

36. Selbstinstruktionstraining

Gerhard W. Lauth

Fallbeispiel

Marc (11 Jahre; 4. Klasse Grundschule) fällt immer wieder durch sein unbedachtes und vorschnelles Verhalten auf. Bei Aufgaben und Anweisungen hört er meist nicht bis zum Ende zu, sondern fängt gleich an. Er rät oft und denkt auch bei einem Misserfolg nicht nach, sondern macht einfach weiter. Bei Rechenaufgaben achtet er beispielsweise selten darauf, ob Multiplikationen, Additionen oder Subtraktionen gefordert werden; beim Lesen vertut er sich in den Zeilen; und im Sachkundeunterricht erinnert er sich nicht mehr an die vorausgegangenen Lerneinheiten. Seine Schulleistungen sind unbefriedigend (Noten zwischen 3 und 5). Selten einmal kommt er mit einer guten Note oder einem Lob des Lehrers nach Hause.



Eine Überprüfung der Intelligenz ergibt einen durchschnittlichen Intelligenzstatus (IQ=106). Im Allgemeinen Schulleistungstest für 4. Klassen (AST 4) erreicht er als mittlere Leistung einen Prozentrang von 12 (Schwankungsbreite 4 bis 25). In Arbeitsproben bestätigt sich seine Unbedachtheit und Planlosigkeit: Er gibt eine erstbeste Antwort, beobachtet genau, wie der Versuchsleiter darauf reagiert, und nennt bei Missfallen und ohne groß nachzudenken sofort eine andere Lösung. Marc findet sein Verhalten durchaus erfolgreich, weil Nachdenken zu lange dauern würde. In einem 16-stündigen Selbstinstruktionstraining werden ihm Lernstrategien vermittelt. Er lernt, Aufgaben zunächst mit Bedacht zu analysieren, um sich dann verschiedene Lösungswege vorzustellen und den Verlauf seines Lernens in den Blick zu nehmen. Hierzu wird das strategische Vorgehen zunächst 5 Sitzungen lang an Zuordnungsaufgaben („Differix“, „Schau genau“), Reihenbildungen und Problemlöseaufgaben eingeübt, um dann auf Schulanforderungen (eine Landkarte von Rheinland-Pfalz zeichnen, Bildergeschichten ordnen, eine Geschichte dazu erzählen, einen Aufsatz schreiben, ein Gedicht auswendig lernen) übertragen zu werden. Marc steuert sein Verhalten durch Selbstanweisungen, die an den Stadien des Problemlösens orientiert sind und metakognitive Überlegungen enthalten. Der Lehrer wird in diese Behandlung einbezogen. Er unterstützt die Anwendung der vermittelten Strategien im Unterricht durch Hinweise („Marc, zuerst nachdenken!“ „Was ist die Aufgabe?“). Das gleiche gilt auch für die Eltern, die Marc durch Hinweise auf die „angesagte“ Strategie zu einem bedachten Vorgehen anregen.

36.1 Kurzbeschreibung der Methode und ihres theoretischen Hintergrunds

Das Selbstinstruktionstraining gehört zu den bekanntesten Verfahren der kognitiven Verhaltensmodifikation. Mit ihm werden handlungsanleitende Selbstanweisungen und das dazugehörige Verhalten bis zur Gewohnheit eingeübt. Erlernt werden also Kompetenzen, um schwierigen kognitiven oder sozialen Herausforderungen (z. B. Lernen, Angst, Unsicherheit, Konflikte) besser und angemessener begegnen zu können. Dafür ist es wichtig, dass die Kinder die „richtigen Dinge“ zu sich sagen und dadurch ihr Verhalten steuern. Das Training ist also sehr auf die Ausbildung von Verhaltenskompetenzen ausgerichtet. Wohl nicht zuletzt deshalb erfreut es sich großer Beliebtheit. Seine Anfänge liegen in der Philosophie und der Denkpsychologie. Als moderner Wiederentdecker gilt jedoch Donald Meichenbaum (1977).

