Atmosphäre aufzubauen, Ängste zu reduzieren, Entlastung zu ermöglichen, dabei Probleme zu erkennen, Einsicht zu gewinnen und partnerschaftliche Problemlösungen zu finden. In den verschiedenen Ansätzen stellt sich Gesprächsführung mit hilfreichen Intentionen sehr unterschiedlich dar.

In den tiefenpsychologischen Therapiegesprächen ist der Hilfesuchende der untergeordnete Gesprächspartner, der sich mitteilt, der seine Träume erzählt, freie Assoziationen von sich gibt und über seine Wünsche und Begierden spricht. Der analytische Therapeut ist derjenige, der eine übergeordnete Stellung einnimmt, der die Zusammenhänge erkennt und fachmännisch interpretiert. Eine ganz andere Auffassung von Gespräch ist die, in der sich die Partner als gleichberechtigt verstehen. Hier kann sogar der Hilfesuchende die Führung übernehmen. Der Berater hat nur die Funktion, eine bestimmte Atmosphäre zu schaffen, in der sich der Hilfesuchende angenommen fühlt und offen über sich und seine Probleme sprechen kann, um anschließend- mit der notwendigen Hilfestellung- selbst eine Problemlösung zu finden.

Auf dem letzten Ansatz könnte eine pädagogisch- therapeutische Gesprächsführung aufbauen. Professionelle Helfer bei Verhaltensstörungen müssen fähig sein, Gespräche nach bestimmten

Kriterien so zu führen, daß sie für den Gesprächspartner hilfreich sind. Es wurden drei Grundhaltungen genannt, die der Berater einbringen muß:

- Echtheit/ Selbstkongruenz
- emotionale Wärme und Wertschätzung/ positive Zuwendung und
- Empathie/ einführendes Verstehen.

Später sind noch die Begriffe „Aktives Bemühen“, „Konkretheit“ und „Konfrontation“ hinzugefügt worden.

Pädagogisch-therapeutische Gesprächsführung hat ihre Anwendungsbereiche etwa bei allgemeinen Lebensfragen, bei spezifischen Lernproblemen sowie bei Konflikten und psychosozialen Problemen. Als Gesprächsteilnehmer kommen vor allem Kinder, Eltern und Lehrer/ Erzieher in Frage. In der Praxis erweisen sich Einzel- und Gruppengespräche als notwendig. Einzelgespräche finden meist dann statt, wenn intime individuelle Probleme anstehen, wenn zunächst die Sichtweise eines Betroffenen innerhalb einer sozialen Problemkonstellation geklärt werden muß oder wenn Wünsche und Selbstschutzintentionen des Betroffenen diese erfordern. Dagegen haben Gruppengespräche gerade in Hinsicht auf Verhaltensstörungen eine große Bedeutung, weil diese ja meist im Kontext mit sozialen Problemkonstellationen gesehen werden müssen. Gruppengespräche haben sich in der Pädagogik bei Verhaltensstörungen von verschiedenen Ansätzen her als sehr effektiv erwiesen. Sowohl das Life- space Interview von Redl als auch die Konfliktlösungsmethode von Gordon sind hier zu nennen. In komplexen problemlösenden Gruppengesprächen hat sich das von Gordon vorgeschlagene Sechsstufenkonzept als wirkungsvoll erwiesen:

Die *erste Phase* ist die Definition des Problems. Einfühlsames Zuhören ermöglicht es, das Problem herauszufinden und zu bestimmen.

Die *zweite Phase* ist die Sammlung möglicher Lösungen. Eingebrachte Lösungsvorschläge werden schriftlich fixiert.

Die *dritte Phase* ist die Wertung der Vorschläge. Der Lehrer/ Erzieher zeigt sein Verständnis für vorgeschlagene Lösungen, bringt seine eigenen Ansichten, Bedürfnisse und Gefühle in Form von Ich- Botschaften ein, vermeidet Du- Botschaften, und wendet sich gegen unrealistische bzw. inakzeptable Botschaften.

Die *vierte Phase* ist die Entscheidung für die beste Lösung. Die von allen Gruppenmitgliedern akzeptierte Lösung wird schriftlich fixiert und von der gesamten Gruppe unterschrieben.

Die *fünfte Phase* ist die Realisierung der Entscheidung. Alle Gruppenmitglieder bemühen sich, den Lösungsweg umzusetzen.

Die *sechste Phase* ist die Bewertung der Effektivität der Lösung. In der Realität muß sich die geplante Problemlösung als wirkungsvoll erweisen. Bewertende Gespräche führen zu ggf. neuen Lösungsversuchen.

