

5 Diagnostik

5.1 Klassifikationssysteme

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Einführung

Die Klassifikation, also die Zusammenfassung oder Einteilung von beobachtbaren Verhaltensweisen, Erscheinungen oder auch Symptomen in ein Ordnungssystem hat insbesondere im medizinischen Kontext eine lange Tradition. Schon Hippokrates (460–377 v. Chr.) versuchte, Personen anhand ihrer Temperamente zu gruppieren und dabei „Schlussfolgerungen zwischen körperlichen und seelischen Phänomenen [zu] ziehen“ (Röhrle 2008, 15). Einen ersten Ansatz zur Klassifikation psychischer Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten entwickelte Kraepelin im Jahre 1899. „Er fasste die Vielfalt psychiatrischer Krankheitsbilder in einer Systematik zusammen, die sich aus der Registrierung einzelner Symptome und deren Integration zu Syndromen ergab“, sein System der „Aufgliederung der Psychosen [...] war über viele Jahrzehnte Richtschnur für die Entwicklung von Klassifikationssystemen“ (Krohne & Hock 2007, 500).

Ein wesentliches Ziel der Klassifikation ist es, die Vielfalt von Erscheinungen zu bündeln und somit Komplexität zu reduzieren. Durch die Ableitung von Diagnosen – gefasst als operationalisierte, also präzise definierte nachvollziehbare Beschreibung von Symptomen – soll es leichter sein, eine Übereinstimmung zwischen einzelnen Fachleuten und Einrichtungen herzustellen und somit die Kommunikation zu verbessern. Darüber hinaus soll es das Ziel sein, Interventionsentscheidungen und -planungen zu erleichtern, also Indikationen zu erstellen (vgl. DGKJP 2007; Heidenreich, Noyon & Erfert 2008).

Klassifikationssysteme an sich, aber auch der Prozess der individuellen Diagnostik sind immer mit der Frage von Normalität und Abweichung verbunden. Wenn Beschreibungen von Verhaltensweisen, bestimmte körperliche Erscheinungsweisen oder seelische Zustände zu einer Klasse zusammengefasst werden, so kann diese Klassifizierung nicht wertfrei erfolgen. Den Klassifikationssystemen liegen somit zumindest implizit immer Normen zugrunde. Bedeutsam sind soziale Normen, also der Bezug der zu erfassenden und klassifizierenden Phänomene hinsichtlich einer Referenzgruppe – in numerische Zusammenhänge transferiert sind dies dann statistische Normen (vgl. z. B. Fröhlich-Gildhoff 2007, 15 ff.; Röhrle 2008, 24).

Ein gravierendes Problem, das zur Weiterentwicklung von Klassifikationssystemen führte, war die empirisch untermauerte Tatsache („klassische“ Studien von Beck et al. 1962 und Kendell et al. 1971), dass einzelne, auch erfahrene Unter-

sucher/innen nur relativ geringe Übereinstimmungen bei der Diagnoseerstellung zeigen, wenn diese nicht präzise genug definiert war.

Klassifikationssysteme besitzen dann ein hohe Güte, wenn die einzelnen Kategorien möglichst unabhängig von subjektiven Einschätzungen einzelner Untersucher/innen bzw. Beobachter/innen definiert und erfassbar sind (sie müssen Objektivität besitzen), wenn sie ein möglichst hohes Maß an Genauigkeit (Reliabilität) aufweisen und sie darüber hinaus auch inhaltlich gültig (valide) sind.

Grundsätzlich lassen sich Klassifikationssysteme nach zwei Typen unterscheiden: Bei *kategorialen Diagnosesystemen* wird davon ausgegangen, dass psychische Störungen oder Verhaltensstörungen klar voneinander und von psychischer Normalität abgrenzbare Einheiten sind. „Diese ‚Systeme‘ streben eine Gruppierung der interessierenden Merkmale und die Einordnung dieser Gruppen in ein System von Kategorien an“ (Heidenreich, Noyon & Erfert 2008, 276). Hingegen beinhaltet der *dimensionale Ansatz*, dass die Merkmale von einzelnen Individuen eher quantitative als qualitative Unterschiede aufweisen. Diese Merkmale werden „entlang eines Kontinuums erfasst und beschrieben, [...] psychische Auffälligkeiten [werden] anhand von empirisch gewonnenen Dimensionen“ (Döpfner et al. 2000, 7) erfasst.

Klassifikationssysteme

Kategoriale Klassifikation

International haben sich zwei Systeme zur kategorialen Klassifikation psychischer Störungen durchgesetzt: Zum einen das System der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD)“ der Weltgesundheitsorganisation WHO, das in seiner zehnten Version vorliegt (ICD-10, deutsch: Dilling, Mombour & Schmidt 2002). Zum anderen das „Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen“, nunmehr in seiner vierten Version (DSM-IV, deutsch: Saß, Wittchen & Zaudig 1996). Diese Systeme basieren auf der breiten klinischen Erfahrung einer Vielzahl von Fachleuten und zum Teil auf dezidierten statistischen Analysen. Die Diagnosesysteme haben sich im Laufe ihrer Revisionen zunehmend aneinander angeglichen; eine Gegenüberstellung der einzelnen Diagnosekategorien für den Bereich Kinder und Jugendliche findet sich etwa bei Petermann et al. (2000, 35 ff.) bzw. Döpfner et al. (2000, 11 ff.).

In diesen Klassifikationssystemen werden – ohne Rückgriff auf theoretische Konzepte – lediglich Symptome zusammengefasst, so dass einzelne Störungsbilder (Diagnosen) beschrieben werden. Diese Klassifikationssysteme machen keine Aussagen über Ursachen der jeweiligen Störungen und mögliche Therapien. Eine konsequente Weiterführung dieses Systems sind die „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP 2007). Hier werden die unterschiedlichen Störungsbilder – bezogen

auf die ICD-Klassifikation – hinsichtlich der Symptome, des Schweregrads, der störungsspezifischen Diagnostik und Differenzialdiagnostik, einer multidimensionalen oder -axialen Bewertung sowie der Interventionen beschrieben.

Die ICD ist im deutschen Raum weit verbreitet und stellt zudem die Grundlage der Klassifikationen im deutschen Gesundheitssystem dar. Im Kapitel F der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10“ sind klinisch-diagnostische Leitlinien spezifisch für psychische Störungen kategorisiert und klassifiziert (Dilling, Monbour & Schmidt 2002). Sie sind nach folgenden Gesichtspunkten geordnet:

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

In den Abschnitten F80-F89 (Entwicklungsstörungen) und F90-F98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) sind nur spezifische Störungen enthalten, die die Kindheit und Jugend betreffen. „Viele Störungen aus anderen Abschnitten können bei Personen jeden Alters auftreten und sind, wenn nötig, auch auf Kinder und Jugendliche zu verwenden. Beispiele sind Essstörungen (F50), Schlafstörungen (F 51) und Geschlechtsidentitätsstörungen (F64). Einige phobische Störungen im Kindesalter werfen spezielle klassifikatorische Probleme auf [...]“ (Dilling, Monbour & Schmidt 2002, 24).

Sowohl für ICD-10 als auch DSM-IV wurden so genannte Klassifikationen auf mehreren Achsen oder Bereichen („multiaxiale Klassifikation“) beschrieben und Diagnosebögen entwickelt, um eine entsprechende diagnostische Einordnung bzw. Kategorisierung vornehmen zu können. Nach Remschmidt, Schmidt und Poustka (2000) lassen sich folgende Achsen beschreiben:

Tab. 1: Multiaxiale Klassifikation

Achse	Beschreibung
1	Psychische Symptomatik (Klinisches psychiatrisches Syndrom)
2	Umschriebene Entwicklungsstörung
3	Intelligenzniveau
4	Körperliche Symptomatik
5	Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
6	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Mittlerweile sind eine Reihe von (Test-)Verfahren entwickelt worden, um im diagnostischen Prozess Diagnosen standardisiert zu bestimmen; für den Bereich der Kinder und Jugendlichen haben Döpfner und Lehmkuhl (2000) ein entsprechendes System vorgelegt. Auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP 2007) hat differenzierte Diagnosebeschreibungen mit Entscheidungsalgorithmen publiziert. Auf einer verhaltenstherapeutischen Grundlage entwickelte Borg-Laufs (2006) das „Störungsübergreifende Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“.

Allerdings wurde und wird an den kategorialen Systemen auch zum Teil deutliche Kritik geübt. Diese bezieht sich zum einen darauf, dass die reinen Beschreibungen atheoretisch konzipiert worden sind. Zum anderen ergeben sich immer wieder Probleme mit der Reliabilität: Je genauer die Diagnosekategorien gefasst werden – auch um sie gegenüber anderen Kategorien abzugrenzen –, desto enger müssen sie beschrieben und operationalisiert sein. Psychisches Geschehen und auch die entsprechenden Auffälligkeiten treten jedoch weniger in einer Reinform als in unterschiedlichen Störungsbildern auf. Es liegt eine hohe Komorbidität vor. Dies führt zu einem testtheoretischen wie praktischen Dilemma: Zur Erhöhung der Genauigkeit der Diagnosen müssen enge Kriterien angelegt werden. „Die Komplexität eines Symptombildes lässt sich in der Regel kaum in einer einzigen Kategorie bzw. Diagnose abbilden. Deshalb müssen meist mehrere Diagnosen vergeben werden, wenn die entsprechenden Kriterien erfüllt sind (Komorbiditätsprinzip)“ (Krohne & Hock 2007, 506). Das Vergeben mehrerer Diagnosen ist nicht unbedingt für eine störungsspezifische Interventionsplanung hilfreich.

Dimensionale Klassifikationen

Diese Kritik war ein wesentlicher Grund, die dimensional Klassifikationssysteme zu entwickeln. Diese gehen davon aus, dass Verhalten nicht in klar abgrenzbare Kategorien eingeteilt werden kann, sondern dass es sich bei Verhaltensweisen und Symptomen um ein Kontinuum von einer mehr oder weniger starken Ausprägung handelt. Auf diesem Hintergrund werden Verhaltensdimensionen beschrieben und empirisch erforscht; es werden auf statistischem Wege, vor allem mittels Faktorenanalysen, Cluster beschrieben, deren Häufigkeiten in den untersuchten Gruppen (Informationen) erfasst werden können. So kann das Verhalten eines Individuums in Relation zur Normstichprobe gesetzt werden.

Achenbach/ASEBA

Das am weitesten verbreitete entsprechende Diagnosesystem ist das von Achenbach (z.B. 1991, 1997; Achenbach et al. 2008); das von ihm gegründete ASEBA-Institut (<http://www.aseba.org>) hat eine Vielzahl von Diagnoseinstrumenten in Form von Fragebögen für mittlerweile fast alle Altersstufen entwickelt. Eine Beobachtung findet dabei in der Regel aus mehreren Perspektiven statt: Neben Instrumenten zur Selbsteinschätzung der Proband/innen wurden analoge Instrumente für Eltern und auch Lehrer/innen entwickelt. Für den Bereich von Kindern und

Jugendlichen hat die Arbeitsgruppe „Deutsche Child Behaviour Checklist“ (1993, 1998 a, b) die Instrumente von Achenbach übersetzt und normiert. Die wichtigsten sind die Child Behaviour Checklist 4–18 (CBCL 4–18), der entsprechende Lehrerfragebogen TRF und der Fragebogen für Jugendliche YSR. Diese Instrumente orientieren sich an einem dimensional-kategoriencluster, nach dem internalisierende, externalisierende und gemischte Auffälligkeiten unterschieden werden:

Tab. 2: Dimensionales Kategoriencluster (in Anlehnung an Achenbach [1997], aus: Petermann et al. 2000, 42)

Internalisierende Auffälligkeiten
• <i>Sozialer Rückzug:</i> Kinder mit hoher Ausprägung auf der Skala möchten lieber alleine sein, sind verschlossen, weigern sich, zu sprechen, sind eher schüchtern, wenig aktiv und häufiger traurig verstimmt. • <i>Körperliche Beschwerden:</i> Die Skala setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome beschreiben (Schwindelgefühle, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen). • <i>Ängstlich/Depressiv:</i> Die Skala erfasst neben einer allgemeinen Ängstlichkeit und Nervosität auch Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung.
Externalisierende Auffälligkeiten
• <i>Dissoziales Verhalten:</i> Die Skala erfasst dissoziale Verhaltensweisen (z.B. Lügen, Stehlen, Schule-Schwänzen) und Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit Dissozialität auftreten (z.B. „ist lieber mit Älteren zusammen“). • <i>Aggressives Verhalten:</i> Die Skala erfasst verbal- und körperlich-aggressive Verhaltensweisen sowie Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit aggressivem Verhalten auftreten (z.B. „spielt den Clown“, „redet viel“, „sehr laut“).
Gemischte Auffälligkeiten
• <i>Soziale Probleme:</i> Die Skala umfasst vor allem Ablehnung durch Gleichaltrige sowie unreifes und erwachsenenabhängiges Sozialverhalten. • <i>Schizoid/Zwanghaft:</i> Die Skala erfasst neben den Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln auch psychotisch anmutende Verhaltensweisen (Halluzinationen) und eigenartiges, bizarres Denken und Verhalten. Achenbach gibt dieser Skala die Bezeichnung „Thought Problems“. • <i>Aufmerksamkeitsprobleme:</i> Die Skala setzt sich aus Items zur motorischen Unruhe, Impulsivität, zu Konzentrationsstörungen und aus Items zusammen, die häufig in Verbindung mit hyperkinetischem Verhalten auftreten (z.B. „verhält sich zu jung“, „tapsig“).

