



FACHSCHULE FÜR HEILERZIEHUNGSPFLEGE

**Schulübergreifende Abschlussprüfung
Sommer 2025**

MATERIALIEN ZUR VORBEREITUNG

für das Fach

Entwicklung, Bildung, Partizipation:

Thema 1: Sydromanalyse mit dem Schwerpunkt drohende
Behinderung

Themenschwerpunkt I: Syndromanalyse mit dem Schwerpunkt drohende Behinderung

Basiskompetenzen:

Die Prüflinge

- kennen den Gesamtprozess zur Erstellung einer Syndromanalyse und verfügen über die in den einzelnen Schritten benötigten Kompetenzen.
- verfügen über eine Grundhaltung, die eine personenzentrierte Herangehensweise im beruflichen Kontext ermöglicht.

Die Methode der Syndromanalyse wird auf eine konkrete Fallsituation hin angewandt. Für die Bearbeitung der fünf einzelnen Teilschritte benötigen die Prüflinge folgende Fähigkeiten:

- Ausgehend von einem Falltext sind die Prüflinge in der Lage, sich die Ressourcen und Kompetenzen der Fallperson zu erschließen.
- Ebenso können sie problematische Bereiche ableiten, die sich in Schwierigkeiten der Fallperson oder in deren Lebenssituation zeigen. Hier soll eine zuerst auf Verstehen ausgerichtete Fragestellung entwickelt werden.

Im zweiten Bearbeitungsschritt wird ein Innenbeobachterstandpunkt eingenommen. Die Prüflinge

- definieren, reflektieren und bewerten eigenständig die dem Verhalten zugrundeliegende Subjektlogik der Fallperson. Sie formulieren darauf basierend aus deren Perspektive einen subjektbezogenen Standpunkt. Hierbei kann es zu einer Negation des Außenbeobachters im Zugestehen subjektiver Deutung kommen.
- können sich aufgrund ihres breiten und integrierten Fachwissens in die individuelle Wahrnehmung der Fallperson hineinversetzen. Sie kennen und berücksichtigen hierbei den Entwicklungsstand der Fallperson und formulieren auf der Grundlage ihres spezifisch fachlichen Wissens eine mögliche Eigenlogik dieser in der Ich-Form. Hierbei können sie die Besonderheiten, die sich aus ASS ergeben entsprechend berücksichtigen.

Im dritten Bearbeitungsschritt zeigen die Prüflinge,

- dass sie eine Reflexion für das bisher Erarbeitete auf der Metaebene einnehmen können. Sie setzen dabei die möglichen Diskrepanzen bzw. Widersprüche, die zwischen der Außenbeschreibung und der subjektiv konstruierten Innenbeobachterbeschreibung entstanden sein können, in Beziehung zueinander und entwickeln davon ausgehend zwei Hypothesen mit entsprechendem Theoriebezug (Theorien, Konzepte, einschlägiges Fachwissen).
- dass sie in der Lage sind, Kernaussagen und grundlegende Informationen zur genutzten Theorie darzustellen.
- dass sie von der Theorie ausgehende Kriterien für eine Analyse der Fallsituation so nutzen, so dass ein tieferes Verständnis des Verhaltens bzw. der Lebenssituation der Fallperson möglich wird.

In dem abschließenden Bearbeitungsschritt der Pädagogischen Idee entwickeln die Prüflinge, aus ihrem vielfältigen Spektrum an Wissen über Handlungskonzepte und -methoden, pädagogische Ideen, die ein gemeinsames pädagogisch-therapeutisches Handeln in der Zone der nächsten Entwicklung ermöglichen können. Hierbei ist es bedeutsam, dass sie ihr Methodenwissen so einsetzen, dass sie einen Transfer zur Fallsituation herstellen und erste Umsetzungsschritte konstruieren und darstellen können.

- Die Prüflinge verfügen über ein breites und vertieftes Wissen zum Thema Autismus-Spektrum. Sie kennen einschlägige Herangehensweisen für eine professionelle Auseinandersetzung mit dieser Thematik und können diese auf die Fallsituation übertragen.
- Die Prüflinge sind in der Lage, differenziert Entwicklungslagen im Kontext von ASS zu erkennen und einzuordnen.

Literaturverzeichnis:

Günderoth, Miriam (2017): Kindeswohlgefährdung. Die Umsetzung des Schutzauftrages in der verbandlichen Jugendarbeit. Gießen, Psychosozialverlag. S.46-54	4
Sozialbehörde der FHH: Kinder mit Behinderung – Rechtzeitig handeln durch Frühförderung. https://www.hamburg.de/fruehfoerderung/126288/start,page-3.html# (letzter Zugriff 29.04.2024)	13
Hoffmann, T., Steffens, J.: Behinderung und Isolation – Traditionslinien, Forschungsstand und aktuelle Perspektiven kulturhistorisch-materialistischer Behindertenpädagogik. ZEITSCHRIFT FÜR DISABILITY STUDIES, Nr. 02/2022, innsbruck university press, Innsbruck. https://zds-online.org/wp-content/uploads/2022/09/ZDS_2022_2_2_Hoffmann_Steffens.pdf (letzter Zugriff 29.04.2024)	14
Rönnau-Böse, Maike, Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2020): Resilienz im Kita-Alltag. Was Kinder stark und widerstandsfähig macht. Freiburg i.B. S. 15-21, S.44-52	27
Schablon, Kai-Uwe (2013): Die Syndromanalyse als diagnostische Methode der Heilpädagogik. In: Greving, Heinrich, Schäper, Sabine (Hrsg.) (2013): Heilpädagogische Konzepte und Methoden. Orientierungswissen in der Praxis. Stuttgart, Kohlhammer. S.168-175	43
Scherwath, Corinna, Friedrich, Sibylle (2012): "Erst verstehen, dann handeln" (Paul Moor). In: Scherwath, Freidrich (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. S. 60-66	47