Im Training beobachten die Kinder modellhafte Vorbilder, um deren gedankliche Vorgehensweise kennen zu lernen und sie allmählich zu übernehmen. In der ersten Interventionsstudie, die dazu vorliegt, ließ Selz (1935) geschicktere Schülerinnen und Schüler an die Tafel kommen und forderte sie auf, beim Lösen von Rechenaufgaben „laut zu denken“. Sie demonstrierten ihr Vorgehen und sprachen laut aus, wie sie bei der Bearbeitung vorgingen. Selz hoffte, dass sich die schwächeren Rechnerinnen und Rechner das vorgemachte Verhalten zum Vorbild nehmen würden. Tatsächlich führte das „Hilfverfahren“ zur „einsichtigen Übernahme der erfolgreichen Verhaltensweisen“ (Selz, 1935, S. 242). Die Kinder aus der so trainierten Schulklasse lösten zuletzt 67 Prozent der Rechenaufgaben richtig (am Anfang waren es nur 16 Prozent). Zu Beginn der 70er Jahre griffen Meichenbaum und Goodman (1971) diese Idee auf, um kognitiv impulsiven Kindern ein planendes, bedachtes und sorgsames Vorgehen nahe zu bringen. Die Kinder lernten, Selbstanweisungen so zu nutzen, dass sie sich einerseits selbst steuern und andererseits die anstehenden Aufgaben lösen konnten. Beide Autoren vertrauten nun aber nicht mehr darauf, dass sich die auffälligen Kinder das Vorbildverhalten durch bloße Beobachtung aneignen würden, sondern sahen ein Training in fünf Stufen vor, um die gelernten Fertigkeiten bei den trainierten Kindern zunehmend zur Routine werden zu lassen.

Das Selbstinstruktionstraining beruht auf der Handlungstheorie, die sich im Kern fragt, was einen Menschen zu einem selbstgesteuerten und sachgerechten Vorgehen befähigt: Wie erkennt er, was zu tun ist? Wie leitet er sich selbst an? Wie erkennt er, ob sein Tun noch angemessen ist? Die dazugehörigen Forschungsergebnisse besagen, dass das Handeln durch interne Abbilder (z. B. Vorstellungen, Erinnerungen, Anschauungen, Vorwissen) gesteuert wird. Sie lassen Ziele und Teilziele entstehen, die mittels mehr oder weniger ausgearbeiteter Pläne angestrebt werden. Außerdem wird das eigene Handeln ständig überwacht und daraufhin bewertet, inwieweit es den zuvor gefassten Absichten, Plänen oder Zielen entspricht. Letztlich hängt es auch noch davon ab, ob das notwendige Können (Skills) vorhanden ist, um die vorgefassten Pläne tatsächlich umsetzen zu können. Danach gibt es vier wesentliche Voraussetzungen für das erfolgreiche Handeln: (a) Selbststeuerung und Rückmeldungen; (b) Planen und Vorwissen bzw. Vorerfahrung; (c) Fertigkeiten und ausreichendes Können; (d) Zielsetzung und Überwachung der Ziel-

erreichung. Da Ziele und komplexe Handlungen nicht in einem einzigen Schritt erreicht werden können, kommt noch ein Geschehensverlauf (Prozess) hinzu. Das Selbstinstruktionstraining widmet sich im Wesentlichen der Selbststeuerung und dem Planen. Es stellt geeignete Selbstanweisungen bereit und verknüpft sie mit dem dazugehörigen Verhalten. Die Selbstanweisungen beziehen sich vor allem auf die „Eckpunkte“ für ein erfolgreiches Handeln, wie z. B.:

- *Vorüberlegung und Planung* („Wie gehe ich vor? Kenne ich etwas Ähnliches?“);
- *Zielfindung* („Was liegt an? Und was soll ich hier tun?“);
- *begleitende Überwachung des eigenen Tuns* („Wo stehe ich jetzt? Wie geht es weiter?“);
- *Steuerung der Ausführung* („Das ist verdammt schwer! Langsam, nachdenken und achtgeben!“).

Diesen Selbstanweisungen liegen Modellvorstellungen zum Denken und Problemlösen (z. B. Mittel- und Zielanalyse, exekutive Kontrolle, metakognitives Wissen, Stadien des Problemlöseprozesses) zugrunde. Das Selbstinstruktionstraining wird hauptsächlich genutzt, um Lernstrategien, planvolles Arbeiten, Reflexivität und Selbstkontrolle zu schulen sowie um mit Angst und Stress (z. B. bei Klassenarbeiten, beim mündlichen Vortrag, bei einer Präsentation vor der Klasse) umzugehen. Da es dabei um die Veränderung von handlungsleitenden „inneren Dialogen“ geht, ist die informierte und aktive Mitarbeit der beteiligten Kinder unabdingbar notwendig.