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-KJ)

Einen anderen Weg zur Beschreibung und Einschätzung von möglichen psychischen Auffälligkeiten oder Störungen verfolgt das Konzept der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)“, das von einer multidisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe seit 2007 ausformuliert auch für Kinder und Jugendliche vorliegt. Dabei ist eine explizit psychodynamische Perspektive Grundlage und Ergänzung der eher phänomenologisch ausgerichteten Klassifikationssysteme. Es besteht der Anspruch, Symptomatiken nicht nur festzustellen, sondern auch zu erklären (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, 13). So ist es das Ziel, zu einem

umfassenderen Fallverstehen zu kommen, biografische Elemente und vor allen Dingen auch eine Entwicklungsorientierung mit einzubeziehen. Es besteht zugleich der Anspruch, „die Interraterreliabilität in der psychodynamischen Beurteilung des psychischen Zustandes von Kindern und Jugendlichen soweit als möglich zu steigern, um die Austauschbarkeit und Transparenz diagnostischer und psychotherapeutischer Prozesse für klinische wie für wissenschaftliche Belange zu erhöhen“ (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, 18). Der Fokus der Diagnostik liegt dabei „nicht nur auf den äußeren Faktoren und Rahmenbedingungen der Entwicklung, sondern auch auf der interpsychischen Verarbeitung von Belastungen. Eine weitere Ebene ist die Beziehungsdiagnostik“ (Seiffge-Krenke 1999, 552).

Die Diagnostik wird an fünf Achsen orientiert durchgeführt:

1. Achse *Beziehung*: Hier wird sehr stark einerseits die Beziehung zwischen Patient/in und Diagnostiker/in/Therapeut/in betrachtet, unter Einschluss der „Dynamik zwischen Übertragung und Gegenübertragung“ (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, 21). Darüber hinaus werden in der Beziehungsdiagnostik auch die unterschiedlichen Beziehungsebenen des Kindes mit berücksichtigt, zum Beispiel zwischen dem Kind und seinen Eltern.
2. Achse *Konflikt*: Hierbei werden „zeitlich überdauernde intrapsychische Konflikte“ (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, 23) diagnostiziert. Differenziert nach Altersstufen werden zentrale Konfliktthemen betrachtet, die dann hinsichtlich eines aktiven vs. passiven Modus der Konfliktbewältigung in verschiedenen Lebensbereichen eingestuft werden. Diese relevanten Konfliktthemen sind: Abhängigkeit vs. Autonomie; Unterwerfung vs. Kontrolle; Versorgung vs. Autarkie; Selbstwertkonflikte; Loyalitätskonflikte. Zusätzlich können ödipale Konflikte und Identitätskonflikte betrachtet werden (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, 75 ff).
3. Achse *Struktur*: Hier geht es darum, als Disposition verstandene „Verfügbarkeiten adaptiver Verhaltensstrategien in der Interaktion mit physikalischen und psychosozialen Umwelten“ zu erfassen (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, 26). Zentrale Themen sind hier Selbstregulation und Selbstorganisation – wobei explizit darauf hingewiesen wird, dass bei Kindern und Jugendlichen inner-psychische Strukturen in deutlichem Maße veränderbar sind.
4. Achse *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen*: Hier soll „die subjektive Wahrnehmung von Symptomen und Krankheiten durch das Kind/den Jugendlichen und seine Familie“ (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, 97) erfasst werden ebenso wie Einsichtsfähigkeit, Psychotherapie, Motivation und die Fähigkeit, ein Arbeitsbündnis einzugehen.
5. Achse: Hier werden Analogien zu den kategorialen Diagnosesystemen hergestellt. In diesem Sinne wird das System der OPD-KJ nicht als Konkurrenz zum multiaxialen Klassifikationssystem, sondern als theoriebezogene Ergänzung verstanden.

Eine hohe Bedeutung hat das „Sinnverstehen“ des Untersuchers. Es wird davon ausgegangen, „dass psychosoziale Lebenswirklichkeit nicht vollständig, sondern immer nur annähernd quantifizierbar ist“ (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, 30). Zu

den einzelnen Achsen liegt ein sehr differenziertes und nach Altersstufen unterschiedenes Manual vor (Arbeitskreis OPD-KJ 2007, kritische Würdigung: Boessmann 2008).

Kritische Schlussbetrachtung

Neben den immanenten Kritikpunkten – insbesondere zur Frage der Objektivität und Reliabilität – muss die grundsätzliche Problematik berücksichtigt werden, dass komplexe Verhaltensweisen eines einzelnen Menschen in ein überindividuell entwickeltes System „eingepasst“ werden sollen. Es ist die „grundsätzliche Frage eines jeden Klassifikationssystems, ob durch die notwendige Zusammenfassung und Verkürzung vorgenommene Vereinfachung nicht das eigentlich Wesentliche verloren geht: die Individualität jedes einzelnen Menschen“ (Heidenreich, Noyon & Erfert 2008, 296). Klassifikationen können nur Momentaufnahmen darstellen und der Prozesscharakter seelischen Geschehens wird damit nicht ausreichend berücksichtigt. Eine weitere Problematik ergibt sich daraus, dass „den Ressourcen und der sozialen Situation der betroffenen Individuen zu wenig Beachtung geschenkt wird“ (Heidenreich, Noyon & Erfert 2008, 296). Bewältigungsfähigkeiten werden zumindest in den kategorialen Systemen nicht berücksichtigt –, es liegt die Gefahr eines pathologisierend eingengten diagnostischen Blicks nahe.

Literatur

- Achenbach, T.M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Achenbach, T.M. (1997): Guide for the caregiver-Teacher Report Form for ages 2–5. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Rössner, V., Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A. (2008): Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research finding, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (Jg.), H. 3, 251–275
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check List (1998 a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Check List (CBCL/4–8). Einführung und Anleitung zur Handauswertung (2. Auflage mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder- und Jugend-Familiendiagnostik (KJFD)
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check List (1998 b): Fragebogen für Jugendliche; Deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form der Child Behavior Check List (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung (2. Auflage mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder- und Jugend-Familiendiagnostik (KJFD)
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check List (1993): Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; Deutsche Bearbeitung des Teacher's Report Form der Child Behavior Check List (TRF). Einführung und Einleitung zur Handauswertung. Köln: Arbeitsgruppe Kinder- und Jugend-Familiendiagnostik (KJFD)
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2007): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Bern: Huber

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. & Erbaugh, J.K. (1962): Reliability of psychiatric diagnoses 2: A study of consistency of clinical judgements and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119 (Jg.), H. 3, 351–357
- Boessmann, U. (Hrsg.) (2008): *Psychodynamische Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Kompendium und Bericht an den Gutachter unter Berücksichtigung der ICD-10 und OPD-KJ*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag
- Borg-Laufs, M. (2006): *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ)*. Tübingen: DGVT-Verlag
- DGKJP Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2002): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber
- Döpfner, M. & Lehmkuhl G. (2000): *Diagnostik – System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. Göttingen: Hogrefe
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000): *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007): *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Heidenreich, T., Noyon, A. & Erfert, N. (2008): *Klassifikation*. In: Röhrle, B., Caspar, L. & Schlottke, P.F. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinisch psychologischen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer, 275–299
- Kendell, R.E., Cooper, J.E., Gurlay, A.J., Copeland, J.R.M., Sharpe, L. & Gurland, B.J. (1971): Diagnostic criteria of american and british psychiatrists. *Archives of general Psychiatry*, 25 (Jg.), H. 2, 123–130
- Krohne, H.-W. & Hock, M. (2007): *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart: Kohlhammer
- Petermann, F., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Scheithauer, H. (2000): *Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen*. In Petermann, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 29–56
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. (Hrsg.). (2000): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber
- Röhrle, B. (2008): *Aufgaben und Hintergründe*. In: Röhrle, B., Caspar, L. & Schlottke, P.F. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinisch psychologischen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer, 13–29
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe
- Seiffge-Krenke, I. (1999): Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48 (Jg.), H. 8, 548–555

5.2 Testverfahren und Methoden der Verhaltens- und Psychodiagnostik

Erwin Breitenbach

Einleitung

Das diagnostische Vorgehen, das heißt die gestellten Fragen, die verwendeten Methoden, die gefundenen Daten und ihre Interpretation werden durch zugrunde liegende Vorstellungen, Menschenbilder, Konzeptionen, Ansätze und Perspektiven bestimmt. In aktuellen Überblickswerken zu Verhaltensstörungen werden in diesem Zusammenhang übereinstimmend das medizinische, psychodynamische, lerntheoretische und interaktionistische Modell genannt (Göppel 2002; Hillenbrand 2008; Myschker 2009). Myschker (2009) ergänzt diese Zusammenstellung noch durch den sonderpädagogischen Ansatz, der sich dadurch auszeichnet, dass er die bedeutsamen Einsichten und Methoden aller anderen Ansätze zusammenschaut und integriert. Hillenbrand (2008) kennt als eine spezifisch heilpädagogische Diagnostik die Förderdiagnostik, die angeblich eigene Vorstellungen entwickelt hat und vor allem in einer kritischen Distanz zum medizinischen Modell steht. Er folgt in seinen Ausführungen weitgehend Bundschuh (1995), für den die Förderdiagnose charakteristischer Weise auf Förderung und Hilfe im pädagogischen Bereich abzielt. Stein (2008) unterstellt dies jeglicher verantwortungsvoll durchgeführten Diagnostik und schlägt deshalb vor, auf den Begriff der Förderdiagnostik im Zusammenhang mit Verhaltensstörungen zu verzichten. Dem ist unter diesen Bedingungen zuzustimmen; allerdings sei der Hinweis erlaubt, dass es durchaus über Bundschuhs Ausführungen deutlich hinausgehende Versuche gibt, charakteristische und spezifische Merkmale einer Förderdiagnostik herauszuarbeiten (siehe dazu Kobi 1990 und Breitenbach 2003).

Von den gängigen Ansätzen abweichend, schlägt Stein (2008) bei der Diagnostik von Verhaltensstörungen die Berücksichtigung folgender Perspektiven vor: Die personenbezogene Perspektive fragt nach Merkmalen des Kindes oder Jugendlichen, die eine zentrale Rolle für die Störung besitzen. Aus situationsspezifischer Sicht geht es um den Beitrag, den Kontextbedingungen zur Störung leisten. Bei der interaktionistisch orientierten Diagnose stehen wechselseitige Prozesse zwischen Individuum und Kontext im Vordergrund. In der vierten Perspektive wird die Wahrnehmung der Beobachter, die Verhaltensweisen als auffällig erkennt und entsprechende Zuschreibungsprozesse in Gang setzt, unter die Lupe genommen.

Charakteristisch für den gegenwärtigen Stand der Verhaltens- und Psychodiagnostik ist ein vielfältiges Angebot unterschiedlichster Methoden und Verfahren, deren erzieherische und therapeutische Bedeutsamkeit nicht immer leicht einzuschätzen ist. Ein diagnostisches Einzelverfahren, mit dem die Komplexität emotionaler und sozialer Störungen auch nur annähernd angemessen erfasst werden

könnte, existiert nicht. Eine sorgfältige Diagnose, die vorhandene Störungen beschreibt und erklärt und auf deren Basis gut begründete förderliche Interventionen ausgewählt werden können, wird demzufolge aus einer Zusammenschau von mit unterschiedlichen Methoden gefundenen diagnostischen Informationen bestehen. Dazu stehen Anamnese, Verhaltensbeobachtung und psychometrische Verfahren zur Verfügung. „Die Diagnostik von Verhaltensstörungen ist differenziert zu konzipieren und zwar situationsspezifisch, multimethodal, multimodal und individualisiert“ (Linderkamp 2007, 121).

Anamnese

Üblicherweise wird zwischen Selbst- und Fremdanamnese unterschieden. Bei der Selbstanamnese werden die Informationen von der betroffenen Person selbst erhoben und bei der Fremdanamnese von einer dritten Auskunftsperson (nahe Verwandte, Eltern oder anderen Bezugspersonen).

Lukesch (1998) macht darauf aufmerksam, dass anamnestische Daten alleine nur beschränkt aussagekräftig sind und nur eine Bedeutung im Rahmen eines Erstgesprächs besitzen, um die Fragestellung zu klären, das Problem zu beschreiben und erste Hypothesen zu erstellen. Sie müssen unbedingt mit anderen Daten und mit entsprechenden Theorien in Beziehung gesetzt werden, um eine diagnostische oder prognostische Aussage zu erlauben.

Verhaltensbeobachtung

Die Wahrnehmungspsychologie macht darauf aufmerksam, dass Wahrnehmen nicht als objektives Abbilden der Wirklichkeit zu verstehen ist, sondern als aktiver, die aufgenommenen Informationen interpretierender und damit auch verändernder Prozess. Jeder Beobachter neigt deshalb zu einer sofortigen Bewertung und Interpretation des Beobachteten. Fragt man in der Verhaltensbeobachtung wenig geschulte Personen zum Beispiel nach den Verhaltensweisen eines hyperaktiven Kindes, erhält man in der Regel sofort Verhaltensinterpretationen und keine Beschreibungen konkreten Verhaltens. Hyperaktive Kinder werden als motorisch unruhig, als zappelig, als unkonzentriert oder leicht ablenkbar bezeichnet. Solche Verhaltensinterpretationen sind nur schwer als diagnostische Beobachtungsdaten verwendbar, da es unklar bleibt, was der Beobachter unter „zappelig“ oder „leicht ablenkbar“ versteht. Diagnostisch verwertbare Informationen erhält man in diesem Fall nur, wenn konkret und ohne vorschnelle Interpretation beschrieben wird, wie sich ein Kind in welcher Situation tatsächlich verhält, so dass der Beobachter von ihm den Eindruck gewinnt, es sei zappelig oder leicht ablenkbar. Jeder Beobachter muss sich bewusst sein, dass ihm diverse Beobachtungs- und Bewertungsfehler unterlaufen können: zum Beispiel Güte- und Mildefehler, Fehler der zen-

tralen Tendenz, logische Fehler, Halo- oder Hofeffekt, Kontrastfehler und Fehler der räumlich-zeitlichen Nähe.