Sexueller Missbrauch

Im Alltag und in der wissenschaftlichen Literatur existieren eine Vielzahl von Begriffen für diesen einen Tatbestand. Im Bereich der Kindeswohlgefährdung und in Abgrenzung zu sexualisierter Gewalt im Jugendverband und unter Jugendlichen soll für Formen von Kindeswohlgefährdung im familiären und sozialen Nahraum von Kindern und Jugendlichen der Begriff »sexueller Missbrauch« verwendet werden, da er so auch im Gesetz verwendet wird.

Kinder, die Opfer von sexuellem Missbrauch werden, sind häufig Drohungen, Gewalt- und Strafandrohungen ausgesetzt. Der psychische Druck ist meist enorm, dem die Opfer aufgrund der oft emotionalen Verbundenheit mit dem Täter oder der Täterin ausgesetzt sind. Sie trauen sich nicht, Hilfe zu holen und geben sich oft selbst die Schuld. Andreas Jud beschreibt zwei Aspekte bei Missbrauch durch Bezugspersonen: Zum einen sind die Betroffenen durch die Handlung einer Vertrauensperson mit der Verletzung persönlichster Erfahrungen konfrontiert, zum anderen mit einem Vertrauensbruch. Das zieht häufig Ambivalenzkonflikte nach sich (vgl. Fegert et al., 2015, S. 42). Wie mit Eltern bei innerfamiliärem Missbrauch umgegangen wird, beschreibt Dirk Bange als kontrovers diskutiert. So sagt er, dass sich die Einbeziehung der Familien bei innerfamiliärem Missbrauch in vielen Fällen wesentlich schwieriger gestaltet als bei einem Verdacht auf außerfamiliären sexuellen Missbrauch. In Familien passiert es häufig, dass sexueller Missbrauch übersehen, geleugnet oder totgeschwiegen wird. Bei der Risikoeinschätzung ist dies zu beachten und hier nochmals auf §8a Abs. 4 SGB VIII hinzuweisen: *»Dabei sind die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.«* So gilt in einem solchen Fall, die Gespräche mit dem nicht missbrauchendem Elternteil sorgfältig vorzubereiten. In der Regel sind Verantwortliche in der verbandlichen Jugendarbeit für solche Gespräche nicht ausgebildet und vorbereitet, daher ist es bei einem Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Anfang an wichtig, eine Unterstützung durch spezielle Fachpersonen zu suchen und gegebenenfalls das Jugendamt einzuschalten. Besonders gilt das auch bei der Beteiligung der Be-

schuldigten. Hier ist das Risiko besonders hoch, dass der Täter oder die Täterin »das Kind unter Druck« setzt und »den Kontakt zu den Hilfeeinrichtungen zu unterbinden« versucht (vgl. Fegert et al., 2015, S. 208f.).

Erwachsenenkonflikte um das Kind

Trennen sich Eltern, hat das immer auch Folgen für das Kind. Wenn die Bezugspersonen in dieser Situation durch Unterlassung oder aktives Handeln das Kind in diesen Konflikt involvieren, kann das Folgen für das psychische Wohl des Kindes haben.

Weitere Situationen sind hochstrittige »Familienkonflikte, Umgangskonflikte und Herausgabekonflikte zwischen Herkunftseltern und Pflegeeltern oder anderen Unterbringungseinrichtungen« (Kunkel, 2006, S. 22). Dabei sind Eltern oftmals durch ihre emotionale Betroffenheit nicht mehr in der Lage, ihre partnerschaftlichen Probleme getrennt von ihrer Verantwortung als Eltern zu sehen und zum Wohle der Bedürfnisse ihrer Kinder zu agieren. Mit diesem Verhalten zwingen Eltern ihr Kind in einen emotional sehr starken Konflikt. Wenn Kinder unvorbereitet in den Streit ihrer Eltern hineingezogen werden und als »Prellbock« für die Eltern herhalten müssen, werden sie in einen Loyalitätskonflikt gezwungen, der eine weitere Krisensituation für sie bedeutet.

Elternkonflikte um das Kind stellen für sich betrachtet in der Regel keine unmittelbare Gefahr für das Kindeswohl dar. Gleichwohl kann es in Kombination mit anderen Faktoren eine verstärkende Wirkung haben.

Autonomiekonflikte junger Menschen

Gerade im Bereich der Jugendarbeit kann diese Form relevant sein. Auf dem Weg zum Erwachsenwerden ist die Entwicklung der Autonomie wesentlich. Eine altersgerechte Verselbstständigung des_der Jugendlichen ist für die psychosoziale Entwicklung elementar. Diese üblichen Autonomiekonflikte stellen dann eine Gefahr für das Wohl des_der Jugendlichen dar, wenn Bezugspersonen diese Ablösung missachten oder verhindern.