36.2 Indikation der Methode

Das Selbstinstruktionstraining wird zur Steigerung von angemessenen Lernaktivitäten eingesetzt. Es ist also für Kinder geeignet, die nicht das angemessene Lernverhalten zeigen und nicht über die angemessenen Lernstrategien verfügen (vgl. das in Kapitel 1 beschriebene Modell des „Good Strategy User“). Dies ist vor allem der Fall bei:

- Allgemeinen Lernschwächen (Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten nach ICD-10, F81.3; s. Kapitel 5);
- Underachievement (Schulschwierigkeiten nach DSM IV als V62.30; s. Kapitel 2);
- Lernbehinderungen (leichte Intelligenzminderung nach ICD-10, F70; s. Kapitel 6);
- Hyperkinetischen Störungen (ICD-10, F 90) und deren subklinischen Erscheinungsformen (impulsives, unbedachtes Vorgehen in Anforderungssituationen).

Ein zweiter Anwendungsbereich ergibt sich daraus, dass die Lernstrategien zwar bekannt und verfügbar sind, aber wegen *emotionaler „Blockaden“* (z. B. Ängstlichkeit, Verwirrung, Prüfungsangst, Desorientierung) nicht genutzt werden. Im Falle einer solchen Leistungsstörung bezieht sich das Training hauptsächlich darauf, die Kinder so gegen Belastungssituationen zu immunisieren, dass sie ihre vorhandenen Kompetenzen abrufen und differenziert einsetzen können. Dies ist hauptsächlich der Fall bei:

- Sprechängsten;
- Prüfungsängstlichkeit;
- Leistungsängstlichkeit;
- Misserfolgsängstlichkeit.

Diese Ängste werden, wenn die Störung manifest genug ist, in der ICD-10 unter der Überschrift „soziale Phobie“ (F40.1) zusammengefasst.

Das Selbstinstruktionstraining setzt in seiner Anwendung ein Intelligenzalter von mindestens 5 Jahren voraus und ist umso wirksamer, je kognitiv differenzierter (intelligenter, älter) die Kinder sind. Eine volle Wirksamkeit des Verfahrens kann man erst ab einem Alter von 7 bis 8 Jahren erwarten.

36.3 Detaillierte Beschreibung des Vorgehens

Aufbau und Einübung strategischen Lernverhaltens

Das Selbstinstruktionstraining wird im Wesentlichen für die *Vermittlung strategischer Lernkompetenzen* eingesetzt. Folgendes Vorgehen hat sich hierfür bewährt:

(1) Die *Eingangsdiagnostik* entspricht dem klassischen Vorgehen: Ausführliche Verhaltensanalyse mit der Klassenlehrkraft und gegebenenfalls den Eltern (s. Anhang A); Durchführung einer mehrdimensionalen Intelligenzdiagnostik (etwa mit der Kaufman Assessment Battery for Children; K-ABC-II; Kaufman & Kaufman, 2009), Überprüfung der Schulleistung anhand eines standardisierten und normierten Verfahrens (s. Anhang C). Ferner wird das Vorgehen des Kindes in verschiedenen Arbeitsproben beobachtet, wobei das strategische Vorgehen im Blickpunkt steht. Geeignete Aufgaben dafür sind u. a.: Bildersortieren (Papa Moll), Reihenbildung, Textaufgaben, einen Aufsatz schreiben, eine Textaufgabe lösen, einen Sachbuchtext lesen und wiedergeben, ein Gedicht lernen. Bei der Bearbeitung wird darauf geachtet, ob das Kind die Aufgabe analysiert, in schwierigen Situationen Selbstanweisungen benutzt, sein Vorgehen überprüft, bei Schwierigkeiten innehält und nachdenkt, bei Fehlern noch einmal anfängt (s. Anhang B). Als Ergebnis wird man feststellen, ob das Kind Strategien oder Teilstrategien nutzt oder ungeordnet vorgeht.