Praktisch bedeutsam ist die Unterscheidung in unsystematische und systematische Verhaltensbeobachtung, da beide Beobachtungsarten hilfreiche diagnostische Informationen, aber in unterschiedlicher Qualität liefern. Die *unsystematische Beobachtung* lässt sich beschreiben als ein unstrukturiertes Vorgehen ohne Verwendung vorher festgelegter Beobachtungskategorien und ohne eine besondere Schulung des Beobachters. Die Wahl des Beobachtungsobjektes und des Beobachtungszeitpunktes wird von eigenen Motiven, Einstellungen, Emotionen, Vorurteilen her gesteuert und erfolgt eher zufällig. Die auf diese Weise gesammelten, nicht kritisch geprüften und kontrollierten Beobachtungen können dennoch zu wichtigen diagnostischen Informationen werden, wenn sie nachträglich zum Beispiel in einem gemeinsamen Gespräch mit allen Beteiligten reflektiert und präzisiert werden. Dieses nachträgliche Reflektieren unsystematischer Beobachtungen kann unter Umständen Anlass geben zu einer strukturierten und systematischen Beobachtung eines bestimmten Kindes mit dem Ziel, den eigenen Eindruck zu überprüfen oder spezifischere und umfangreichere Informationen über ein bestimmtes Verhalten in bestimmten Situationen zu erhalten.

Im Gegensatz zur unsystematischen, zeichnet sich die *systematische Beobachtung* durch ein strukturiertes Vorgehen aus. Ausgehend von spezifischen Hypothesen werden ausgewählte Kategorien oder Kategoriensysteme mit entsprechenden Kodierungsverfahren verwendet. Die Beobachter werden durch ein gezieltes Training auf ihre Beobachtungsaufgaben vorbereitet. Die Auswahl der Beobachtungsobjekte, der Beobachtungssituationen und Beobachtungszeiten werden vom Beobachtungszweck her möglichst eindeutig bestimmt und festgelegt. Hilfreich können dabei bereits erprobte Kategoriensysteme sein. Oft ist es jedoch erforderlich, sich auf den Beobachtungszweck abgestimmte eigene Beobachtungskategorien zu schaffen.

Psychometrische Verfahren

Psychometrische Verfahren sind wissenschaftliche Verfahren zur objektiven und zuverlässigen Erfassung von hypothetischen Konstrukten. Hypothetische Konstrukte sind Persönlichkeitsmerkmale, wie etwa Intelligenz oder Aggressivität, die nicht direkt beobachtbar sind, sondern aufgrund bestimmter Erlebens- und Verhaltensweisen erschlossen werden müssen. Die Aufgaben, Fragen oder Aussagen in solchen Verfahren, auch Items genannt, stellen deshalb repräsentative Stichproben des Erlebens und Verhaltens bezüglich des zu erfassenden Merkmals dar. Der Ausprägungsgrad des jeweiligen Persönlichkeitsmerkmals kann über den Vergleich mit Altersnormen festgestellt werden.

Für die Diagnostik bei Verhaltensstörungen existieren sehr viele Verfahren – vor allem Fragebögen – zur Persönlichkeit oder zu Teilaspekten der Persönlichkeit. Da auffälliges Verhalten auch in engem Zusammenhang mit Lernstörungen stehen kann, sind auch Informationen über die kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern

und Jugendlichen erforderlich, wie sie zum Beispiel von Intelligenztests geliefert werden.

In den folgenden Kapiteln werden nun einige gängige neuere Verfahren zusammengestellt, ohne dass dabei ein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

Verfahren zur Persönlichkeit

- Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche, ASF-KJ (1994)
- Child Behavior Checklist 1½ – 5, Deutsche Fassung, CBCL 1½-5 (2000)
- Diagnostik-System für Psychische Störungen nach ICD-10 und DMS-IV für Kinder und Jugendliche-II, DISYPS-II (2008)
- Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, CBCL/4–18 (1998)
- Familien- und Kindergarten-Interaktionstest, FIT-KIT (2000)
- Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten, FEPA (2005)
- Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-Jährigen, IVE (2004)
- Kinderwelttest, KWT (2006)
- Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, TRF (1994)
- Märchentest, FTT (2003)
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, OPD-KJ (2007)
- Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren, PFK (2004)
- Screening psychischer Störungen im Jugendalter, SPS-J (2005)

Verfahren zu Teilaspekten der Persönlichkeit

Lern- und Sozialverhalten in der Schule

- Anstrengungsvermeidungstest, AVT (1998)
- Bildertest zum sozialen Selbstkonzept, BSSK (2004)
- Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern erster und zweiter Klassen, FEES 1–2 (2004)
- Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen, FEES 3–4 (2003)
- Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten, LSL (2006)
- Linzer Fragebogen zum Schul- und Klassenklima für 4. bis 8. Klassenstufe, LFSK 4–8 (2000)
- Linzer Fragebogen zum Schul- und Klassenklima für 8. bis 13. Klassenstufe, LFSK 8–13 (1998)
- Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzeptes, SESSKO (2002)
- Skalen zur Erfassung der Lern- und Leistungsmotivation, SELLMO (2002)

Angst, Aggressivität und Depressivität

- Angstfragebogen für Schüler, AFS (1981)
- Der Kinder-Angst-Test II, KAT-II (2000)
- Depressionstest für Kinder, DTK (2005)
- Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, DIKJ (2000)
- Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen, EAS (2000)
- Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche, PHOKI (2006)
- Sozialphobie und -angstinventar für Kinder, SPAIK (2001)

Hyperkinetische Störungen

- Conners's Rating Scales – Revised, CRS-R (1996)
- Kinder-Diagnostik-System 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, KIDS 1 (2007)

Stressbewältigung und Emotionsregulation

- Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, SSKJ 3–8 (2006)
- Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter, SSK (1996)
- Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen, FEEL-KJ (2005)
- Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche, SVF-KJ (2001)

Lebensqualität

- Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form, KINDL-R (2000)
- Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, ILK (2006)

Autistische Störungen

- Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen, ADOS (2004)
- Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert, ADI-R (2006)
- Fragebogen zur Sozialen Kommunikation – Autismus Screening, FSK (2006)
- Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität – Dimensionale Autismus-Diagnostik, SRS (2008/2009)

Leistungstests

- Bildbasierter Intelligenztest für das Vorschulalter, BIVA (2004)
- Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder-IV, HAWIK-IV (2007)
- Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter-III, HAWIVA-III (2007)
- Kaufman Assessment Battery for Children, Deutsche Version, K-ABC (2001)

- Kaufman-Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene, K-TIM (2006)
- Kognitiver Fähigkeitstest für 4. bis 12. Klassen – Revision, KFT 4–12+R (2000)
- Nonverbaler Intelligenztest, SON-R 2^{1/2}-7 (2007)

Persönlichkeits-Entfaltungungsverfahren (Projektive Tests)

Das charakteristische Merkmal psychometrischer Persönlichkeitsverfahren besteht in der quantitativen und theoriegeleiteten Erfassung bestimmter spezifischer Verhaltensmerkmale. Dagegen wird durch die Persönlichkeits-Entfaltungungsverfahren – häufig auch als „Projektive Verfahren“ bezeichnet – bei Probanden der persönliche Ausdruck von mehr oder weniger unbestimmten, eher vagen Verhaltensaspekten provoziert, die dann nach meist qualitativen Deutungsmustern vom Diagnostiker zu interpretieren sind.

Kritisch wird deshalb von Leichsenring und Hiller (2001) angemerkt, dass bei projektiven Verfahren ein grundlegendes konzeptuelles Problem in der Form bestehe, dass es mangels einer einheitlichen Theorie fraglich sei, wie ein Entfaltungungsverfahren zustande komme und entsprechend zu interpretieren sei. Folglich ist die Frage, welche testtheoretischen Anforderungen an solche Verfahren zu stellen sind, immer wieder Gegenstand kontrovers geführter Diskussionen.

Positiv ist jedoch anzumerken, dass mit Hilfe eines relativ unstrukturierten Reizmaterials – im Gegensatz zu dem hoch strukturierten in psychometrischen Verfahren – eher weniger bewusste Ebenen der Persönlichkeit erreicht werden können und sich auf diese Weise oft auch die Möglichkeit bietet, verschiedene Aspekte psychischen Funktionierens in ihren Wechselwirkungen und im komplexen Zusammenwirken zu erfassen.

Brähler et al. (2002) klassifizieren die Persönlichkeits-Entfaltungungsverfahren nach unterschiedlichen Reaktionsweisen oder Ausdrucksmöglichkeiten und gelangen auf diese Weise zu drei Gruppen:

Formdeuteverfahren

Den Probanden werden nicht eindeutig identifizierbare, wenig strukturierte Reizmaterialien wie zum Beispiel Tintenkleckse vorgelegt, die von ihnen inhaltlich gedeutet werden sollen. Entsprechende Verfahren existieren momentan für den Altersbereich der Kinder und Jugendlichen nicht.

Verbal-thematische Verfahren

Die Probanden werden mit thematischem Material wie etwa Wörtern, Sätzen oder Bildern konfrontiert, das sie anregen soll, sich zu bestimmten Problemfeldern zu äußern.

- Der Schwarzfuß-Test, SF-TEST (2007)
- Familien-Beziehungs-Test, F-B-T (2003)

- Hamster-Test, HT (1988)

Zeichnerische und Gestaltungsverfahren

Zeichnerische Verfahren fordern die Probanden zum Zeichnen auf und die Gestaltungsverfahren eröffnen den Probanden über unterschiedlichste Materialien und Utensilien (z.B. Spielzeug, Farbplättchen, Bauklötze, geometrische Figuren) persönliche Ausdruck- und Gestaltungsmöglichkeiten.

- Das Familienbrett (1999)
- Der Scenotest (1992)
- Die verzauberte Familie (2002)
- Familie in Tieren (2006)
- Familiensystemtest, FAST (1998)

Soziometrie und Soziogramm

Die Soziometrie bietet die Möglichkeit, soziale und kommunikative Gruppenstrukturen zu erfassen und abzubilden. Zu diesem Zweck werden Kinder oder Jugendliche einer sozialen Gruppe zum Beispiel gefragt, wen sie aus der Gruppe zu ihrem Geburtstag einladen würden oder neben wem sie am liebsten sitzen möchten. Zusätzlich zu solchen positiven Wahlen kann man die Gruppenteilnehmer auch um negative Nennungen bitten.

Das *Soziogramm*, in dem die positiven und/oder negativen Beziehungen durch unterschiedliche Pfeile zwischen den einzelnen Gruppenangehörigen gekennzeichnet sind, veranschaulicht graphisch die abgefragte Gruppenstruktur, vor allem in kleineren Gruppen. Auf diese Weise ergeben sich Informationen über den Status und die soziale Position einzelner Kinder oder Jugendlicher in der jeweiligen sozialen Gruppe. Einzelne Gruppenrollen, wie zum Beispiel die des Außenseiters oder des Stars, werden ebenso sichtbar wie das möglicherweise aus Untergruppen bestehende soziale Gefüge der Gruppe. Um bei größeren Gruppen einen Überblick über die sozialen und kommunikativen Beziehungen zu erhalten, bieten sich als Darstellungsformen Tabellen oder Matrizen an. Darüber hinaus besteht noch die Möglichkeit, mit dem Kohäsionsmaß einen Zahlenwert zu berechnen, der den Gesamtzusammenhalt einer Gruppe ausdrückt und beziffert.

Fazit

Gezielte und effektive Interventionen sind nur auf der Basis einer umfangreichen Diagnostik möglich. Stein (2008) warnt in diesem Zusammenhang mit Recht vor einer zu frühen und zu schnellen Einengung der diagnostischen Perspektive auf die Problemstellung. Die große Vielfalt der beschriebenen und aufgezählten diagnostischen Instrumente versetzt den Diagnostiker in die Lage, sein Vorgehen mög-

lichst offen und breit anzulegen, um nicht vorschnell wichtige oder gar entscheidende Bedingungen zur Erklärung der vorliegenden Verhaltensstörung auszuklammern.

Literatur

- Breitenbach, E. (2003): Förderdiagnostik. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die Praxis. Würzburg: Edition Bentheim
- Brähler, E., Holling, H., Leutner, D. & Petermann, F. (2002) (Hrsg.): Brickenkamp Handbuch psychologischer Tests. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe
- Bundschuh, K. (1995): Heilpädagogische Psychologie. München: Reinhardt
- Göppel, R. (2002): „Wenn ich hasse, habe ich keine Angst mehr...“ Psychoanalytisch-pädagogische Beiträge zum Verständnis problematischer Entwicklungsverläufe und schwieriger Erziehungssituationen. Donauwörth: Auer
- Hillenbrand, C. (2008): Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen. München: Reinhardt
- Kobi, E.E. (1990): Diagnostik in der heilpädagogischen Arbeit. Luzern: Edition SZH
- Leichenring, F. & Hiller, W. (2001): Projektive Verfahren. In: Stieglitz, R.-D., Baumann, U. & Freyberger, H.J. (Hrsg.): Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 183–191
- Linderkamp, F. (2007): Diagnostik von Verhaltensstörungen. In: Linderkamp, F. & Grünke, M. (Hrsg.): Lern- und Verhaltensstörungen. Genese-Diagnostik-Intervention. Weinheim: Beltz, 121–129
- Lukesch, H. (1998): Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik. Regensburg: Roderer
- Myschker, N. (2009): Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Maßnahmen. Stuttgart: Kohlhammer
- Stein, R. (2008): Grundwissen Verhaltensstörungen. Hohengehren: Schneider

5.3 Szenisches Verstehen

Bernhard Rauh

Einführung

Eine tragfähige und belastbare, auf die Förderbedürfnisse des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen und seine Entwicklungsnotwendigkeiten abgestimmte pädagogische Beziehung ist eine wesentliche Grundbedingung für emotional-soziale Entwicklungsfortschritte. „Man kann geradezu von einem Primat der Beziehung für die Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen sprechen“ (Hillenbrand 2008, 229). Für den oft schwierigen Prozess des Aufbaus und Erhalts von entwicklungsförderlichen Beziehungen zu Kindern und Jugendlichen reicht es nicht aus, dass die Beziehungspartner freundlich und zugewandt sind. Vielmehr müssen Pädagog/innen über die Kompetenzen verfügen, Beziehungen zu gestalten – abgestimmt auf die Ressourcen und Störungspotentiale der Kinder und Jugendlichen. Die Kompetenz zur intentionalen Beziehungsgestaltung ist zentrales Charakteristikum der pädagogischen Professionalität in der Arbeit mit verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen. Für eine gezielte Beziehungsarbeit ist es notwendig, Beziehungserfahrungen, die Kinder und Jugendliche (re)inszenieren, zu erkennen und mögliche Bedeutung und emotionale Wirkung von Beziehungssituationen zu antizipieren. Nur wenn diagnostische Erkenntnisse einen Zugang zu bewussten und vor allem unbewussten Beziehungswünschen sowie den sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen besonders in konfliktbelasteten Bereichen finden, bereiten sie eine hinreichende Grundlage für weitere pädagogische Bemühungen. Das Szenische Verstehen eröffnet einen solchen Zugang.