Signale von Kindeswohlgefährdung

Grundsätzlich gilt, dass es keine Signale gibt, die eindeutig auf das Vorliegen von Kindeswohlgefährdung hinweisen. Bestimmte Merkmale machen ein genaueres Hinschauen allerdings notwendig. Vor allem, wenn sie in Kombination mit anderen Merkmalen auftreten. Ein Indiz ist sicher das eigene »Bauchgefühl«. Eine plötzliche, vielleicht auch aggressive, Verhaltensänderung eines Kindes in der Kindergruppe, ein Mädchen, das nicht auf die Ausflüge mit darf, ein Kind, das nicht mitspielen darf, weil es unangenehm riecht, kann ein Hinweis sein, kann aber auch trügen, denn einige Verhaltens- und körperliche Veränderungen gehören zu normalen Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter oder auch zu einem jugendlichen Modestil. Von einer Kindeswohlgefährdung darf also nicht zwangsweise ausgegangen werden. Andererseits kann sie auch nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.

Signale sind in unterschiedlichen Bereichen zu finden: sei es in der kognitiven Entwicklung, dem psychischen oder sozialen Verhalten des Kindes oder des _der Jugendlichen, der körperlichen Versorgung, in der Beziehung und dem Verhalten zu wichtigen Bezugspersonen oder in der Wohnsituation.

Vorhandene Auflistungen von Signalen, wie sie auch im Anhang (A4) zu finden ist, darf nicht als eine Liste verstanden werden, an deren Ende die Antwort »ja« oder »nein« gegeben wird. Sie ist eher so zu verstehen, dass die aufgelisteten Signale dann eine Aufmerksamkeit erfordern, wenn mehrere dieser Hinweise beobachtet werden. Diese Zusammenstellungen, wie sie zum Beispiel auch die Ankerbeispiele für den Kinderschutzbogen beinhalten, dienen den Fachkräften bei der Einzelfalleinschätzung als Orientierung und erleichtern darüber hinaus die Kommunikation mit Eltern und in der kollegialen Beratung.

Lutz Goldberg fasst die benötigte Haltung von Fachkräften in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als aufmerksame, jedoch gelassene Wahrnehmung von Auffälligkeiten im Verhalten der ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen: »Sie sollten voreilige Rückschlüsse von unspezifischen Symptomen auf sexuellen Missbrauch unterlassen, allerdings offen für spontane Mitteilungen von Kindern und Jugendli-

chen über sexuelle Übergriffe bleiben und darauf interessiert und mit Hilfeangeboten reagieren« (Fegert et al., 2015, S. 151).

7. Gewichtige Anhaltspunkte

Gewichtige Anhaltspunkte »sind das auslösende Moment für die Wahrnehmung des Schutzauftrages« (Wiesner, 2015, §8a Rn. 14). Darunter ist zu verstehen, dass konkrete Hinweise oder ernstzunehmende Vermutungen über eine Gefährdung vorliegen müssen.

Diese gewichtigen Anhaltspunkte müssen Fachkräfte durch eigene Wahrnehmung oder unmittelbar von Kindern, Eltern oder Dritten erhalten. Gewichtige Anhaltspunkte sehen je nach Arbeitsfeld spezifisch aus, auch sind altersspezifische Differenzierungen zu berücksichtigen. So sind »Lebensumstände bzw. Tun oder Unterlassen der Eltern mit den Bedürfnissen eines konkreten Kindes in Beziehung zu setzen« (Kindler et al., 2006, S. 35). Je nach Alter können Handlungen der Eltern, zum Beispiel Schütteln, erhebliche Gefahren sein.

Zur rechtzeitigen Einschätzung von Kindeswohlgefährdung verwenden Fachkräfte Indikatorenlisten, die auf eine im §1666 BGB beschriebene Gefährdungslage hinweisen. Als ein Beispiel ist hier der Orientierungskatalog mit Ankerbeispielen für den Stuttgarter Kinderschutzbogen zu erwähnen. Die Ankerbeispiele sind aus dem Wissen und der Erfahrung der Sozialen Dienste der Jugendämter Stuttgart und Düsseldorf entstanden. Sie wurden mit der Methode der »Kommunikativen Validierung«⁵ entwickelt und dienen der Orientierung bei der Einschätzung. Das Besondere dabei ist, dass die Ankerbeispiele in einzelne Altersmodule unterteilt sind (0–3, 3–6, 6–14 und 14–18 Jahre). Eine ideale Liste kann es jedoch nie geben, da die Einschätzung ein hochkomplexer Vorgang ist und nur im Gesamten zu betrachten sinnvoll und hilfreich ist. Dabei spielen neben Altersdifferenzierungen auch Differenzierungen nach Geschlecht und im Jugendalter sogar nach jugendkulturellen Szenen eine wichtige Rolle:

⁵ Im Dialog tauschen sich Forscher und Beforschte über die erarbeiteten Ergebnisse aus, daraus entstehen weitere wichtige Erkenntnisse, die wiederum in die Ergebnisse eingearbeitet werden.

8. Risikoeinschätzung

Nach Kindler ist die Definition einer Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung ein »Prozess der Informationssammlung und der darauf aufbauenden fallbezogenen Überlegungen zur Wahrscheinlichkeit des zukünftigen Auftretens einer oder mehrerer Formen von Kindeswohlgefährdung« (Deegener, 2005, S. 53). Es liegt erst dann eine Kindeswohlgefährdung vor, wenn die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass eine geistige, seelische oder körperliche Beeinträchtigung vorhanden ist und nicht, wenn subjektiv das Kindeswohl nicht ausreichend gefördert wird.