(2) *Ableitung der Lernstrategie*. Hier stellt sich die Frage, welche Strategie vermittelt werden soll und worin diese im Einzelnen besteht. Eine solche Strategie wird entweder aus bestehenden Funktionsmodellen (z. B. zur Strategie beim Aufsatzschreiben, Lösen von Textaufgaben, sinnverstehenden Lesen) direkt entnommen (vgl. Montague & Bos, 1986) oder von der Trainerin bzw. vom Trainer selbst mittels Selbstbeobachtung abgeleitet. Die Strategie besteht aus einer Abfolge, die Schritt für Schritt durchlaufen werden sollte. Kasten 1 gibt diese Schritte für das Legen einer Bildergeschichte wieder. Bei einer solchen Strategie handelt es sich um ein Vorgehen, das möglichst rasch und sicher zu dem gewünschten Erfolg (Ziel) führen soll. Zumeist werden diese Schritte in Selbstanweisungen übersetzt (z. B. „Ich schaue mir zuerst alle Karten an und beschreibe, was darauf zu sehen ist.“).

Um eine Lernstrategie herzuleiten, ist es hilfreich, sich an einer kognitiv-funktionalen Diagnostik zu orientieren, wie sie Meichenbaum bereits 1977 vorgeschlagen hat. Bei dieser Form der Diagnostik sind drei Fragen zu beantworten: a) Welche Anforderungen müssen bewältigt werden, um das angestrebte Zielverhalten bei einer Aufgabe zeigen zu können? (Analyse der Anforderungsstruktur). b) Welche dieser Anforderungen beherrscht das Kind bereits; bei welchen zeigt es Schwierigkeiten? (Analyse des inhaltlichen Entwicklungsniveaus). c) Welche spezifischen Fähigkeiten sollte das Training vermitteln und mit welchen Anforderungen sollte es beginnen? (Festlegung der Therapieinhalte).

Kasten 1: Schritte, die zum Legen einer Bildergeschichte durchlaufen werden

Insgesamt bilden diese Schritte eine Strategie, ein Vorgehen also, das vergleichsweise ökonomisch und zielführend ist.

Aufgabe: Dem Kind werden mehrere Bildkarten vorgelegt, aus denen es eine plausible Geschichte bilden soll.

A) *Ausgangssituation klären (definieren)*

- Karten auflegen
- Übersicht verschaffen
- Karten mustern, beschreiben
- Das Gemeinsame der einzelnen Karten bestimmen („eine Überschrift geben“)

B) *Das Ziel definieren*

- Lege eine plausible Geschichte!

C) *Die Bilder anordnen (Ausführung)*

- Gedächtnisinhalte aktivieren
- Die Karten legen (z. B. vom Anfang zum Ende, einzelne Sequenzen legen)
- Die Lösung handlungsbegleitend überwachen (auf die eigenen Gefühle hören, bei Unstimmigkeit erneut nachschauen)

D) *Überprüfen*

- Die (gelegte) Geschichte nacherzählen (eine erneute und verkürzte Problemlösung vornehmen)

E) *Abstraktion/Schlussfolgerung*

- Persönliches Resümee („Was habe ich aus dieser Lernsituation entnommen?“)

(3) *Kognitives Modellieren der Strategieanwendung.* Die Therapeutin bzw. der Therapeut zeigt nun als Modell, wie die fragliche Anforderung bewältigt werden kann. Dazu demonstriert sie oder er das entsprechende Verhalten und verbalisiert gleichzeitig die Regeln und Strategien, die dabei zum Zuge kommen, in Form von Selbstanweisungen (z. B. „Ich schaue mir die Aufgabe zuerst genau an, ...“). Die Kinder erlernen dadurch sowohl die kognitiven (verdeckten) als auch die offenen Bewältigungsfertigkeiten. Meistens wird die Modelldemonstration durch sogenannte Signalkarten unterstützt, welche die wichtigsten Inhalte der Selbstanweisungen hervorheben. Man greift dabei auf Comic-Figuren zurück, die das Kind schon kennt und schätzt (etwa Obelix, Superman, Kater Pluto, Majestix – s. Abbildung 1). Diese Signalkarten heben die wichtigsten Momente der Selbstanweisungen noch einmal hervor: Was ist Sache? Was will ich jetzt erreichen? Wie könnte ich vorgehen? Halt-Stopp! Nicht aufregen! Ich kriege das hin!