Hilfreiche Gesprächsführung spricht den Berater bei dem pädagogisch-therapeutischen Gespräch also eine Führungsrolle nur insofern zu, als daß er durch Fragen, Denkanstöße, Stellungnahmen, Akzentuierung von Kernpunkten, Zusammenfassungen und Vorschlägen das Gespräch vorwärtsführen, strukturieren und zu einem Ergebnis bringen soll. Pädagogisch-therapeutische Gesprächsführung besteht nicht darin, Ratschläge zu erteilen. In einigen Fällen kann es jedoch hilfreich sein, wenn der Berater Vorschläge macht, die aus der Lebens- und Gesprächssituation resultieren, die die Diskussion des Möglichen anregen und vertiefen. Für Kinder, die noch nicht über genügend Lebenserfahrung verfügen, deren Mit- und Weiterdenken durch Konfliktsituationen blockiert sei mag, können Hinweise und Vorschläge als Orientierungshilfe fast unentbehrlich sein. Es ist aber immer zu beachten, daß Ratschläge

und Vorschläge leicht zu „Schlägen“ werden können. Ein hilfreiches Gespräch hat idealtypisch vier Phasen:

- 1. Kontaktaufnahme (Schaffung eines angenehmen Gesprächsklimas)
- 2. Problemerkfassung
- 3. Problemanalyse
- 4. Problemlösung(en).

2.2 Pädagogische Institutionen für Kinder mit Verhaltensstörungen

Es gibt in allen Bundesländern pädagogische Einrichtungen für Kinder mit Verhaltensstörungen. Diese lassen sich in fünf große Gruppen zusammenfassen:

- schulpädagogische Institutionen
- sozialpädagogische Institutionen
- kriminalpädagogische Institutionen
- pädagogisch- psychiatrische Institutionen und
- berufspädagogische Institutionen.

Diese Institutionen waren in der Vergangenheit vor allem auf Intervention in Verbindung mit Separation ausgerichtet. Modernem pädagogischen Denken entspricht es jedoch mehr, Hilfen in integrativer Form zu geben. In Deutschland geht die Entwicklung dahin, separierende Organisationsformen so weit wie möglich abzuschaffen und ein gestuftes System aufzubauen, das Prävention und Integration realisiert. Es wird aber auch davor gewarnt, alle separierenden Einrichtungen abzuschaffen. Kinder, die durch ihre Umwelt oder sich selbst in ihrer Entwicklung bedroht sind, müssen auch separiert und in kleinen Gruppen zusammengefaßt werden können, damit adäquate Hilfe geleistet werden kann. In Anbetracht der präventiven, rehabilitativen und integrativen Notwendigkeiten und der unterschiedlichen Schweregrade der Verhaltensstörungen muß ein differenziertes Institutionenprogramm verfügbar sein. Es ist im wesentlichen zwar heute schon realisiert, es bedarf aber Ergänzungen und allgemeiner Verbreitung. Die Übersicht (Abb. 4) zeigt ein gestuftes System von Einrichtungen der primären Intervention (Elternschulung, Frühförderung) über Einrichtungen sekundärer Intervention (Erziehungs- und Familienberatung, Schulpsychologischer Dienst) bis hin zu rehabilitativen bzw. pädagogisch- kurativen Einrichtungen (Heime, Sonderschulen; Anstalten und Schulen des Strafvollzugs sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Ich hoffe es ist mir gelungen, einen allgemeinen Überblick über Diagnose und Therapie von Verhaltensstörungen zu geben. Viele Ansätze und Möglichkeiten mußte ich leider unberücksichtigt lassen, da das Thema sonst in der vorgegebenen Zeit nicht zu bewältigen gewesen wäre.

Literatur

Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie, hrsg. von Petermann, F., Göttingen 1995

Myschker, N., Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart 1993

Ortner, A. und Ortner, R., Verhaltens- und Lernschwierigkeiten, Weinheim, Basel 1991

Pädagogik bei Verhaltensstörungen, in: Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 6, hrsg. von Goetze, H. und Neukäter, H., Berlin 1993

Ross, A., Psychische Störungen bei Kindern im Grundschulalter, Stuttgart 1971

Verhaltensgestörtenpädagogik, hrsg. von Petermann, F., Berlin 1987

Zur Aggression verdammt? Ein Überblick über die Psychologie der Aggression, hrsg. von Selg, H., Stuttgart 1982