Friederike Alle bezeichnet die Abschätzung als »eine äußerst komplexe und diffizile Aufgabe« (Alle, 2010, S. 53). Durch diese multidimensionale Betrachtungsweise ist das Einbeziehen von mehreren Fachkräften und auch einer insoweit erfahrenen Fachkraft bei der Einschätzung notwendig. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema und die damit verbundene Erlangung von Fachkenntnissen ist unabdingbar, um eine möglichst große Sicherheit zu erlangen, denn eine »Intervention im Zusammenhang mit einer Kindeswohlgefährdung kann für das Kind und auch die Familie sehr einschneidend [...] und mit langfristigen Folgen [...] verbunden sein« (ebd.).

Es gibt kein gesichertes System von Indikatoren für eine Gefährdung, bestimmte Anhaltspunkte können jedoch auf ein erhöhtes Risiko hinweisen. Es ist immer eine subjektive Sichtweise, ob man aus der Kumulation verschiedener Elemente möglicherweise Hinweise interpretiert, dass eine Risikoschwelle überschritten ist.

Nach Heinz Kindler und Wulfhild Reich hat der Begriff Abschätzung mindestens drei Aspekte (vgl. Kindler & Reich 2006, S. 63):

1. Sammlung relevanter Informationen
2. Bewertung dieser Methoden
3. nachvollziehbare Dokumentation der Ergebnisse

Der Stuttgarter Kinderschutzbogen mit den Orientierungskatalogen für verschiedene Lebensalter kann hier ein hilfreiches Instrument sein. Im Rahmen des Stuttgarter Kinderschutzprojekts wurde er in einem Zeitraum von 18 Monaten zwischen Oktober 2000 und März 2002 entwickelt und erprobt. Das Deutsche Jugendinstitut (DJI) – in Per-

son von Dr. Heinz Kindler – begleitete dieses Projekt wissenschaftlich. In Kooperation zwischen den Jugendämtern Stuttgart und Düsseldorf wurde dieser Bogen zum inzwischen wegweisenden Diagnoseinstrument zur Gefährdungseinschätzung weiterentwickelt. Die Grundlage für die darin aufgeführten Ankerbeispiele sind Längsschnittstudien zur Entstehung von Misshandlung, die auf ihre wissenschaftlich nachgewiesene Aussagekraft überprüft wurden.

Thomas Trenczek fasst das in der Kinderschutzpraxis bewährte Vorgehen in vier Fragen zusammen:

- » 1. *Gewährleistung des Kindeswohls*: Inwieweit ist das Wohl des Kindes oder Jugendlichen durch die Eltern/Sorgeberechtigten gewährleistet oder ist dies nur zum Teil oder überhaupt nicht der Fall?
2. *Problemakzeptanz*: Sehen die Eltern/Sorgeberechtigten und die Kinder oder Jugendlichen selbst ein Problem oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?
3. *Problemkongruenz*: Stimmen die Eltern/Sorgeberechtigten und die beteiligten Fachkräfte in der Problemkonstruktion überein oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?
4. *Hilfeakzeptanz*: Sind die betroffenen Eltern/Sorgeberechtigten und Kinder oder Jugendlichen bereit, die ihnen gemachten Hilfsangebote anzunehmen und zu nutzen oder ist dies nur zum Teil oder gar nicht der Fall?« (Trenczek, 2008, S. 50).

Werden diese Fragen im Prozess der Risikoeinschätzung dahin gehend beantwortet, dass Eltern das Wohl des Kindes nicht gewährleisten können, die Probleme nicht als solche gesehen werden, die Sichtweise von Fachkräften und Eltern bezüglich des Problems kongruent sind und Eltern nicht bereit sind die Hilfsangebote zu nutzen, ist die Risikoeinschätzung dahin gehend zu interpretieren, dass das Wohl des Kindes gefährdet ist.

9. Risikofaktoren für die Gefährdung des Kindeswohls

In der Literatur wird seit einigen Jahr(zehnt)en darüber diskutiert, »welche Faktoren das Risiko für Mädchen und Jungen erhöhen, dass

sie Opfer sexualisierter Gewalt werden« (Fegert et al., 2015, S. 104). So ist es in der Bewertung der Faktoren ausschlaggebend, wie hoch die statistische Wahrscheinlichkeit ist, dass bei vorliegenden Risiken auch eine Gefährdung vorliegt. Die Anzahl der Studien, die sich mit den Risikofaktoren für die Gefährdung des Kindeswohls auseinandersetzen ist in den letzten 30 Jahren beachtlich gewachsen (vgl. Kindler & Lillig, 2005, S. 10). Auch wenn einzelne Faktoren für sich genommen kein Risiko darstellen und als Hinweise für eine spätere Entwicklungsstörung interpretierbar sind, können sie in Kombination durchaus eine Gefährdung begünstigen.