(4) *Allmähliche Übernahme des förderlichen Verhaltens* durch das Kind. Die Selbstanweisungen sollen nun vom Kind (bzw. dem Jugendlichen) zunehmend selbstgesteuert ausgeführt werden. Um das zu fördern, durchläuft das Training fünf Stufen:

- Stufe 1 entspricht der bereits genannten Demonstration durch die Therapeutin bzw. durch den Therapeuten (*kognitives Modellieren*). Das Ziel der weiteren Trainingsstufen besteht darin, dass das modellierte Verhalten vom Kind übernommen und allmählich verinnerlicht wird.
- Auf Stufe 2 (*externe Verhaltenssteuerung*) handelt das Kind nach den Selbstanweisungen der Therapeutin bzw. des Therapeuten.



Abbildung 1: Beispiele für Signalkarten, wie sie in einem Selbstinstruktionsprogramm eingesetzt werden (aus Lauth & Schlottke, 2009; Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlages)

- Auf Stufe 3 (*offene Selbstinstruierung*) lenkt das Kind sein Verhalten durch eigene Selbstanweisungen.
- Auf Stufe 4 (*ausgeblendete Selbstinstruierung*) lenkt das Kind sein Verhalten durch flüsternde Selbstanweisungen.
- Auf Stufe 5 (*verdeckte Selbstinstruierung*) soll das Kind sein Verhalten über vereinbarte Selbstverbalisierungen (denken) steuern.

Man geht in der Regel erst dann zur nächsten Stufe über, wenn die vorausgehende ausreichend sicher beherrscht wird. Jedoch muss man diese Abfolge nicht zwingend einhalten, sondern kann die Stufen 4 und 5 verkürzen oder gar ganz weglassen lassen, wenn zuvor bereits eine ausreichende Verhaltenssicherheit (Übernahme des Modellverhaltens) beobachtet wird.

Das strategische Vorgehen wird zuerst an *einfachen* und überschaubaren Aufgaben (etwa Zuordnungsaufgaben, Ausmalaufgaben, Puzzle) eingeübt, um dann auf zunehmend komplexere und schulnähere Anforderungen übertragen zu werden. Dadurch sollen übergreifende Fertigkeiten (etwa: schwierige, mehrstufige Aufgaben lösen, sein eigenes Lernen steuern) ausgebildet werden.

(5) *Vorgehen nach Maßgabe der Therapiefortschritte*. Die Therapie geht nach Maßgabe der Fortschritte, die das Kind bei einer Aufgabe macht, voran. Die einzelnen Anforderungen werden also nicht nach einem starren Plan eingeübt, sondern erst dann in ihrer Schwierigkeit „Schritt für Schritt“ erhöht, wenn das Kind die vorgeordneten bzw. grundlegenden Anforderungen sicher beherrscht.

(6) *Übertragung des Verhaltens auf den Alltag*. Erfahrungsgemäß erlernen die Kinder das geforderte Vorgehen relativ rasch. Das bedeutet aber noch nicht, dass sie es auch im Unterricht und bei den Hausaufgaben anwenden. Dieser Transfer muss aktiv herbeigeführt werden. Dies geschieht dadurch, dass Eltern, Lehrkräfte und gegebenenfalls Mitschülerinnen bzw. Mitschüler miteinbezogen werden. Sie sollen die gelernten Strategien im Unterricht oder bei den Hausaufgaben abrufen und lobend unterstützen. Des Weiteren kann man auch auf Selbstkontrollverfahren und Verhaltensvereinbarungen mit dem Kind zurückgreifen (s. dazu Kapitel 37). Darin wird vereinbart, dass sich ein Kind auch im Alltag an die eingeübten Verhaltensweisen hält und in der nächsten Therapiestunde darüber berichtet. Die Ausführung wird in Selbstbeobachtungsbögen („Ich bin mein eigener Detektiv!“), Verhaltensregistrierungen, freien Aufzeichnungen oder Berichten der Bezugspersonen festgehalten. In der nächsten Therapiesitzung wird die Ausführung des vereinbarten Verhaltens besprochen und positiv verstärkt, die Bedingungen für eine positive Umsetzung werden hervorgehoben und gegebenenfalls Hinweise für ein besseres Gelingen erarbeitet. Die strategischen Vorgehensweisen sollen aber letztlich auch im Unterricht und bei Klassenarbeiten rasch und flexibel eingesetzt werden.