Lorenzer (1973) entwickelte das Szenische Verstehen als tiefenhermeneutisches Konzept in Abgrenzung zu zwei anderen Formen des Verstehens, dem logischen und dem psychologischen Verstehen. Logisches Verstehen rekonstruiert den sachlichen Gehalt einer verbalen und nonverbalen Äußerung. Es ist ein „Verstehen des Gesprochenen“ und des Getanen. Die zweite Verstehensform, das Psychologische Verstehen handelt vom empathischen „Nacherleben“, vom „Verstehen des Sprechers“. Das Szenische Verstehen als „dritte Ebene des Verstehens“ überschreitet „die Grenzen beider Operationsweisen“ (Lorenzer 1973, 138), indem differenziert untersucht wird, was sich in einer Interaktionsszene zwischen den Beteiligten ereignet. Annahme ist, dass durch eine Kombination von Selbst- und Fremdwahrnehmungsprozessen die Tiefenstruktur einer Interaktionsszene erschlossen und die innere Welt eines Gegenübers diagnostisch zugänglich wird. Das Konzept des Szenischen Verstehens wurde von Leber (1977, 1988) in den pädagogischen Arbeitszusammenhang eingeführt. Die Ausarbeitung des Szenischen Verstehens als pädagogisch-diagnostisches Handlungskonzept war vor allem ein Anliegen von Trescher (1987 a, 1992, 2001).

Grundannahmen, Definition und Einordnung

Leitende Grundannahmen des Szenischen Verstehens sind:

1. Unter dem Faktischen und Bewussten gibt es eine weitere, nicht direkt zugängliche unbewusste Dimension, die unser Erleben, Fühlen, Denken, Handeln und Interaktionsverhalten bestimmt.
2. Menschen thematisieren unbewältigte Themen, die aus wichtigen früheren Beziehungen stammen, unbewusst in neuen bedeutungsvollen Beziehungen zu Lehrern, Erziehern, Ausbildern, Partnern, anderen Kindern und Jugendlichen, wobei Erlebtes und Ersehntes in Szene gesetzt wird. Die Interaktion im „Hier und Jetzt“ wird wesentlich durch solche Übertragungen geprägt.
3. Über eine spezifische Methode, das Szenische Verstehen, sind solche unbewussten Inszenierungen und Übertragungen erschließbar.

Als diagnostisches Verfahren beschreibt Szenisches Verstehen einen Prozess, in dem ausgehend von eigenen Reaktionen auf reale oder vorgestellte Interaktionen unter Zuhilfenahme von Beobachtungen, anamnestischen Daten und theoretischen Konzepten auf Erlebens-, Verhaltens- und Handlungsdispositionen eines Interaktionspartners geschlossen wird.

Szenisches Verstehen wird zu den „Psychodynamischen Interventionen“ gerechnet (Ahrbeck 2008). Als ideographisch-interpretatives Verfahren versucht es, subjektive Faktoren systematisch zur Erkenntnisgewinnung, zur genauen Analyse der individuellen Gegebenheiten zu nutzen. Zentrale methodische Vorgabe ist, dass der Diagnostiker seine eigene affektive Beteiligung an einer Interaktionsszene nicht auszublenden versucht, sondern zur Generierung diagnostischer Hypothesen einsetzt. Damit verabschiedet er sich vom Ideal eines objektiven Vorgehens, der Auffassung, dass unter Aussparung subjektiv-emotionaler Prozesse diagnostiziert werden sollte. In der Konsequenz bezieht sich Szenisches Verstehen als tiefenhermeneutisch-sinnerschließendes Verfahren auch auf andere Güte- und Evaluationskriterien. Seine Ergebnisse sind nicht allgemeingültig, sondern gelten für einen individuellen Fall, sind aber einer „inter-individuellen Validierung“ (Lamnek 2005, 155 ff.) zugänglich.

Verstehen von Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamiken

Kern des Szenischen Verstehens ist die Analyse des Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens. Bei der Übertragung handelt es sich um einen intrapsychischen Vorgang, um eine spezifische Erfahrungsbereitschaft, in der eine Beziehungserwartung an ein früheres Objekt wieder belebt wird. Übertragungen sind ubiquitär. Aktiviert werden sie durch „Szenische Auslösereize“ (Trescher 1987b). Für die Verhaltensgestörtenpädagogik ist besonders relevant, dass ein Kind oder Jugendlicher, bedingt durch in gestörten Beziehungen erworbene Wahrnehmungsverzerrungen, neue Beziehungspartner so erlebt, als ob sie zum Beispiel bevorzugte Geschwister, vernachlässigende Eltern, bedrohliche Väter, dominierende Mütter

oder auch Wunscheltern und Wunschgeschwister wären. Übertragungen sind nicht direkt zugänglich, sie lösen beim Interaktionspartner Gegenübertragungen aus und können durch diese erschlossen werden. Mit der Bezeichnung Gegenübertragung werden Körperempfindungen, Gefühle, Phantasien und Handlungsimpulse versehen, die als Reaktion auf das Verhalten und die innere Welt des Gegenübers angesehen werden, sich in oder nach der Interaktion einstellen, oft irritieren und nicht unmittelbar eingeordnet werden können. Konkordante (gleichlaufende) Gegenübertragungen beinhalten eine partielle Identifikation mit Persönlichkeitsanteilen des Gegenübers. Der Diagnostiker erlebt wie das Kind in einer früheren bedeutungsvollen Beziehung beispielsweise Gefühle der Angst, Verlorenheit oder Wut. Bei komplementären Gegenübertragungen hingegen ergeht es dem Diagnostiker ähnlich dem Interaktionspartner der erlebten oder der ersehnten Szene. Er verspürt zum Beispiel Impulse, ein Kind strafen oder trösten zu wollen. Die gezielte diagnostische Nutzung der Gegenübertragung ist ein wichtiges psychoanalytisch-pädagogisches Arbeitsprinzip. Die Gegenübertragungsanalyse gilt als „das Herzstück“ psychoanalytisch orientierten Vorgehens (Mertens 1998, 63).

Szenisches Verstehen beinhaltet eine doppelte mentale Bewegung, die sich idealtypisch in zwei methodischen Teilschritten abbilden lässt: (1.) Der Teilhabe, dem Registrieren und Sammeln spontaner Reaktionen und Beobachtungen, und (2.) der Distanzierung, das heißt der Reflexion und differenzierten Analyse der Teilhabe.

Im ersten Schritt geht es darum, durch die Teilhabe (Lorenzer 1973, 212) an von Interaktionspartnern gestalteten Szenen wahrzunehmen, welche Reaktionen bei einem selbst ausgelöst werden (Leber 1988, 40). Vom Methodischen her gesehen ist es für ein Szenisches Verstehen notwendig, sich zunächst offen und möglichst unvoreingenommen auf die Beziehung und ihre Dynamik einzulassen, das Interaktionsgeschehen und sich selbst genau zu beobachten, um Gegenübertragungen zu „sammeln“. Im Sinne einer ganzheitlichen Selbstwahrnehmung nimmt der Diagnostiker wahr, was in ihm selbst vorgeht, um Informationen über die innere Welt seines Gegenübers zu gewinnen. Ebenso wichtig ist die Beobachtung der Interaktionspartner. Im Sinne einer Fremdwahrnehmung geht es darum, „sich nichts besonders merken zu wollen“ und allem, was man hört und sieht, eine „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ entgegenzubringen (Freud 1912, 377) und damit auch auf scheinbar Nebensächliches zu achten.

Im zweiten Schritt, der reflexiven Distanzierung, werden die in der Teilhabe ausgelösten spontanen Reaktionen analysiert (Gegenübertragungsanalyse) und für die Generierung diagnostischer Hypothesen über das beobachtete bzw. erlebte Geschehen und die zugrunde liegenden latenten Sinngestalten ausgewertet, um allmählich herauszufinden, welche Erlebniskonstellation der Interaktionspartner thematisiert. Hierbei helfen anamnestiche Daten, Entwicklungs-, Beziehungs- und Störungstheorien. Leitfragen sind: Was hat irritiert? Was hat welche Gefühle und Phantasien geweckt? Im gelingenden Fall drängt sich beim In-Beziehung-Setzen der einzelnen Teile „aus dem Material eine Sinngestalt auf“ (Lorenzer 1973, 160), die bisher Unverständliches erhellt.

Was kann szenisch verstanden werden? Es sind drei zentrale diagnostische Perspektiven – Individuum, Gruppe und Organisation – zu unterscheiden, die zur Strukturierung des Materials im Laufe der reflexiven Distanzierung helfen. Die Leistungsfähigkeit der individuumszentrierten Perspektive besteht darin, individuelle Ressourcen und Problematiken, Beziehungsrepräsentanzen und psychische Strukturen von Kindern, Jugendlichen oder deren erwachsenen Bezugspersonen zu diagnostizieren. Szenische Inszenierungen eines Individuums sind aber immer auch im Kontext von möglichen Systemstörungen zu betrachten. Einerseits werden die dem Verhalten zugrunde liegenden inneren Konflikte und Beziehungsvorstellungen, -wünsche und -ängste im „Hier und Jetzt“ einer Gruppe oder Organisation aktiviert und in Szene gesetzt; andererseits übernehmen Gruppen- und Organisationsmitglieder in der szenischen Inszenierung von Gruppen- und Organisationskonflikten auch spezifische Funktionen.

Szenische Diagnostik und Fördernder Dialog

Szenisches Verstehen ist konsequent auf Förderung ausgerichtet. Ein Szenisches Verstehen der Interaktionsprozesse eröffnet qualitativ neue entwicklungsfördernde Gestaltungsspielräume für pädagogisches Handeln, da es unbewusste Sinnzusammenhänge gerade in konflikthaftern und belastenden Interaktionen erschließen hilft (Trescher 2001, 170).

Diagnosegeleitete Förderung: Den förderdiagnostischen Prozess kann man sich folgendermaßen vorstellen: Ein Kind reinszeniert in der Interaktion mit Pädagog/innen erlebte Szenen oder inszeniert Wunschszenen und drängt die involvierten Pädagog/innen dazu, Erlebnisanteile von sich oder vom erlebten/gewünschten Interaktionspartner zu übernehmen. Teilhabe und Reflexion der Teilhabe ermöglichen ein erstes Verstehen der Szene. Auf dieser Basis können Interventionen erarbeitet und begründet werden. Dabei muss die pädagogische Antwort im „fördernden Dialog“ (Leber 1988, 53) an die derzeitigen Aufnahme- und Verarbeitungsfähigkeiten des betreffenden Kindes bzw. der Gruppen- und Organisationsmitglieder angepasst sein. Die nachfolgenden Interaktionen und Inszenierungen des Kindes zeigen, ob und inwieweit die Antwort passend war und ein „Fördernder Dialog“ in Gang kommt. Über mehrere Durchläufe der Schritte Szenenproduktion – Teilhabe – Distanzierung – Verstehen – Antwort nähert sich der Verstehensprozess dem Thema des Kindes an und leistet einen Beitrag zur emotional-kognitiven Validierung der Förderangebote.

Gewinnung einer ursachenorientierten und individuellen Förderperspektive: Das Szenische Verstehen ermöglicht eine intentionale, auf das innere Erleben und die psychischen Probleme der jeweiligen verhaltensgestörten Kinder und Jugendlichen abgestimmte Interaktions- und Beziehungsgestaltung. Auf der Basis eines szenischen und damit tieferen Verständnisses der inneren Situation des Gegenübers kann qualifiziert interveniert werden. Symptomfixiertem und rezepthaftem Vorgehen wird vorgebeugt. Szenisches Verstehen verdeutlicht die Notwendigkeit

intentionaler, individueller und intensiver Beziehungsprozesse. Es beugt damit einem naiven Verständnis des Beziehungsprimats, einer „wirkungslose[n] Gefühls-seligkeit der Beziehungen“ (Bach 1998, 27) vor, wie sie auch schon von Bernfeld (1925, 39) als „Onkelhaftigkeit“ verspottet wurde.

Prävention von Retraumatisierung und Burnout: Im Arbeitsgebiet der Verhaltens-gestörtenpädagogik werden Pädagog/innen vor allem von traumatisierten Kindern und Jugendlichen unweigerlich in konflikthafte und belastende Szenen verstrickt, die sie an ihre Grenzen führen. Aus Unverständnis darüber, welches Thema gerade (wieder) inszeniert wird, kann es geschehen, dass Pädagog/innen nicht nur den Impuls verspüren, zurückzuschlagen, sondern sich tatsächlich mittels einer unmäßigen Gegenaggression aus der für sie extrem belastenden Situation zu befreien suchen. Auf den Rehabilitations- und Entwicklungsprozess des Kindes oder Jugendlichen wirkt sich dies höchst ungünstig aus. Szenische Diagnostik ermöglicht es, Interaktionsdynamiken tiefer zu verstehen und damit die eigene und fremde Beteiligung am Geschehen leichter einordnen zu können. Dadurch gelingt es Pädagog/innen in belastenden Interaktionen handlungsfähig zu bleiben bzw. wieder zu werden, schwierige Situationen zu überstehen, als Beziehungsobjekt zu überleben und ein Gefühl von Kohärenz zu empfinden. Durch ein Wissen darüber, was welche Handlung für das innere Erleben eines bestimmten Kindes bedeuten kann, wirkt Szenisches Verstehen präventiv. Szenische Auslösereize lassen sich durch Antizipationen reduzieren, der „Fördernde Dialog“ kann aufrechterhalten werden. Ein adäquates Verstehen verringert die Wahrscheinlichkeit zum (destruktiven) Mitagieren der Professionellen, einer weiteren Traumatisierung der betreuten Kinder und Jugendlichen sowie eines beruflichen Burnouts der pädagogischen Fachkräfte.