So werden im Allgemeinen folgende Risikofaktoren für eine Gefährdung der positiven und gesunden Entwicklung von Kindern genannt (vgl. Bender & Lösel, 2005, S. 317ff.; Kindler et al., 2006, S. 117ff.; Fegert et al., 2015, S. 104ff.):

- niedriger sozioökonomischer Status
- beengte Wohnverhältnisse großer Familien
- geringer Altersabstand der Kinder von weniger als 18 Monaten
- soziale Isolation der Familie durch wenige Sozialkontakte in der Nachbarschaft oder innerhalb der Familie
- Belastungen der Eltern (psychische »Störungen«, schlechte Schulbildung, schwere Erkrankung, Alkohol-/Drogenabhängigkeit, starke berufliche Anspannung, eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit)
- Trennung/Verluste von Elternteilen
- Konflikte in der Familie (Ehekonflikte, Erziehungsprobleme, Kriminalität)

Einige dieser Faktoren können auch unter der Überschrift »Krise« zusammengefasst werden: Krisen, in denen sich Familien oder einzelne Personen innerhalb von Familien befinden. Als Ursachen sind aber auch die eigene Hilflosigkeit und Überforderung der Bezugspersonen zu benennen.

Kunkel beleuchtet in seiner Ausführung der Entstehungsbedingungen auch die gesellschaftlichen Entwicklungen und Phänomene, »die das Auftreten von Misshandlungen begünstigen, wie ein generell hohes Maß an Gewaltbereitschaft, [...] [die] befürwortende oder zumindest ambivalente Haltung gegenüber Körperstrafen als Erziehungsmittel und eine mangelnde Akzeptanz von Kindern und ihrer Rechte« (Kun-

kel, 2006, S. 23). Auch Bange beschreibt Risiken aus dem Einfluss des gesellschaftlichen und kulturellen Kontextes. Er zählt hier zu den Risiken die Einstellung zur kindlichen Sexualität, den (leichten) Zugang zu Kinderpornografie, wenige Rechte von Kindern und patriarchale Strukturen. Zudem können sich alkoholisierte Täter_innen aus ihrer Verantwortung ziehen, wenn es innerhalb der Gesellschaft eine hohe Toleranz gegenüber Taten unter Alkoholeinfluss gibt oder sexualisierte Gewalt strafrechtlich nur sehr gering verfolgt wird (vgl. Fegert et al., 2015, S. 106).

Auch Risiken auf der Ebene des Kindes, die eine Gefährdung des Kindeswohls begünstigen, sind als Faktoren zu berücksichtigen. Dazu gehören unter anderem:

- Frühgeburten und damit verbundene Erschweren des Beziehungsaufbaus zur Bezugsperson
- Kinder mit Behinderung und gleichzeitig geringeren Möglichkeiten, sich zur Wehr zu setzen (vgl. ebd., S. 105)
- »Schreikinder«
- Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität
- Mädchen

Tschörpe-Scheffler weist mit ihrem Modell der »Fünf Säulen der Erziehung« auf die entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Unterstützung der Eltern durch das Erziehungsverhalten hin. Förderlich und damit wenig risikobehaftet ist ein eindeutiges »ja« zum Kind, zur Verantwortung und Zuständigkeit und zu Übernahme der Mutter- und Vaterrolle. Dieses zeigt sich in den fünf Säulen *Liebe, Achtung, Kooperation, Struktur* und *Förderung* (vgl. Tschörpe-Scheffler, 2009, S. 305f.). Das Modell ist ein idealtypisches und stellt mit dem Gegenüber der entwicklungshemmenden Erziehung eine Vorlage zur Reflexion des eigenen Verhaltens von Eltern und Pädagog_innen dar. So gilt es, mithilfe dieser Strukturelemente, »entwicklungsförderndes Verhalten zu >maximieren< und entwicklungshemmendes zu >reduzieren<« (ebd., S. 307). Als entwicklungshemmende Unterstützung der Eltern beschreibt Tschörpe-Scheffler emotionale Kälte und dessen anderes Extrem, die Überfürsorge, die Missachtung, Chaos, die mangelnde Förderung und Überforderung des Kindes (vgl. ebd., S. 307ff.).

Dirk Bange nennt als Schutzfaktoren auf der Ebene des Kindes ein hohes Selbstbewusstsein und gute schulische oder sportliche Leistungen, die sich wechselseitig verstärken und damit zusammenhängen. Schutzfaktoren innerhalb der Familie sei eine gute Bindung innerhalb des Familiensystems zu einem Elternteil oder auch zu einem Geschwisterkind (Fegert et al., 2015, S. 105f.).

10. Datenschutz

Durch die Neuregelung des SGB VIII haben sich Änderungen ergeben, die den Datenschutz einschränken und die Datenweitergabe im Zusammenhang mit dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung in gewisser Weise erleichtern.

Grundsätzlich hat jeder das Recht, selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen (vgl. Art. 1 in Verbindung mit Art. 2 GG), daher ist eine Datenübermittlung grundsätzlich zulässig, wenn die Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Diese Einwilligung muss schriftlich erfolgen. In der Kinderschutzpraxis ist es daher wichtig, den Eltern, dem Kind oder einem anderen Übermittler der Sozialdaten transparente Information über die genaue Weitergabe und den Folgen daraus für eine weitere Zusammenarbeit zu geben (vgl. Ministerium für Bildung, 2005, S. 9). Von einer Zustimmung kann nicht immer ausgegangen werden. Zu beachten ist, dass eine Weitergabe der Informationen »ohne entsprechendes Einverständnis von Eltern und deren Kindern [...] eine massive Belastung der Vertrauensbeziehung« (Meysen, 2007, S. 32) darstellt.