Bewältigung emotionaler Belastungen

Wenn es um die *Bewältigung emotionaler Schwierigkeiten* geht, bedient man sich ebenfalls des Selbstinstruktionstrainings. Allerdings geht man hier individualisierter vor, indem die Selbstanweisungen stärker auf das einzelne Kind und seine jeweiligen Schwierigkeiten bezogen werden. In dieser Anwendung werden die folgenden Schritte durchlaufen:

(1) *Verhaltensorientierte Ausgangsdiagnose*. Dazu wird zunächst das „fehlerhafte Verhalten“ anhand einer ausführlichen Verhaltensanalyse (mit den Bezugspersonen sowie dem Kind) und vorstrukturierender Verhaltensbeobachtungen bestimmt. Beispielsweise wird das Verhalten eines prüfungsängstlichen Kindes in Leistungssituationen (Klassenarbeit, mündlicher Vortrag) durch folgende Fragen abgeklärt:

- Welche Situationen sind belastend?
- Was daran belastet besonders (z. B. Zahl der anwesenden Personen, Art der Anforderung, Bedeutung der Leistung für die Benotung, Bewertungscharakter allgemein)?
- Wie verhält sich das Kind motorisch, verbal und kognitiv?
- Welche Ergebnisse werden erreicht?

- Gibt es auch einen weniger belastenden Umgang mit den fraglichen Situationen?
- Welche Bedingungen herrschen dann vor?
- Über welche Ressourcen verfügt das Kind, um mit den Belastungssituationen umzugehen?

(2) *Diskussion des bisherigen (fehlerhaften) Verhaltens.* Hier soll das Kind (oder der Jugendliche) erkennen, dass sein Verhalten in den belastenden Situationen unangemessen ist. Es soll sich seine Schwierigkeiten verhaltensbezogen erklären. Für diese Analyse des kindlichen Problemverhaltens wird das Verhalten in den wichtigsten Belastungssituationen anhand eines metakognitiven Interviews analysiert. Dabei geht es darum, was das Kind zu sich sagt, welche ängstigenden und ablenkenden Gedanken auftauchen, welche Ziele verfolgt werden, welche Pläne gefasst werden.

Die Therapeutin bzw. der Therapeut lenkt in dieser Phase die Aussagen des Kindes durch offene Fragen und veranschaulichende Erklärungen (etwa: „Wenn etwas schwierig ist, sagt man meistens etwas zu sich, ohne es aber wirklich auszusprechen. Geht es Dir auch manchmal so? Was sagst Du dann zu Dir, wenn Du vor der Klasse stehst und einen kurzen Vortrag hältst?“). Dieser innere Dialog wird in seinen Grundzügen entwickelt. Dabei ist es nicht so wichtig, dass die Gedankenkette Glied für Glied nachvollzogen wird. Vielmehr soll das Kind erkennen, dass sein Verhalten ungeeignet und dysfunktional ist. Die handlungsleitenden Überlegungen werden von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten aktiv erfragt (etwa: „Als Du aufgerufen wurdest, was hast Du da gedacht? Was hast Du gedacht, bevor Du angefangen hast?“). Ein entsprechender interner Dialog ist in Kasten 2 wiedergegeben.

Kasten 2: Beispiel für einen dysfunktionalen internen Dialog eines 12-jährigen Mädchens (6. Klasse Realschule) mit Problemen in Deutsch
(aufgezeichnet nach der Unterrichtsstunde)

„Ich weiß, dass das heute eine schlimme Stunde werden wird. Deutsch liegt mir einfach nicht. Ich kann das nicht!

Wenn der Unterricht beginnt, reden alle noch herum. Nur ich bin still, sitze und schaue unter mich. Ich bin total verkrampft. Ich merke was in mir vorgeht. Alle anderen um mich herum sind guter Dinge. Nur ich sitze wie ein Stock da.

Ich bange und zittere innerlich, dass ich dran komme. Ich lass es mir aber nicht so sehr anmerken. Die anderen sollen es nicht merken. Jedes mal, wenn die Lehrerin in meine Richtung schaut, sehe ich weg. Bloß nicht dran kommen. Ich würde mich nur blamieren, rumstottern und so.