Ein exemplarisches Beispiel

Von verschiedenen Autoren wurden Falldarstellungen vorgelegt, die den diagnostischen Einsatz des Szenischen Verstehens in für die Verhaltensgestörtenpädagogik relevanten Zusammenhängen aufzeigen (u.a. Leber, Trescher & Weiss-Zimmer 1989; Heinemann 2003; Rauh 2006). Anhand von Auszügen aus der Falldarstellung „Jürgen“ von Heinemann (2003, 70 ff.) soll der förderdiagnostische Prozess mit den Teilschritten Teilhabe, Distanzierung, abgeleitete Förderung und erneutem Szenischen Verstehen aufgezeigt werden.

Heinemann berichtet über ihre erste Begegnung mit Jürgen. „Als ich den Klassenraum betrat, verstärkte sich meine Angst vor Jürgen. Er war kräftig, etwas füllig in seinem Körperumfang, und drohte immer wieder ‚auszuflippen‘, wie er es nannte. Er wollte im Unterricht mitarbeiten, fragte mich ständig irgendetwas und bei dem geringsten Gefühl, dass ich ihn nicht beachte oder dass er die Aufgabe nicht lösen könne, drohte er, andere Schüler zu schlagen oder Gegenstände im Klassenzimmer zu zerstören. Ich sah mich gezwungen, ihn ständig im Auge zu behalten, was ihn zu beruhigen schien, denn er meinte gleich nach dem ersten Tag,

ich sei eine tolle Lehrerin“ [...] „Jürgen erzeugte in mir Gefühle der extremen Unsicherheit und Angst. Jeden Moment fürchtete ich, dass seine Bereitschaft mitzuarbeiten durch plötzliche Aggression unterbrochen wird [...]. Ich hatte kein Vertrauen“ (Heinemann 2003, 71 bzw. 75).

Sie lässt sich auf die Beziehung zu Jürgen ein und beobachtet, was Jürgen wann tut, was um ihn herum geschieht und was sie selbst dabei erlebt. Nicht die vordergründige Symptomatik von verbaler Aggression und Drohung leitet ihre diagnostischen Hypothesen, sondern die in der Gegenübertragung wahrgenommene Angst. Diesen für das weitere Verstehen leitenden Affekt verbindet sie in der Gegenübertragungsanalyse mit theoretischen Konzeptionen und biographischen Informationen: Ihre Angst versteht sie als seine Angst, als Widerspiegelung der Angst vor Nichtbeachtung und Abwendung. Jürgen, so folgert sie, lebt in der Erwartung, dass Beziehungen keine Sicherheit gewähren. Er hat ein geringes (Ur-)Vertrauen in die Welt, Trennungssituationen lösen bei ihm massive Angst aus. Weiter vermutet sie, dass Jürgen durch die Drohung auszuflippen Zuwendung und Geborgenheit geradezu erzwingen und die Lehrerin kontrollieren will. Aus den anamnestischen Informationen ist zu entnehmen, dass Jürgens Mutter ihn nicht gewollt, der Vater die Familie früh verlassen hat. Auf der Grundlage ihrer theoretisch und biographisch abgesicherten Hypothesen versucht sie, ihm das Gefühl von Sicherheit und eine haltende, „beruhigende Antwort von Nähe und Geborgenheit“ (Heinemann 2003, 75) zu geben, Trennungssituationen so lange möglichst zu vermeiden, bis ausreichend Vertrauen aufgebaut ist. Das veranlasst Jürgen, sie als „tolle Lehrerin“ zu bezeichnen, ihre Antwort kommunikativ als positiv zu validieren.

Einige Beziehungserfahrungen und Entwicklungsprozesse später korrigiert Heinemann eine Geschichtsarbeit von Jürgen. Sie grübelt lange über die Frage nach, ob sie ihm eine schlechte Note zumuten kann. Ihr irritierend intensives Grübeln über diese Frage versteht sie als Hinweis auf eine weitere Lebensthematik Jürgens: Soll ich mich der Realität stellen oder weiter in einer narzisstischen Illusion von Größe leben? Sie entscheidet sich für die Realität und gibt ihm die schlechte Note. Jürgen zerreißt seine Arbeit bei der Rückgabe und zieht eine Spur der Zerstörung durch die Schule. In dieser Szene nutzt sie die ausgelösten Gefühle und Assoziationen als Möglichkeit der emotional-kognitiven Validierung ihres pädagogischen Handelns. „Dass ich ihm die richtige Antwort gab, spürte ich an meiner Reaktion auf seine Zerstörung.“ Sie hatte „das erste Mal keine Angst mehr vor Jürgen“. Die Phantasie „ich bin ein Fels in der Brandung, nichts kann mich erschüttern“ stellt sich ein. Sie bekommt das erste Mal in der Arbeit mit Jürgen das Gefühl, „mit beiden Beinen auf dem Boden“ zu stehen (Heinemann 2003, 76–78). In der Gegenübertragungsanalyse versteht sie die zweite Szene als Hinweis auf einen Entwicklungsschritt Jürgens und nicht als Ausdruck ihres genuin eigenen Erlebens oder als Zeichen seiner erneuten Traumatisierung.

Beide Szenen illustrieren: Heinemann nimmt an der Szene teil, versprachlicht ihre Reaktionen und reflektiert sie anschließend (Gegenübertragungsanalyse). Auf diese Weise gewinnt sie ausreichend inneren Raum für das Nachdenken über

Jürgens Förderbedarf und mögliche Förderangebote. Das gewonnene Verständnis dient ihr als Basis für Gestaltung und Evaluation des Förderprozesses.

Erforderliche Kompetenzen und hilfreiche Ressourcen

Oevermann (1996, 159) bestimmt als konstitutiv für pädagogische und damit auch diagnostische Professionalität die Fähigkeit, „Gegenübertragungsgefühle [...] einerseits innerlich zuzulassen und nicht von vornherein abzuwehren, andererseits aber auch nicht auszuagieren“. Grundvoraussetzung ist demnach, dass Diagnostiker mobilisierte Gefühle und Phantasien zunächst einmal aushalten, um Gegenübertragungen überhaupt wahrnehmen und die eigene emotionale Verstrickung/Verunsicherung im Dienste des Verstehens reflektieren zu können. Ausgearbeitete Selbstkompetenzen wie Introspektionsfähigkeit, Wissen über eigene Wünsche und Ängste sowie Lebensthemen sind wichtig, um eigene unbewusste Anteile von denen des Kindes unterscheiden zu können und nicht selbst auf „szenische Auslösereize“ impulsiv zu reagieren. Neben der Kompetenz zur Selbstwahrnehmung ist eine differenzierte Fremdwahrnungskompetenz nötig. Aber erst die Kompetenz zur Verarbeitung und Integration der verschiedenen Informationen in Form einer differenzierten Analyse der Selbst- und Fremdwahrnehmungen unter Einbezug anamnestischer Informationen sowie der Berücksichtigung kontextueller Prozesse und organisationaler Rahmenbedingungen unter Bezug auf theoretisches Wissen um unbewusste Dynamiken, kindliche Entwicklungsprozesse und deren Störung vervollständigt die Szenische Verstehenskompetenz.

Eine Begleitung durch Intervision, Supervision oder Coaching ist für eine Triangulation der Perspektiven zweckmäßig, um die Gefahr von Blockierungen des Verstehensprozesses durch blinde Flecken und hemmende Abwehrkonstellationen zu minimieren. Für die Aneignung der diagnostischen Kompetenz zum Szenischen Verstehen gilt die von Datler (2000, 174) formulierte Trias von „Selbsterfahrung – Theorieaneignung – Praxisreflexion“. Settings der professionellen Fallbesprechung, wie zum Beispiel die „work-paper-discussion“ (vgl. Datler, Kap. 6.4, in diesem Band), sind die Methoden der Wahl.

Methodische Probleme und Grenzen

Der Prozess des Szenischen Verstehens wurde idealtypisch in zwei zeitlich nacheinander und getrennt ablaufende Phasen der Teilhabe und Distanzierung gegliedert. Realistischer ist es wohl, den Verstehensprozess als ein „Oszillieren [...] zwischen unmittelbarer Teilhabe und distanzierender Reflexion“ (Trescher 1987a, 207) zu beschreiben, der in ein immer differenzierter werdendes Verstehen einmündet.

Eine grundlegende Schwierigkeit besteht darin, in problematischen Beziehungsprozessen Gegenübertragungen von eigenen Übertragungstendenzen zu unter-

scheiden. Ahrbeck und Scobel (1995) zeigen auf, wie unbewältigte Lebensthemen der Lehrkräfte eine pädagogisch förderliche Interaktion mit ihren Schüler/innen erschweren. Ebenso kann der Verstehensprozess durch dominierende eigene Übertragungstendenzen deformiert werden, wie zum Beispiel eine unbewusste Konkurrenz mit anderen wichtigen Bezugspersonen.

Desgleichen ist es nicht immer einfach zu entscheiden, ob eine Übertragung vorliegt oder ob die Ursache des Erlebens und Verhaltens eines Kindes nicht ganz im „Hier und Jetzt“ der Interaktion zu suchen ist.

Der verständliche Wunsch nach Reduktion der Komplexität des Verstehensprozesses birgt die Gefahr, den Verstehensprozess auf das jeweilige Kind und seine Psychodynamik zu begrenzen und die Beteiligung anderer Personen wie auch der Gruppensituation und des organisatorischen Settings außer Acht zu lassen.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Ableitung pädagogischer Interventionen aus dem Szenischen Verstehensprozess. Es trifft sicher zu, dass jedem Handeln ein bestimmtes bewusstes oder unbewusstes Verständnis der Situation vorausgeht und dass Veränderungen des Verständnisses zu veränderten Handlungen führen können, aber nicht müssen. Realistischer ist es wohl anzunehmen, dass das erzielte Verständnis der Szene die Wahrscheinlichkeit erhöht, passende Interventionen zu finden. Szenisches Verstehen allein genügt aber nicht. Es enthebt nicht von der Notwendigkeit, arbeitsfeldspezifische Handlungskonzepte und Kompetenzen anzueignen.

Fazit

Szenisches Verstehen ist für die Verhaltensgestörtenpädagogik kein fakultativer, sondern ein essentieller diagnostischer Zugang. Die Kompetenz zur Diagnose und bewussten Gestaltung von Beziehungsprozessen ist Kern der verhaltensgestörtenpädagogischen Professionalität. Pädagog/innen müssen dazu fähig sein, Inszenierungen der ihnen anvertrauten verhaltensgestörten Kinder und Jugendlichen zu erkennen und zu verstehen sowie auf der Basis des Verstandenen Interaktionen abgestimmt auf die emotional-sozialen Förderbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen zu gestalten. Ergebnisse der Szenischen Diagnostik geben Orientierung dafür, was in einem „Fördernden Dialog“ zu tun und was zu lassen ist, wie Beziehungsprozesse adäquat zu gestalten und intensivpädagogische Settings individuell passend zu konzipieren sind.

Literatur

- Ahrbeck, B. (2008): Psychodynamische Intervention. In: Gasteiger-Klicpera, B., Julius, H. & Klicpera, C. (Hrsg.): Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 3. Göttingen: Hogrefe, 497–507
- Ahrbeck, B. & Scobel, W. (1995): Möglichkeiten und Grenzen der Supervision bei beruflicher Überforderung von Lehrern. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 46 (Jg.), H. 2, 68–73

- Bach, H. (1998): Beziehungsprozesse in der neueren wissenschaftlichen heilpädagogischen Literatur. In: Datler, W., Gerber, G., Kappus, H., Steinhardt, K., Strachota, A. & Studener, R. (Hrsg.): Zur Analyse heilpädagogischer Beziehungsprozesse. Luzern: SZH, 25–32
- Bernfeld, S. (1925): *Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2000
- Datler, W. (2000): Was leistet die Psychoanalyse für die Sonderpädagogik? In: *Die Neue Schule*, 45 (Jg.), H. 3, 165–176
- Freud, S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: *Gesammelte Werke* Bd. VIII, 1999, 375–388
- Heinemann, E. (2003): Psychoanalyse und Pädagogik im Unterricht der Sonderschule. In: Heinemann, E., Rauchfleisch, U. & Grüttner, T.: *Gewalttätige Kinder*. Düsseldorf: Walter, 70–112
- Hillenbrand, C. (2008): Einführung in die Verhaltensgestörtenpädagogik. München: Reinhardt
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz
- Leber, A. (1977): Psychoanalytische Gruppenverfahren im Bildungsbereich – Didaktik oder Therapie. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 12 (Jg.), H. 3, 242–254
- Leber, A. (1988): Zur Begründung des fördernden Dialogs in der psychoanalytischen Heilpädagogik. In: Iben, G. (Hrsg.): *Das Dialogische in der Heilpädagogik*. Mainz: Grünewald, 40–61
- Leber, A., Trescher, H. G. & Weiss-Zimmer, E. (1989): *Krisen im Kindergarten*. Frankfurt a. M.: Fischer
- Lorenzer, A. (1973): *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Lorenzer, A. (1977): *Sprachspiel und Interaktionsformen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Mertens, W. (1998): *Psychoanalytische Grundbegriffe*. Weinheim: Beltz
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 70–182
- Rauh, B. (2006): Szenen einer Kleinklasse – Analyse der Interaktionsdynamik in einer Gruppe schwieriger Schüler. In: Ahrbeck, B. & Rauh, B. (Hrsg.): *Der Fall des schwierigen Kindes*. Weinheim: Beltz, 122–141
- Trescher, H. G. (1987 a): Selbstverständnis und Problembereiche der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Reiser, H. & Trescher, H. G. (Hrsg.): *Wer braucht Erziehung? Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik*. Mainz: Grünewald, 197–209
- Trescher, H. G. (1987 b): Bedeutung und Wirkung szenischer Auslöser in Gruppen. In: Büttner, C. & Trescher, H. G. (Hrsg.): *Chancen der Gruppe*. Mainz: Grünewald, 150–161
- Trescher, H. G. (1992): *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Pädagogik*. Mainz: Grünewald
- Trescher, H. G. (2001): Handlungstheoretische Aspekte der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Muck, M. & Trescher, H. G. (Hrsg.): *Grundlagen der Psychoanalytischen Pädagogik*. Gießen: Psychosozial, 167–201

5.4 Grundlagen einer ressourcen-orientierten Förderdiagnostik im Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung

Michael Fingerle

Einleitung

Durch den in den 1980er Jahren begonnenen Paradigmenwechsel der sonderpädagogischen Diagnostik wurde die bis dahin primäre diagnostische Aufgabe der Feststellung von individuellen Defiziten in der sozialen und emotionalen Entwicklung durch eine stärken- oder ressourcenorientierte Förderdiagnostik abgelöst (Mutzeck 2004; Bundschuh 2005). Diese Sichtweise der diagnostischen Aufgabenstellung lässt sich mit Mutzeck (2000, 255) folgendermaßen definieren: „Diagnose und Förderung sollen sich nicht allein an den Defiziten, Störungen und Problemen des Schülers im Kontext seines Umfeldes orientieren, sondern auch Kompetenzen, Stärken, bereits bewältigte Situationen und vor allem vorhandene und neu zu erschließende Ressourcen erkunden und sichern.“

Doch obwohl seither eine kaum zu überschauende Anzahl von Publikationen zur Förderdiagnostik erschienen ist, konstatiert Schlee (2008) als einer der Pioniere der Förderdiagnostik, dass es diesem Arbeitsfeld nach wie vor an einer kohärenten theoretischen Fundierung mangle. Nicht nur Verhaltensprobleme, sondern zugleich auch Fähigkeiten und Entwicklungspotentiale in den diagnostischen Blick zu nehmen, stellt zweifellos einen Fortschritt gegenüber der früheren reinen Selektionsdiagnostik dar, doch führt die erweiterte Perspektive allein weder zu transparenten noch unbedingt zu besser begründeten diagnostischen Entscheidungen.