Wenn die Rechte von Kindern und Jugendlichen verletzt werden, ihr Wohl gefährdet ist, tritt der Datenschutz in den Hintergrund. So ist ein Rechtfertigungsgrund zur Weitergabe der Daten immer dann gegeben, wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen. Diese rechtfertigenden Notsituationen sind in §34 StGB beschrieben und erlauben eine Weitergabe der Informationen dann, wenn nur dadurch die Gefahr vom Kind abgewendet werden kann.

Im Zusammenhang mit der Erfüllung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung sind die §§61–65 SGB VIII als Grundlage zu sehen. Nach §61 Abs. 3 SGB VIII gelten die Bestimmungen zum Da-

Wer ist „wesentlich behindert“ oder „von wesentlicher Behinderung bedroht“?

Zum leistungsberechtigten Personenkreis gehören Kinder, die durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Sie haben Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

Behindert sind Kinder, wenn ihre körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die drohende Behinderung kann auch von Entwicklungsstörungen, -gefährdungen und -beeinträchtigungen (einschließlich Verhaltens- und seelische Störungen) ausgehen.

Wer stellt fest, ob ein Kind „wesentlich behindert“ oder „von wesentlicher Behinderung bedroht“ ist?

Die formale Feststellung, ob im Einzelfall eine wesentliche Behinderung vorliegt oder eine wesentliche Behinderung droht, obliegt ausschließlich dem Sozialhilfeträger in den bezirklichen Grundsicherungs- und Sozialämtern bzw. dem Jugendhilfeträger in den Jugendämtern, Abteilung Kindertagesbetreuung.

Der Sozialhilfeträger legt für seine Entscheidung die Berichte und Befunde des behandelnden Kinderarztes oder SPZ zu Grunde, die die Eltern mitbringen. In Zweifelsfällen wird das Sozial- oder Jugendamt zusätzlich eine **ärztliche Begutachtung** des Jugendpsychiatrischen Dienstes beim Gesundheitsamt des Bezirkes oder des Beratungszentrums Sehen, Hören, Bewegen, Sprechen veranlassen.

Für den Kita-Gutschein ist diese ärztliche Begutachtung regelhaft erforderlich und wird vom Jugendamt veranlasst. In den Gutachten müssen die Zugehörigkeit des Kindes zum leistungsberechtigten Personenkreis und sein Förderbedarf festgestellt werden.

Quelle: <https://www.hamburg.de/fruehfoerderung/126288/start,page-3.html#>

Thomas Hoffmann & Jan Steffens

Behinderung und Isolation – Traditionslinien, Forschungsstand und aktuelle Perspektiven kulturhistorisch-materialistischer Behindertenpädagogik

Zusammenfassung

Der Beitrag gibt einen Überblick zu den wissenschaftshistorischen Traditionslinien, dem Forschungsstand und den aktuellen Perspektiven auf das Verhältnis von Behinderung und Isolation. Behinderung wird dabei als mehrdimensionales Konstrukt begriffen, das empirisch unter verschiedenen wissenschaftlichen Blickwinkeln (biologisch, psychisch, sozial) untersucht werden kann und begriffslogisch auf das Verhältnis von Allgemeinem (Behinderung als Oberbegriff), Besonderem (einzelne Behinderungsformen) und Einzelem (individuelle Behinderungserfahrungen) verweist. Ausgangspunkt unserer Betrachtung ist die von Jantzen begründete kulturhistorisch-materialistische Behindertenpädagogik, in deren Zentrum der Begriff der Isolation als kategorialer Kern von Behinderung steht. Als allgemeine, all diese Ebenen umfassende Analyseeinheit, so die Hauptthese des Beitrags, bietet sich die Kategorie der Isolation als ein begriffliches Werkzeug an, um die Zusammenhänge zwischen diesen Ebenen sowohl empirisch als auch theoretisch zu rekonstruieren und damit einem reduktionistischen Verständnis von Behinderung entgegenzuwirken. Das Ziel des Beitrags besteht darin, im Zuge einer kritischen Diskussion des analytischen Potenzials des Isolationsbegriffs sowie aktueller Ergebnisse der Isolationsforschung zu Social Pain, Belongingness/Loneliness und Ostracism Anschlussmöglichkeiten der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik zur Diskussion des Behinderungsbegriffs in den Disability Studies aufzuzeigen.

Schlüsselwörter: Isolationsforschung, Social Pain, Belongingness, Loneliness, Ostracism

Disability and Isolation – Lines of Tradition, State of Research and Current Perspectives of Cultural-Historical-Materialistic Pedagogy of Disability

Abstract in English

This article provides an overview of the lines of tradition in the history of science, the state of research and current perspectives on the relationship between disability and isolation. Disability is understood as a multidimensional construct that can be empirically examined from different scientific perspectives (biological, psychological, social) and conceptually refers to the relationship between the general (disability as an umbrella term), the particular (individual forms of disability), and the individual (individual experiences

of disability). The starting point of our consideration is the cultural-historical-materialistic pedagogy of disability founded by Jantzen, which centers on the concept of isolation as the categorical core of disability. As a general unit of analysis encompassing all these levels, according to the main thesis of the paper, the category of isolation lends itself as a conceptual tool to reconstruct the interrelations between these levels both empirically and theoretically, thus counteracting a reductionist understanding of disability. In the course of a critical discussion of the analytical potential of the concept of isolation as well as current results of isolation research on social pain, belongingness/loneliness, and ostracism, the aim of this paper is to point out possible connections of cultural-historical-materialistic pedagogy of disability for the discussion of the concept of disability in disability studies.