Als es dann klingelt, stürmen alle raus. Ich sitze noch auf meinem Platz, total benommen. Es hat mich angestrengt. Ich schleiche raus. Ich habe schlechte Laune und kann nichts sagen, weil mein Hals so trocken ist.“

(3) *Ableitung des förderlichen Verhaltens und seiner „inneren“ gedanklichen Anteile.* Was sollte das Kind stattdessen tun? (z. B. selbstbewusster auftreten, Bedenken überwinden, sich melden, einen kurzen Vortrag halten). Und wie kann es das alternative Verhalten durch Selbstanweisungen anleiten? Hierzu wird zunächst ein Verhaltensziel definiert,

das mit nahezu absoluter Wahrscheinlichkeit erreicht werden wird (z.B. die Lehrkraft anschauen; Antworten parat halten, ohne sich aber schon zu melden; vor Unterrichtsbeginn mit einer anderen Schülerin oder mit einem anderen Schüler sprechen; sich 1-Mal in der Unterrichtsstunde melden; einen kurzen Vortrag halten). Diese Ziele werden häufig der Schwierigkeit nach gestaffelt in einem Vertrag festgehalten (s. Kapitel 39). Der alternative Dialog dazu wird gemeinsam mit dem Kind entwickelt, wobei die Therapeutin bzw. der Therapeut immer zuerst nach den Vorschlägen des Kindes fragt (etwa: „Hättest Du auch etwas anderes zu Dir sagen können? Was denkst Du, dass die anderen zu sich selbst sagen? Was könntest Du zu Dir sagen, um Dich zu melden?“). Dieser alternative Dialog kann in aller Regel recht leicht als Umkehr des negativen internen Dialogs (s. Kasten 2) formuliert werden. Dabei wird ein sogenannter Bewältigungsdialog entwickelt, der die bestehenden Schwierigkeiten nicht unter den Tisch kehrt, sondern sie direkt benennt und anerkennt (z. B. „Es ist verdammt schwer. Aber heute werde ich mich wenigstens 1-Mal in der Unterrichtsstunde melden. Ich schaue die Lehrerin an und folge ihren Aussagen. Wenn ich etwas verstanden habe, melde ich mich. Das wird nicht leicht sein. Ich weiß aber, dass ich es schaffe, wenn ich mich innerlich entspanne und ich mit meinen Gedanken bei der Sache bin. Ich habe es ja geübt!“). Es ist sehr hilfreich, wenn der innere Dialog in der Sprache des Kindes bzw. Jugendlichen abgefasst ist und Symbole mit subjektiver Bedeutung (etwa: „Ich bleibe cool wie Poldi“) enthält.

(4) *Einübung des Bewältigungsverhaltens und der zugehörigen Selbstanweisungen im Rollenspiel und Verhaltensübungen.* In den Therapiesitzungen wird das Bewältigungsverhalten eingeübt, wobei eine immer größere Annäherung an die Realsituation stattfindet. Beispielsweise wird geübt, einen kurzen Vortrag zu halten, die Art und Weise der Präsentation wird abgesprochen und die Durchführung mit dem internen Dialog verbunden. Dabei wird der Bewältigungsdialog zunächst diskutiert und vom Kind als Selbstanweisung laut verbalisiert. Das entsprechende Verhalten wird vom Kind (teils unter lauter Selbstanweisung) ausgeführt. Am Ende wird diskutiert, ob und inwiefern sich der veränderte Dialog als hilfreich erwiesen hat. Bei Ängstlichkeit können auch Entspannungsübungen und bildliche Entspannungsvorstellungen vorgeschaltet werden.

(5) *Übertragung in den Alltag.* Bei hinreichender Verhaltenssicherheit wird das eingeübte Verhalten sodann in Realsituationen ausgeführt. Hierfür ist die Unterstützung durch Mediatorinnen oder Mediatoren (Lehrkräfte, Eltern, Freundinnen und Freunde) hilfreich, die das gelernte Vorgehen und den internen Dialog in Erinnerung rufen und positive Rückmeldung beim Gelingen des angestrebten Verhaltens geben (s. a. Kapitel 37).

36.4 Wirksamkeit und Wirksamkeitsbedingungen

Das Selbstinstruktionstraining schneidet in metaanalytischen Bewertungen zumeist gut ab. In einer Metaanalyse mit insgesamt 3.782 Grundschulkindern ermittelten Dignath, Büttner und Langfeldt (2008) für metakognitiv orientierte Programme eine mittlere Effekststärke von $d=0.59$; die größte Wirksamkeit wurde beim Zuwachs rechnerischer Fähigkeiten ($d=0.89$) und bei der Steigerung der Motivation erreicht ($d=1.06$).