Förderdiagnostik als diagnostischer Prozess

Der Sinn und Zweck einer Diagnostik besteht in der Sammlung und Verarbeitung von Informationen, um auf dieser Grundlage pädagogische Entscheidungen treffen zu können. Auch und gerade im Zusammenhang mit der Feststellung eines besonderen Förderbedarfs im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung muss das diagnostische Vorgehen aufgrund der existierenden funktionalen Ausdifferenzierung des deutschen Schulsystems dabei nach wie vor drei Funktionen erfüllen, die nicht notwendigerweise deckungsgleich sind.

Zum einen muss die Frage geklärt werden, ob überhaupt ein besonderer Förderbedarf vorliegt und ob an der Stammschule eine ausreichende Förderung möglich ist. Und erst vor diesem Hintergrund kann in der Regel die Frage beantwortet werden, wie die Förderung zu gestalten ist. Die beiden zuerst genannten Fragestel-

lungen sind natürlich nicht dem förderdiagnostischen Paradigma, sondern der Organisationslogik der Schul- und Hilfesysteme und der Art und Weise geschuldet, wie innerhalb dieser Systeme Förderressourcen zugewiesen werden. Trotz aller seit zwanzig Jahre geltenden Bestrebungen nach verstärkter Integration respektive Inklusion steht die Feststellung eines Förderbedarfs nach wie vor am Beginn einer Diagnostik, da nur über diesen verwaltungstechnischen Vorgang zusätzliche Ressourcen zugewiesen werden können. Es liegt in der Logik dieses Systems, dass für die Einleitung weitergehenderer Fördermaßnahmen die Diagnose von Verhaltensdefizite nötig ist und dass dies nicht selten mit der Frage eines Schulwechsels verbunden sein kann.

Die mit solchen Fragen verbundenen Konsequenzen machen es nötig, diesen einleitenden Abschnitten des diagnostischen Prozesses neben qualitativen Verfahren (Beobachtungen, Gesprächen mit dem Kind, den Lehrern und seinen Eltern) auch ein standardisiertes Instrumentarium zugrunde zu legen. Dies gilt in jedem Fall für die Frage, wie stark Probleme in der emotionalen und sozialen Entwicklung ausgeprägt sind (im Folgenden soll in diesem Zusammenhang aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung auch von „Verhaltensproblemen“ die Rede sein). Zu diesem Zweck stehen eine Reihe standardisierter, altersnormierter Fragebogenverfahren zur Verfügung, mit denen Lehrer das Ausmaß bzw. die Häufigkeit solcher Probleme bei Schülern einschätzen können.

Bei Verhaltensproblemen handelt es sich jedoch nicht um isoliert zu betrachtende, individuelle Defizite, sondern auch um Passungsprobleme zwischen einem Kind und seiner Umwelt, insbesondere seiner schulischen Umwelt. Beide, Kind und Umwelt, verfügen über Verhaltenspotentiale, aber auch über aktuelle Verhaltensbeschränkungen. Bei Passungsproblemen besteht zwischen beiden Profilen keine wechselseitige Anschlussfähigkeit. Solche Passungsprobleme stellen aber zugleich Aushandlungsspielräume zwischen Individuum und Umwelt dar, bei denen überlegt werden kann, inwiefern eine wechselseitig befriedigende Kompromisslösung erreicht werden könnte. Dies wäre für beide Seiten häufig zielführend, da es die Komplexität und den Umfang der nötigen Verhaltensänderungen reduziert und so Lernprozesse vereinfacht. Da jedoch zur Diagnostik der adaptiven Potentiale bei Lehrern und der Organisation Schule weder normierte Verfahren noch standardisierte Kriterien vorliegen, befindet sich die Diagnostik hier in der wenig befriedigenden Lage, den Förderbedarf primär an den Einschätzungen der Häufigkeit und/oder der Intensität von problematischen Verhaltensweisen eines Schülers bemessen zu müssen. Anstatt das Verhältnis zwischen den Problemlagen und Bewältigungskapazitäten von Schülern und Lehrern in methodisch vergleichbarer Art erheben und zueinander in Beziehung setzen zu können, ist die Diagnostik gezwungen, sich bei den standardisierten Instrumenten auf eine einseitige Beschreibung von Problemlagen beschränken zu müssen.

Eine Möglichkeit, dieses Problem zu kompensieren, bietet eine Analyse, die auch nicht-standardisierte Daten berücksichtigt und folgende Aspekte in den Blickpunkt nimmt: (a) die funktionale Analyse des Verhaltens in konkreten Umwelten, (b) die Identifikation von Risikofaktoren bei den beteiligten Personen

und (c) die Identifikation von Ressourcen und nicht zuletzt (d) die Entwicklung von Ideen zur Ressourcenaktivierung.

Im Folgenden soll eine solche Form der ressourcenorientierten Analyse näher skizziert werden. Der Einfachheit halber wird dabei davon ausgegangen, dass es sich um eine Analyse im Rahmen der Feststellung des Förderbedarfs handelt. Tatsächlich sind jedoch die Übergänge zu einem Beratungsprozess fließend. Betrachtet man die Förderdiagnostik als Teil eines längeren, kooperativen Beratungsprozesses (Mutzeck & Melzer 2007), so könnte man das hier skizzierte Vorgehen etwa als Vorbereitung für den Beratungsprozess ansehen. In jedem Falle ist eine solche Analyse jedoch nur als erster, hypothesengenerierender Schritt in einem längeren Förderprozess anzusehen (Hillenbrand 2008), der der weiteren kritischen Überprüfung bedarf. Da menschliches Verhalten – wie jedes komplexe System – auf längere Sicht zumeist nicht eindeutig vorhersagbar ist (Schlee 2004), macht es auch wenig Sinn, Förderideen zu entwickeln, die über keinerlei zeitliche und inhaltliche Flexibilität verfügen.

Diagnose von Ressourcen und Risikoprofilen

Den am weitesten entwickelten theoretischen Ausgangspunkt für die diagnostische Analyse bieten vermutlich die Ergebnisse von Studien zur Bedeutung von Risiken und Ressourcen für die Entstehung negativer und positiver Entwicklungsverläufe, die im Rahmen der Resilienzforschung zu Tage gefördert wurden (Opp & Fingerle 2007; Welter-Enderlin & Hildenbrand 2008). Obwohl weder diese Studien noch die neueren Konzepte der Entwicklungspsychopathologie oder der klinischen Entwicklungspsychologie bis dato ein geschlossenes Modell der Entwicklung sozialer und emotionaler Kompetenzen vorlegen konnten, liefern solche Ansätze nichtsdestoweniger relevante Eckpunkte für die förderdiagnostische Analyse.

In dieser Sichtweise wird die individuelle Entwicklung von einer Konstellation aus personalen und sozialen Faktoren beeinflusst und gerahmt, welche die Entwicklung entweder in Richtung einer positiven oder einer negativen Richtung befördern können. Als positive Entwicklung wird hierbei der Aufbau einer funktionalen Form der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Belastungssituationen angesehen – funktional verstanden im Sinne der Entwicklung sozial anschlussfähiger Lösungen. Traditionellerweise benennt man Personen- oder Umweltmerkmale, welche die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen, als Ressourcen und Faktoren, welche diese Wahrscheinlichkeit senken, als Risikofaktoren. Es sollte daher die Aufgabe der Diagnostik sein, nicht nur das aktuelle Verhalten und seine Veränderung in den Blick zu nehmen, sondern darüber hinaus auch der Frage nachzugehen, welche Ressourcen sich für die Förderung aktivieren lassen, welche Risikofaktoren vorliegen und inwieweit diese kompensiert werden könnten.

Die Frage, ob ein bestimmter Faktor als Risikofaktor oder als Ressource einzustufen ist, lässt sich allerdings nicht immer eindeutig beantworten. Es handelt

sich hierbei um unterschiedlich hohe Wahrscheinlichkeiten, mit denen ein bestimmter Faktor, zum Beispiel das Selbstwertgefühl, entweder positive oder negative Entwicklungen befördern kann. Es scheint aber nahezu keine Ressource zu geben, die immer und unter allen Umständen positive Effekte hat und auch Risikofaktoren können unter passenden Rahmenbedingungen durchaus positive Effekte haben. Darüber hinaus sind diese Faktoren und ihre individuellen Konstellationen nicht statisch, sondern dynamisch. Bei allen damit einhergehenden Ungewissheiten eröffnet sich so aber auch die Möglichkeit, in Verhaltensweisen, die auf den ersten Blick riskant erscheinen, ein adaptives, jedoch noch nicht realisiertes Potential zu entdecken, das zum Aufbau eines positiveren Verhaltens genutzt werden könnte. So könnte sich etwa zeigen, dass das aggressive Verhalten eines Jungen durch Selbstbehauptung und Gerechtigkeitsempfinden geprägt ist. Dies sind Motive, die durchaus adaptiv sind, wenn es ihm gelingt, Verhaltensformen zu entwickeln, durch die er sie auf sozial akzeptablere Weise umsetzen kann.

Da sich Entwicklungspfade im Rahmen einer individuellen Konstellation aus Ressourcen und Risikofaktoren entfalten, muss die diagnostische Analyse Probleme in der emotionalen und sozialen Entwicklung auf mehreren Ebenen in den Blick nehmen. Zunächst muss sie die konkreten Probleme erfassen. Sie müssen anhand exemplarischer, aktueller Beispiele analysiert und hinsichtlich ihrer Funktionalität verstehend interpretiert werden. Diese Analyse wird kombiniert mit der diagnostischen Exploration von Risikofaktoren und Ressourcen. Erstere können Problemlagen bedingen, aufrechterhalten und verschärfen, die letzteren können dazu verwendet werden, Risikofaktoren zu kompensieren und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Hierbei kann es sich jeweils sowohl um Verhaltens-/Persönlichkeitsmerkmale des Klienten als auch um Merkmale seiner Umwelt (Schule, Familie, Peers) handeln.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass nicht nur problematisches Verhalten in eine bestimmte Umweltkonstellation eingebettet ist, sondern auch positive Entwicklungen der Unterstützung durch entsprechende Erfahrungsräume bedürfen. Das bedeutet, dass die zu entwickelnden Förderideen auch Ansätze zur Gestaltung von förderlichen Erfahrungsräumen beinhalten sollten.

Zur globalen Erfassung von Risikofaktoren und Ressourcen können auch Tests und Fragebogenverfahren verwendet werden. Es ist jedoch von Vorteil, solche Verfahren durch Gespräche mit den beteiligten Personen und durch Beobachtungen zu ergänzen, da standardisierte Fragebogenverfahren notwendigerweise auf vergleichsweise hohem Abstraktionsniveau angesiedelt sind oder nur bestimmte Merkmale erfassen. In der Regel ist es ökonomischer, die Risiko-Ressourcen-Erfassung auf der Basis explorativer Gespräche zu beginnen und dann – je nach den individuellen Gegebenheiten – zu entscheiden, welche Aspekte standardisiert erfasst werden sollen, weil sie für das weitere Vorgehen von kritischer Bedeutung sind. Die Analyse konkreter, problematischer Verhaltensbeispiele kann jedoch naturgemäß nur durch Gespräche und eigene Beobachtungen erfolgen. Im Folgenden soll ein Ablaufschema für eine derartige Analyse vorgestellt werden.

Ressourcenorientierte Analyse

Die klassische Verhaltensanalyse besteht in der Identifikation der auslösenden respektive der aufrechterhaltenden Bedingungen für eine Verhaltensweise. In der ressourcenorientierten Analyse wird dieses Vorgehen durch die Identifikation weiterer personaler und sozialer Faktoren ergänzt, mit denen sich positives Verhalten aufbauen und Entwicklungsprozesse unterstützen lassen. Da Ressourcen a priori schwer von Risiken abgrenzbar sind, ist ein heuristisches Verfahren zu ihrer Exploration nötig, das auch Umdeutungen zulässt. Dieses Verfahren lässt sich durch eine Reihe von Schritten bzw. erkenntnisleitenden Fragen beschreiben, die wiederum in zwei Phasen eingeteilt werden können: In eine Explorationsphase und eine sich daran anschließende, analytische Phase.