Keywords: isolation studies, social pain, belongingness, loneliness, ostracism

Einleitung

Der Isolationsbegriff der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik und das daraus abgeleitete Verständnis von Behinderung erscheinen derzeit aktueller denn je. Seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie gegen Ende des Jahres 2019 und der kurz darauf einsetzenden Schutzmaßnahmen, wie Massenquarantäne und Abstandsregeln, sind die Folgen sozialer Isolation im Alltagsleben und in der Öffentlichkeit allgegenwärtig – und das in einem nie dagewesenen globalen Maßstab. Von Beginn der Corona-Krise an wurden die individuellen wie gesellschaftlichen Auswirkungen dieser „größten Isolationsstudie der Geschichte“ (Choukér & Stahn, 2020) zum Gegenstand vielfältiger wissenschaftlicher Untersuchungen quer durch alle Fachdisziplinen (für die Sozial- und Bildungswissenschaften siehe z.B. Kortmann & Schulze, 2020; Krause et al., 2021), sodass absehbar ist, dass dieses Forschungsgebiet in den kommenden Jahren weiter einen massiven Aufschwung erleben wird.

Sehr schnell wurden dabei allerdings auch einige Probleme deutlich: *Erstens* fehlt oft eine theoretische und methodologische Rahmung der aktuellen Isolationsforschung. Diese wäre jedoch wegen des inter- und transdisziplinären Charakters ihres Forschungsgegenstandes eine wichtige Voraussetzung dafür, die Vielzahl der zu erwartenden Forschungsergebnisse aufeinander beziehen, besser einordnen und im fachübergreifenden Diskurs diskutieren zu können. Mittel- und langfristig würden sonst lediglich Daten und Einzelergebnisse quantitativ angehäuft, ohne dass das Verständnis der zugrundeliegenden Gesetzmäßigkeiten und Zusammenhänge, also die wissenschaftliche Theoriebildung, dabei auch qualitativ Fortschritte machen würde. *Zweitens* gibt es bisher nur wenige Studien zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf diejenigen Bevölkerungsgruppen, deren Lebenssituation schon vor der Corona-Krise in besonderer Weise durch isolierende Bedingungen gekennzeichnet war, wie z.B. Menschen mit intellektueller Behinderung/Lernschwierigkeiten, mit psychischen Erkrankungen, Heimbewohner*innen, alte Menschen in Pflegeeinrichtungen oder Pflegebedürftige, die durch wechselnde Assistenz und Pflegedienste im eigenen Wohnraum versorgt werden. Für die Vernachlässigung dieses Personenkreises gibt es zum einen strukturelle Gründe der sozialen Benachteiligung und Diskriminierung, die sich in Krisenzeiten noch weiter verschärfen (vgl. Brennan, 2020). Zum anderen spiegeln sich darin aber auch konzeptionelle Defizite und Desiderate der Isolationsforschung wider, wenn beispielsweise begrifflich nur unzureichend oder rein quantitativ zwischen Isolation und Einsamkeit unterschieden wird (Tanskanen & Anttila, 2016; Macdonald et al., 2018, S. 1142) oder Isolation einseitig entweder auf ein subjektives Empfinden oder auf strukturelle Ungleichheiten reduziert wird, ohne den Entwicklungszusammenhang zwischen Innen- und Außenperspektive zu beachten.

Die inter- und transdisziplinäre Auseinandersetzung mit solchen begrifflichen wie methodologischen Problemen erscheint nicht nur gewinnbringend für die aktuelle Isolationsforschung, sondern auch für die theoretische Fundierung eines mehrperspektivischen Behinderungsbegriffs, der u.a. deshalb erforderlich ist, weil Behinderung stets auf komplexe gesellschaftliche Situationen und Erfahrungen verweist, die sich in den

seltensten Fällen auf nur eine Perspektive, eine Definition, ein Konzept, ein Modell oder einen Anwendungsbereich reduzieren lassen (vgl. Altman, 2001).

Die Gegenüberstellung von medizinischem (individualistischem) und sozialem Modell von Behinderung, die auch Eingang gefunden hat in die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), ist dafür ein prominentes Beispiel: Der Versuch der WHO, der Komplexität von Behinderung durch die Etablierung eines sogenannten „biopsychosozialen“ Ansatzes gerecht zu werden und dabei die beiden gegensätzlichen Modelle auf der Ebene der empirischen Beschreibung zu integrieren, bleibt bis heute ein leeres Versprechen. Der Grund dafür liegt unter anderem darin, dass das Klassifikationsmodell der ICF durch die Darstellung unterschiedlicher Ebenen zwar einen mehrperspektivischen Zugang liefert, jedoch nicht den Prozess der Funktionsfähigkeit und Behinderung modelliert (vgl. DIMDI, 2005, S. 21). Der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Perspektiven auf biologischer, individueller und sozialer Ebene bleibt ungeklärt. Dies betrifft vor allem das Verhältnis von Individuellem und Sozialem, was sich unter anderem in der unzureichenden Unterscheidung zwischen Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) widerspiegelt (vgl. Bickenbach, 2012, S. 63). Dies führt nicht nur dazu, dass beide Ebenen in der ICF oft undifferenziert einander gleichgesetzt werden, sondern dass auch der Behinderungsbegriff hier am Ende zu einem Oberbegriff für alle negativen Aspekte auf allen drei Ebenen wird (vgl. Kastl, 2017, S. 104), nämlich als Schädigung einer Körperfunktion, Beeinträchtigung der Aktivität und der Partizipation.