Die Wirksamkeit ist bei lerngestörten Schülerinnen und Schülern besonders hoch und erreicht dabei Effektstärken von >1 (s. z. B. Scruggs et al., 2010). Bei leseschwachen Kindern ist gleichfalls eine große Effektstärke von $d=0.94$ festzustellen (Swanson, 1999), was hauptsächlich auf die schrittweise Modellierung der Lernstrategie und das wiederholte Erinnern an das gelernte Vorgehen durch die Lehrkraft (z. B. „denk laut“) zurückzuführen ist. Auch bei der Förderung von mathematischen Leistungen werden positive Ergebnisse berichtet – und zwar besonders dann, wenn die gelernten Strategien im Unterricht aufgegriffen und unterstützt werden (Mevarech, 1999). Teilweise werden die Trainings auch von den Klassenlehrkräften selbst durchgeführt, was zu bemerkenswerten Leistungssteigerungen bei rechenschwachen Kindern führt ($d=3.4$, zwei Monate nach Trainingsende; Luit & Naglieri, 1999).

Metaanalysen (Durlack, Fuhrman & Lampman, 1991) zum Einsatz des Selbstinstruktionstrainings stellen eine Wirksamkeit von ca. einer Standardabweichung und eine befriedigende Langzeitwirkung ($d=0.62$) fest. Dies bedeutet, dass sich das Verhalten der Kinder substanziell bei Therapieende verbessert hat und sich die Kinder ihren unauffälligen Altersgenossen annähern (ohne damit allerdings schon selbst unauffällig zu sein). Positive Effekte treten vor allem bei den Kindern ein, die bereits die Stufe der formalen Intelligenz erreicht haben und etwa 10 Jahre alt sind. Bei den jüngeren Kindern wird zwar eine beachtliche, vergleichsweise aber geringere Wirksamkeit ($d=0.55$) beobachtet.

Das Selbstinstruktionstraining wird oft mit weiteren Maßnahmen (etwa Elternt raining, operante Methoden, Beratung durch eine Lehrkraft) kombiniert. Es ist zu einer Behandlungsroutine für die Therapie von allgemeinen Lernstörungen und für die Anregung von selbstgesteuertem Lernen geworden. Besonders wirksam ist es, wenn der Transfer des gelernten Vorgehens in den Alltag aktiv und gezielt angebahnt wird (z. B. zunehmend realitätsnähere Anforderungen; Einbeziehen von Eltern und Lehrkräften; Training in Realsituationen).

36.5 Literatur

Grundlegende Literatur

- Luit, J. E. H. van & Naglieri, J. A. (1999). Effectiveness of the MASTER program for teaching special children multiplication and division. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 98–107. doi: 10.1177/002221949903200201
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press (Deutsch: Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban & Schwarzenberg, 1979).
- Scrugg, T. E., Mastropieri, M. A., Berkeley, S. & Graetz, J. E. (2010). Do special education interventions improve learning of secondary content? A meta-analysis. *Remedial and Special Education*, 31, 437–449. doi: 10.1177/0741932508327465
- Swanson, H. L. (1999). Reading research for students with LD: A meta-analysis of intervention outcomes. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 504–532. doi: 10.1177/002221949903200605

Weiterführende Literatur

- Durlack, J.A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204–214. doi: 10.1037/0033-2909.110.2.204
- Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115–126.
- Mevarech, Z.R. (1999). Effects of metacognitive training embedded in cooperative settings on mathematical problem solving. *The Journal of Educational Research*, 92, 195–205. doi: 10.1080/00220679909597597
- Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1995). (Hrsg.). *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe.

Material

- Dignath, C., Büttner, G. & Langfeldt, H.-P. (2008). How can primary school students learn self-regulated learning strategies most effectively? A meta-analysis on self-regulation training programmes. *Educational Research Review*, 3, 101–129. doi: 10.1016/j.edurev.2008.02.003
- Kaufman, A.S. & Kaufman, N.L. (2009). *Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC)*. (dt. Bearbeitung von P. Melchers & U. Preuß; 8. Aufl.). Frankfurt: Pearson.
- Lauth, G.W. & Schlottke, P.F. (2009). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Montague, M. & Bos, C.S. (1986). The effect of cognitive strategy training on verbal math problem solving performance of learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 26–33. doi: 10.1177/002221948601900107
- Selz, O. (1935). Versuche zur Hebung des Intelligenzniveaus. Ein Beitrag zur Theorie der Intelligenz und ihrer erzieherischen Beeinflussung. *Zeitschrift für Psychologie*, 134, 236–301.