Explorationsphase:

1. Aktuelle Probleme benennen: möglichst konkret; welche Funktion haben diese Verhaltensweisen?
2. Risikofaktoren explorieren: situative (schulische/familiale) und/oder personale Faktoren, welche die aktuellen Probleme verursachen und/oder aufrechterhalten.
3. Ressourcen explorieren: all jene personalen und sozialen Faktoren (Interessen, Fähigkeiten, Merkmale, Personen etc.), die als Anzeichen einer positiven Entwicklung angesehen werden können oder die eine positive Entwicklung befördern können; hierzu gehören auch Umdeutungen von Problemen und Risikofaktoren (z. B. Aggressivität als Ausdruck von Selbstbehauptung oder Auflehnung gegen Ungerechtigkeit).

In der nächsten, der analytischen Phase werden ressourcenaktivierende Förderideen entwickelt. Es handelt sich dabei um einen zyklischen, heuristischen Prozess, in dem die Informationen aus Phase 1 fokussiert und zueinander in Beziehung gesetzt werden. Diese Phase beginnt mit der Formulierung von Arbeitshypothesen, in denen die aktuellen Probleme und die Risikofaktoren miteinander in Beziehung gesetzt werden. Dies kann in der Regel nur durch den Rückgriff auf Bezugstheorien geschehen. Hierbei geht es allerdings weniger darum, tiefer liegende Ursachen herauszuarbeiten, um sie dann ins Zentrum des Förderprozesses zu rücken. In der pädagogischen Arbeit lassen sich etliche Risikofaktoren gar nicht (z. B. Arbeitslosigkeit der Eltern) oder nicht unmittelbar (z. B. Bindungsmuster, feindselige Deutungsmuster sozialer Interaktionen u. ä.) bearbeiten. Nichtsdestoweniger stellen sie Randbedingungen für die Förderung dar, die berücksichtigt werden müssen, um realistische Förderideen entwickeln zu können. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn ein diagnostizierender Beratungslehrer zu dem Schluss kommen muss, dass der zu beratende Kollege einen wesentlichen Teil des Problems darstellt. Darüber hinaus liefern die Arbeitshypothesen Hinweise auf mittel- und langfristige Entwicklungs- und Lernziele. Bei der Definition von Lernzielen ist daher darauf zu achten, dass eine vorläufige Hierarchie von Lernzielen entwickelt wird,

die mit sehr konkreten, vermutlich leicht zu erreichenden Zielen beginnt, um den Förderprozess zunächst einmal auf bearbeitbare Probleme zu fokussieren.

Analytische Phase

1. Arbeitshypothesen formulieren: Auf der Basis von Bezugstheorien ein Erklärungsmuster für die aktuellen Probleme formulieren, welches die sparsamste Erklärung dafür bietet, warum die aktuellen Probleme ausgelöst und aufrecht-erhalten werden.
2. Erste Lernziele definieren: Konkrete, unmittelbare Lernziele, die sich an den aktuellen Problemen orientieren (z. B. „cool bleiben, wenn man beleidigt wird“) sowie weitere, allgemeinere Lernziele (z. B. Probleme konstruktiv lösen, Selbstvertrauen aufbauen).

Die explorierten Ressourcen sollten dazu genutzt werden, den Lernprozess zu unterstützen, indem sie die Lernziele für die Schüler zu sinnvollen Zielen machen, deren Erreichen bereits vorhandene Ziele und Motive erfüllt. Außerdem können Ressourcen dazu verwendet werden, Ideen für die Gestaltung einer Entwicklungs- und Lernumgebung zu formulieren, in denen die Schüler positive Erfahrungen mit der Umsetzung der Lernziele machen können.

3. Ressourcenaktivierung:
 - Welche im Sinne der Lernziele zielführenden Motive/Interessen liegen bereits vor (z. B. Gerechtigkeitsempfinden)?
 - Gibt es eventuell frühere Ansätze für Fähigkeiten oder Entwicklungen in die Richtung der Lernziele, die verschüttet sind (etwa Beispiele, aus denen die Bereitschaft deutlich wird, anderen zu helfen und sie zu unterstützen)?
 - Lässt sich ein Interesse oder eine Fähigkeit identifizieren, die dazu dienen kann, dem Schüler eine bessere soziale Rolle aufzubauen (z. B. Expertenrolle)?
 - Welche Umweltressourcen gibt es, die zur Aktivierung personaler Ressourcen genutzt werden könnten (z. B. Einbezug in ein Streitschlichterprogramm, kooperative Bezugsperson mit Vorbildcharakter)?

Als Ergebnis dieser Analyse liegen konkretisierbare Ansätze für die Förderung der sozialen und emotionalen Entwicklung vor.

Diese Darstellung konzentrierte sich zwar der Einfachheit halber auf die Schüler, doch dies soll keineswegs so verstanden werden, dass die beteiligten Lehrer und die schulische Umwelt in der Analyse nicht berücksichtigt werden müssen. De facto können diese Faktoren sowohl auf der Seite der Ressourcen als auch der Risikofaktoren auftauchen und sie lassen sich anhand desselben Schemas analysieren. Diese Art der diagnostischen Analyse dient nicht in erster Linie der Aufstellung eines detaillierten Förderplans, sondern der Strukturierung und Klärung komplizierter Ausgangslagen und der Exploration von Förderansätzen. Daher wurde auf die Angabe konkreter Fördermaterialien oder didaktischer Methoden verzichtet.

Ausblick

Obwohl die Förderdiagnostik aufgrund der Randbedingungen des Schulsystems von ihrem ursprünglichen Ideal entfernt agieren muss, ist es durchaus möglich, Diagnostik so zu gestalten, dass sie die Stärken von Schülern in einer Weise in den Blick nimmt, die nicht auf formelhafte Lippenbekenntnisse beschränkt ist. Die Übergänge zu Beratungskonzepten sind hierbei fließend – gerade der Vorgang der Umdeutung von Problemen in Stärken sollte sich nicht auf den Diagnostiker beschränken, sondern mit den Beteiligten gemeinsam entwickelt werden, um die größte Wirkung entfalten zu können.

Literatur

- Bundschuh, K. (2005): Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik. München: Reinhardt
- Hillenbrand, C. (2008): Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen. München: Reinhardt
- Mutzeck, W. (2000): Förderdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. In: Mutzeck, W. (Hrsg.): Förderdiagnostik bei Lern- und Verhaltensstörungen. Konzepte und Methoden. Weinheim: Beltz, 243–267
- Mutzeck, W. (2004): Grundlegende Aspekte der Diagnostik in der Förderpädagogik. In: Mutzeck, W. & Jogschies, P. (Hrsg.): Neue Entwicklungen in der Förderdiagnostik. Weinheim: Beltz, 10–20
- Mutzeck, W. & Melzer, C. (2007): Kooperative Förderplanung – Erstellung und Fortschreibung individueller Förderpläne. In: Mutzeck, W. (Hrsg.): Förderplanung. Grundlagen, Methoden, Alternativen. Weinheim: Beltz, 199–239
- Opp, G. & Fingerle, M. (Hrsg.) (2007): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Reinhardt
- Schlee, J. (2004): Lösungsversuche als Problem. Zur Vergeblichkeit der sogenannten Förderdiagnostik. In: Mutzeck, W. & Jogschies, P. (Hrsg.): Neue Entwicklungen in der Förderdiagnostik. Weinheim: Beltz, 10–20
- Schlee, J. (2008): 30 Jahre „Förderdiagnostik“ – eine kritische Bilanz. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 59 (Jg.), H. 4, 122–131
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand B. (2008): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Auer

5.5 Erziehungsplanung: Sonderpädagogische Begutachtung

Ines Budnik

Einleitung

Erziehungsplanung und sonderpädagogische Begutachtung sind zwei Seiten einer Medaille, die stets miteinander in Zusammenhang gebracht, aber auch stets kritisch diskutiert werden müssen. Während die Begutachtung die Überprüfung auf einen möglichen sonderpädagogischen Förderbedarf intendiert, ist das Ziel der Erziehungsplanung die Entwicklung diagnosegeleiteter Hilfeangebote. Das sonderpädagogische Gutachten stellt in der Regel die Grundlage für eine diagnosegeleitete Erziehungsplanung dar. „Ein Gutachten ist eine spezielle Form der Aussage über einen Menschen in einer problematischen Lebenssituation. Es wird zu einem bestimmten Zeitpunkt erstellt mit dem Ziel, eine Entscheidung über Wege und Maßnahmen in der Zukunft zu treffen oder zumindest Entscheidungsfindungen vorzubereiten“ (Suhrweier & Hetzner 1993, 183). Damit kommt der sonderpädagogischen Begutachtung eine zwiespältige Rolle zu: Einerseits ist die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs notwendig, um eine individuelle Hilfeplanung zu realisieren, andererseits wird mit einem Gutachten immer das Besondere hervorgehoben, erfolgen Selektionsprozesse. Für die Gutachtenerstellung ist ein Problem punkt besonders gravierend: das Definitionsproblem. Ostermann (1997), Arnold (2004) und Schlee (2008) weisen darauf hin, dass ohne diagnostische Operationalisierung des Begriffs „Verhaltensstörung“ die notwendigen Diagnosebereiche für viele Lehrer recht vage bleiben. Die Definition des Council for Children with Behavior Disorders, für Deutschland von Opp (2003, 55) bearbeitet, könnten hierfür einen Kriterienkatalog vorlegen, der folgende Bereiche beinhaltet: Intensitätskriterien (Zeit- und Schweregrad), ökologisches Kriterium (Auftreten in mindestens zwei Settings) und Integrationskriterium (Erfordernis spezieller Hilfen). Es ist unumstritten, dass das Definitionsproblem erhebliche Auswirkungen auf das Feststellungsverfahren hat. Allerdings geht mit diesem Problem ein weiteres Dilemma einher: Ohne Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs erfolgt in der Regel keine Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen. Sonderpädagogische Förderung ist faktisch immer an eine Zuweisungsdiagnostik gebunden.

Auch in der Auseinandersetzung mit diagnosegeleiteter Erziehungsplanung zeigen sich keine einheitlichen, ja zum Teil widersprüchliche Standpunkte. So gehen Boban und Hinz (2007, 131) beispielsweise davon aus, dass „Förderpläne für den Bereich integrativer Erziehung überflüssig, wenn nicht sogar kontraproduktiv“ seien und plädieren für alternative „Strukturen der gemeinsamen Reflexion“. Hierbei ist die Person, um die es geht, zentral beteiligt, mit ihr wird gemeinsam

reflektiert und geplant. Gewünscht ist, dass so viele Beteiligte wie möglich an der Reflexion teilnehmen, um eine Vielzahl an Perspektiven und Zugängen zu erhalten. Unter Bezugnahme auf die in Nordamerika praktizierten Verfahren wie MAP (Making Action Plan) und PATH (Planning Alternative Tomorrow with Hope) wird den Alltagstheorien der Beteiligten eine besondere Bedeutung zugewiesen. Andererseits muss aber auch konstatiert werden, dass die Entkoppelung der Zuweisung eines Förderbedarfes zu einem Förderort die sonderpädagogische Arbeit zwar deutlich verändert hat, aber dennoch zu keiner „Reduzierung des notwendigen diagnostischen Aufwands“ führt (Arnold 2007, 33).

Unabhängig von der Frage nach dem Lernort kann auf eine diagnosegeleitete Förderung – im Fall der schulischen Erziehungshilfe die Erziehungsplanung – nicht verzichtet werden. Mit Schlee (2008, 124) ist festzustellen, dass Selektion und Förderung von Schülern keine sich gegenseitig ausschließenden Maßnahmen sind, auch wenn aus seiner Sicht die existierenden Konzepte der Förderdiagnostik sehr kritisch zu betrachten sind. So problematisiert er, dass es bisher keine empirischen Nachweise über den Erfolg der Förderdiagnostik gibt bzw. auch keine umfangreichen systematischen Evaluationsuntersuchungen. Zudem müsse beachtet werden, dass Diagnostik immer nur eine Ist-Analyse darstellt und eine Ableitung von Soll-Werten problematisch ist. Arnold und Kretschmann (2002, 267) warnen zudem vor zu hohen Erwartungen an den präventiven Effekt von Diagnostik. Zur Verbesserung der Kooperation zwischen Regelschul- und Sonderlehrkräften schlagen sie vor, im Anschluss an die Diagnose einen Förderkontrakt zu schließen.

Der von den Autoren entwickelte Leitfaden zur Erstellung von sonderpädagogischen Gutachten und Entwicklungsplänen (vgl. Kretschmann & Arnold 1999) beschreibt eine Vorgehensweise, die sowohl die Diagnostik als auch die Förder- bzw. Erziehungsplanung berücksichtigt. Das Verfahren erscheint auch für den Kontext der schulischen Erziehungshilfe angemessen, da es auf eine hypothesengeleitete Auswahl von Untersuchungsmethoden verweist, einen komplexen Untersuchungsprozess verfolgt, die Entwicklung von Förderbereichen und Förderzielen beinhaltet und durch die Bewertung von Fördererfolgen auch Modifikationen der Fördervorschläge zulässt und somit eine Flexibilität gestattet.

Diagnosegeleitete Erziehungsplanung: Ein Modell für die sonderpädagogische Begutachtung im Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung

Bereits die Begrifflichkeit zur sonderpädagogischen Begutachtung ist nicht einheitlich. Je nach Sichtweise bzw. schulpolitischer Diktion werden verschiedene Begriffe benutzt (z. B. sonderpädagogisches Gutachten, förderdiagnostisches oder förderpädagogisches Gutachten, individueller Hilfe- oder Erziehungsplan usw.).

Mit dem Ausdruck sonderpädagogische Begutachtung ist häufig die Ermittlung des sonderpädagogischen Förderbedarfs gemeint (Jogschies 2008, 135). Dem stel-

len Kretschmann und Arnold (1999, 415) den Begriff des Förderungsgutachtens entgegen, womit den spezifischen Erfordernissen des diagnostischen Vorgehens im schulischen Kontext entsprochen werden soll, da neben der Feststellungsdiagnostik zugleich auch eine prozessbegleitende Diagnostik für die Planung von Fördermaßnahmen von Bedeutung ist. An dieses Modell anlehnend soll hier eine Schrittfolge für das diagnostische Vorgehen entwickelt werden, das zunächst einen konkreten Ist-Zustand abbildet, auf Kenntnis dessen dann konkrete Entwicklungsziele formuliert werden können.

Das Modell beschreibt neun Phasen im sonderpädagogischen Begutachtungsprozess: Nachdem die (1) Daten zur Person (Name/Vorname; Geburtsdatum; Wohnort; Nationalität und Klasse/Schule) sowie zum Diagnostizierungsprozess (Zeit; Dauer; Ort; einbezogene Personen) benannt worden sind, folgt (2) eine Situationsschilderung, in der das Problem beschrieben wird, welches den Anlass für die Begutachtung darstellt. Anlässe können zum Beispiel Lern- oder Verhaltensprobleme sein, aber auch Entwicklungsfortschritte, die die Frage nach Rückführung aufwerfen oder die Frage nach weiteren individuellen Hilfeangeboten. Damit wird das Spektrum der Anlässe erweitert: Das sonderpädagogische Gutachten erfüllt nicht nur die Funktion der Feststellung eines Förderbedarfs, sondern kann in einer Vielzahl von Förderbereichen angewandt werden. Aus der Problemsituation heraus wird (3) die konkrete diagnostische Fragestellung abgeleitet. Nur wenn eine exakte Operationalisierung der zu diagnostizierenden Bereiche erfolgt ist, kann auch die diagnostische Vorgehensweise bestimmt werden. Die Benennung des diagnostischen Ziels lässt Schlussfolgerungen, Überlegungen zu möglichen Ursachen und Bedingungen innerhalb des Problems sowie zu verstärkenden bzw. mindernden Faktoren zu. Diese Überlegungen werden in den (4) Hypothesen formuliert. Um die Hypothesen bestätigen oder widerlegen zu können, ist der Einsatz konkreter diagnostischer Verfahren notwendig, die sich aus dem Inhalt der Hypothesen heraus ableiten. Lernprobleme können zum Beispiel aus Überforderung, durch Aufmerksamkeitsstörungen, durch Ängste oder ähnliches entstehen. In den Hypothesen werden diese möglichen Zusammenhänge aus Kenntnis der Problemsituation bzw. der Ausgangslage und aus der diagnostischen Fragestellung heraus formuliert. Entsprechend dieser Zusammenhänge werden (5) die notwendigen Informationsquellen eruiert (diagnostische Verfahren, Beobachtungssituationen, zu befragende Personen). Eine vorherige Übersicht aller möglichen bzw. notwendigen Informationsquellen gestattet es, einen (6) exakten Plan für den Diagnostizierungsprozess zu erstellen. Dieser Plan sollte sowohl das Zeitbudget für die Diagnostizierung als auch die zeitliche und räumliche Platzierung für die Durchführung entsprechend dem Diagnostizierungsziel enthalten. Innerhalb dieser Phase werden alle gewonnenen Daten unvoreingenommen gesammelt und dokumentiert. Hierzu zählen nicht nur die Befragungs- bzw. Interviewprotokolle, die Testergebnisse und Beobachtungsprotokolle, sondern auch die Ergebnisse der Dokumentenanalyse. Im nächsten Schritt erfolgt die (7) Auswertung der einzelnen Untersuchungsergebnisse. Die Ergebnisse von jedem Verfahren bzw. jeder Informationsquelle werden einzeln ausgewertet und dargestellt. Erst danach

werden diese (8) Ergebnisse interpretiert und Zusammenhänge zwischen ihnen hergestellt. Diese Zusammenfassung stellt die Antwort auf die diagnostische Fragestellung dar, hierin wird auf die Hypothesen eingegangen. Dieses zusammenfassende Gutachten ist gleichzeitig Darstellung des Ist-Zustandes und Ausgangspunkt für die (9) Entwicklung von Förderbereichen und Förderzielen. Dies bedeutet, dass nicht die Diagnostik zuständig ist für die Entwicklung der Förderziele, sie bietet nur die Abbildung eines Ist-Zustandes an, von dem Bereiche und Ziele für Förderung abgeleitet werden.

Entsprechend der diagnostischen Fragestellung kann für jedes Kind individuell der Diagnostizierungsprozess geplant und durchgeführt werden.

Kriterien für die diagnosegeleitete Erziehungsplanung

In der Auseinandersetzung mit theoretischen Ansprüchen und den Anforderungen der Praxis entwickelten Budnik und Fingerle (2007) ein Modell, das sich sowohl der Ermittlung des Ist-Zustandes widmet als auch der Ableitung eines Erziehungsplanes. Aus den diagnostischen Abschnitten der Förderplanerstellung sollte ein Gesamtbild resultieren, das

- (a) die Schwerpunkte der benötigten Förderung ausweist;
- (b) vorhandene Stärken und Potentiale als Ansatzpunkte für Fördermaßnahmen aufzeigt;
- (c) verdeutlicht, welche individuellen Eigenheiten im Erleben, Wahrnehmen und Denken des Schülers zu berücksichtigen sind und
- (d) markiert, welche unterstützenden Maßnahmen über die Förderschwerpunkte hinaus von Bedeutung sind (z. B. Elternarbeit).

Dennoch ist dabei stets zu berücksichtigen, dass die Erziehungsplanung niemals kausal Erziehungserfolge garantieren kann, da die Komplexität der Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen nur begrenzt abbildbar ist. In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Lehrerinnen und Lehrern sowie Studierenden im berufsbegleitenden Ergänzungsstudiengang wurden von Budnik und Fingerle (2007) Kriterien entwickelt, die es ermöglichen, Förderpläne sinnvoll und Erfolg versprechend einzusetzen:

Flexibilität: Ein Förderplan muss auf Veränderungen reagieren können, er darf nicht als festgeschriebenes Werkzeug verstanden werden. Innerhalb des Förderplanes sollte es möglich sein, kurzfristig neu zu diagnostizieren und Veränderungen einzubringen.

Überschaubarkeit: Förderprogramme sollten über eine zeitlich überschaubare Laufzeit verfügen. Innerhalb eines festgelegten Zeitrahmens, der für Kind und Pädagogen nachvollziehbar ist, sollten Ziele, Wege und Überprüfungsmodalitäten festgelegt werden. Überschaubarkeit bezieht sich ebenfalls auf die teilnehmenden Personen. Nicht alle Personen aus der Lebenswelt des Kindes können einbezogen werden, auch wenn es für einen ganzheitlichen Zugang wünschenswert wäre. Nach

der Problemanalyse sollte die Anzahl der einzubeziehenden Personen effektiv eingegrenzt werden. Ebenso überschaubar sollten die Erziehungsmaßnahmen gehalten werden, denn ein überfülltes Förderprogramm wird auf Dauer nicht eingehalten.

Lebensweltorientierung: Trotz der Forderung nach Überschaubarkeit sollten die Familie bzw. andere nahe Kontaktpersonen (z.B. Trainer) des Kindes in die Förder- bzw. Erziehungsplanung einbezogen werden, um Lebens- und Sinnzusammenhänge (Kohärenz) der entwickelten Maßnahmen für alle Beteiligten sichtbar zu machen (vgl. Budnik & Fingerle 2007, 150). Häufig gestaltet es sich für die Schulpraxis als schwierig, die Fülle an Informationen und Maßnahmen so darzustellen, dass ein praktikables und überschaubares Material entsteht.

Praktikabilität: Der schulische Alltag besteht aus einer Vielzahl von Anforderungen. Der diagnosegeleitete Förderplan ist Bestandteil davon und muss sich in den Alltag einpassen können.

Das vorliegende Modell setzt nicht den Einsatz bestimmter diagnostischer Verfahren voraus, sondern ist offen für verschiedene, im Einzelfall angemessene Diagnostikinventare. Um der Gefahr einer „Überdiagnostizierung“ vorzubeugen, sollten die problemmindernden und problemverstärkenden Faktoren für kindliches Verhalten durch Beobachtungen, Gespräche und Auswertung von Dokumenten und Akten analysiert werden, bevor eine weitere Diagnostik erfolgt. Notwendige zusätzliche Informationen werden dann durch den zielgerichteten Einsatz diagnostischer Verfahren gewonnen. In der Auswertung aller Ergebnisse ist anschließend der Erziehungsplan so zu gestalten, dass er sowohl im zeitlichen Verlauf als auch in der Auswahl der Erziehungsbereiche überschaubar und erreichbar bleibt. Häufig sind kindliche Verhaltensprobleme sehr komplex in ihren Ursachen und Erscheinungsformen. Die Erziehungsplanung kann, um realisierbar zu bleiben, nicht auf die gesamte Komplexität gleichzeitig eingehen. Insofern sollte bei der Planung berücksichtigt werden, in welcher Reihenfolge gearbeitet wird.

Argumente für eine systematische Erziehungsplanung

Die Vorteile einer Erziehungsplanung werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

Die diagnosegeleitete Erziehungsplanung

- ermöglicht den Umgang mit pädagogischen Ungewissheiten und deren reflexive Verarbeitung (Wimmer 1996);
- bietet Handlungsorientierungen in komplexen sozialen Situationen. Gerade in der Komplexitätsreduktion wird Erziehungsplanung handhabbar;
- hilft, die inhaltlichen Zusammenhänge und die Kohärenz pädagogischer Maßnahmen zu verbessern. Durch das Zusammenwirken aller Beteiligten gelingt es, Prozesse für alle nachvollziehbar, erwartbar und sinnvoll zu gestalten;
- unterstützt die Entwicklung professioneller Identität. Durch die Auseinandersetzung mit Verhalten, den Entstehungsbedingungen, mit diagnostischen Ver-

fahren und Erziehungsplanung, durch den Einsatz von Gesprächen (diagnostische Gespräche, Beratungsgespräche) werden im Zusammenspiel unterschiedlichste professionelle Kompetenzen gefordert und weiterentwickelt;

- ist die Voraussetzung für eine systematische Evaluation pädagogischer Maßnahmen;
- ermöglicht auf dieser Grundlage die notwendige und prozessbegleitende Neubestimmung individueller Erziehungsmaßnahmen.

Das vorgestellte Modell der diagnosegeleiteten Erziehungsplanung erhöht die Transparenz des Diagnostizierungsprozesses und der Planung individueller Erziehungsmaßnahmen. Damit bieten sich auch bessere Partizipationschancen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien, deren aktive Mitsprache bei der Erziehungsplanung eingefordert wird. Transparenz bezieht sich hier auch auf eine genaue Problemdefinition und die konkreten Zielsetzungen der geplanten Erziehungsmaßnahmen. Dabei wird den Kindern und Jugendlichen die Verantwortung für die verabredeten Maßnahmen nicht abgenommen, sondern sie werden ebenfalls aktiv eingebunden. Durch das gemeinsame Beschreiben der Erziehungsziele wird auch für die Kinder und Jugendlichen sichtbar, welche Verhaltensänderungen angestrebt werden (vgl. Budnik, Fingerle & Unger 2003, 161 f.).

Ausblick

In der Förderplandiskussion wurde bisher nicht berücksichtigt, dass die Erziehungspangestaltung ein geeignetes Instrumentarium für die Kooperation zwischen Schule und Jugendhilfe sein kann. Wenn bereits an der Schule ein gemeinsam erstellter Erziehungsplan besteht, kann dieser als fundierte Grundlage für die Erziehungshilfeplanung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz einbezogen werden und bietet dem schulischen Bereich die Möglichkeit für eine fallbezogene interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Literatur

- Arnold, K.-H. (2004): Von den Schwierigkeiten der Diagnostik „verhaltensgestörter“ Schülerinnen und Schüler. In: Preuss-Lausitz, U. (Hrsg.) (2004): Schwierige Kinder – schwierige Schule. Konzepte und Praxisprojekte zur integrativen Förderung verhaltensauffälliger Schülerinnen und Schüler. Weinheim: Beltz, 24–36
- Arnold, K.-H. (2007): Sonderpädagogische Begutachtung und Förderplanerstellung: Ein Strukturschema. In: Mutzeck, W. (Hrsg.): Förderplanung. Grundlagen – Methoden – Alternativen. Weinheim: Beltz, 33–44
- Arnold, K.-H. & Kretschmann, R. (2002): Von der Eingangsdiagnose zu Förderungs- und Fortschreibungsdiagnosen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 53 (Jg.), H. 7, 266–271
- Boban, I. & Hinz, A. (2007): Förderpläne – für integrative Erziehung überflüssig? Aber was dann? In: Mutzeck, W. (Hrsg.): Förderplanung. Grundlagen – Methoden – Alternativen. Weinheim: Beltz, 131–144

- Budnik, I., Fingerle, M. & Unger, N. (2003): Arbeitsfelder in der schulischen Erziehungshilfe. In: Opp, G. (Hrsg.): Arbeitsbuch schulische Erziehungshilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 145–200
- Budnik, I. & Fingerle, M. (2007): Der diagnosegeleitete Erziehungsplan: Angebote zur Erstellung und Probleme der Nutzung. In: Mutzeck, W. (Hrsg.): Förderplanung. Grundlagen – Methoden – Alternativen. Weinheim: Beltz, 145–158
- Jogschies, P. (2008): Förderdiagnostik und sonderpädagogische Begutachtung. Ein Rückblick auf 30 Jahre. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 59 (Jg.), H. 4, 132–142
- Kretschmann, R. & Arnold, K.-H. (1999): Leitfaden für Förder- und Entwicklungspläne. Anlass, Struktur und Nutzung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 50 (Jg.), H. 9, 410–420
- Opp, G. (2003): Begriffliche Grundlagen. In: Opp, G. (Hrsg.): Arbeitsbuch schulische Erziehungshilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 43–64
- Ostermann, J. (1997): Ist „Verhaltensstörung“ ein spezifischer Fachbegriff? Subjektive Definitionen von Lehrern. In: Sonderpädagogik, 27 (Jg.), H. 1, 20–28
- Schlee, J. (2008): 30 Jahre „Förderdiagnostik“ – eine kritische Bilanz. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 59 (Jg.), H. 4, 122–131
- Suhrweier, H. & Hetzner, R. (1993): Förderdiagnostik für Kinder mit Behinderung. Neuwied: Luchterhand
- Wimmer, M. (1996): Der Zerfall des Allgemeinen – Wiederkehr des Singulären. Pädagogische Professionalität und Wert des Wissens. In: Combe, A. & Helper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 404–447