So kann das Mehrperspektiven-Schema der ICF zwar beschreiben, dass es zwischen den Ebenen Wechselwirkungen gibt, die sich negativ auf die Funktionsfähigkeit und die Entwicklung eines Individuums auswirken; die Art der Wechselwirkungen und deren Gesetzmäßigkeiten werden jedoch begrifflich nicht hinreichend bestimmt. Der Isolationsbegriff und der Ansatz der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik als synthetische Humanwissenschaft bieten hier eine theoretische Perspektive, die die verschiedenen Bezugsebenen miteinander zu verbinden vermag, eine klare politische Standortbestimmung vornimmt sowie ein dynamisches Verständnis von Behinderung als Entwicklungsprozess erlaubt.

1 Traditionslinien der pädagogisch-psychologischen Isolationsforschung

Die Anfänge der wissenschaftlichen Isolationsforschung reichen bis ins frühe 19. Jahrhundert zurück. Eine erste, für die Geschichte der Behindertenpädagogik und die Pädagogik insgesamt höchst einflussreiche Studie sind die Gutachten und Berichte des französischen Arztes und Taubstummenlehrers Itard aus den Jahren 1801 und 1806 an den Innenminister Frankreichs über die Entwicklung des sogenannten „Wilden von Aveyron“ (Malson et al., 1976, S. 105–220). Itard beschreibt darin seine Erziehungsversuche mit Victor, einem Jungen, der im Jahr 1800 im Alter von elf oder zwölf Jahren völlig nackt in den Wäldern des Départements Aveyron aufgegriffen worden war: Man vermutete, dass jemand das Kind im Wald ausgesetzt und dieses über viele Jahre völlig isoliert von der Zivilisation und auf sich gestellt überlebt hatte. Ähnliche Fälle sogenannter „Wolfskinder“ sind seit dem 14. Jahrhundert in der Literatur immer wieder dokumentiert worden (vgl. von Linné, 1758, S. 20, nach Séguin, 1912, S. 18–19). Itards Forschungsbericht gilt jedoch als erster wissenschaftlich-systematischer Beitrag auf diesem Gebiet. Montessori, die viele seiner Ideen (und die seines Nachfolgers Séguin) in ihre Pädagogik übernommen hat, nannte Itard dafür den „Begründer der wissenschaftlichen Pädagogik“ (Montessori, 1969, S. 28). Vor dem Hintergrund der neuen Ideale der Französischen Revolution („Freiheit, Gleichheit, Solidarität“) interessierte Itard die Frage, welchen Einfluss Erziehung und Gesellschaft auf die Entwicklung des Menschen haben. Er widersprach in seinem ersten Bericht der Auffassung Pinels, demzufolge Victor ein ‚Idiot‘ war, und verfolgte zunächst die These, dass dessen gesamtes Erscheinungsbild – die Fortbewegung auf Händen und Füßen, die fehlende Sprachentwicklung, seine Gewohnheit, alles zu beschnuppern und sein allgemeines Entwicklungsniveau, das nach Itards Einschätzung dem eines zehn oder zwölf Monate alten Kindes entsprach – eine Folge der isolierenden Bedingungen sei, unter denen dieser in der Wildnis aufgewachsen war.

Zielten seine pädagogischen Bemühungen anfangs noch auf die Zivilisierung eines „Wilden“, so scheint Itard sich in seinem zweiten Bericht nach zahlreichen gescheiterten Erziehungs- und Unterrichtsversuchen der Diagnose Pinels anzunähern: Sein abgeändertes pädagogisches Programm, das er in der Folge an einer Reihe weiterer Fälle verwahrloster und „idiotischer“ Kinder erprobte, folgte nun einem entwicklungsorientierten Ansatz der Förderung und Unterstützung einzelner körperlicher und psychischer Funktionen. Séguin, Leiter der ersten französischen Sonderschule für „idiotische“ Kinder und Verfasser des ersten Lehrbuchs der „Idiotenerziehung“, erklärte Itard daher zu seinem wichtigsten Vorläufer und zum eigentlichen Entdecker der „didaktischen Behandlung der Idiotie“ (Séguin, 1912, S. 39).

Der heute stark negativ konnotierte Begriff der „Idiotie“ wurde von Séguin abgeleitet von dem griechischen Wort ἰδιος (idios): Es „bezeichnet den Zustand eines Menschen, der, seines Verstandes beraubt, allein ist, gewissermaßen isoliert von der übrigen Natur“ (Séguin, 2011, S. 35). Nach Séguin hing der psychische Zustand eines „Idioten“ weniger von seinem ursprünglichen Gebrechen ab, sondern:

„von den moralischen Bedingungen, in die man ihn verbannt hat, von dem Mehr oder Weniger der intellektuellen Kultur und der liebevollen Zuneigung, die er in seiner Familie vorgefunden hat, von dem Mehr oder Weniger des Charakters seiner Lehrmeister, dem Mehr oder Weniger der schlechten Behandlung und der Brutalität seiner Aufsichtspersonen, dem Mehr oder Weniger der Einsamkeit, in der er weit entfernt von den Menschen und den Dingen gehalten wurde.“ (Séguin, 2011, S. 118)

An diesen Gedanken Séguins knüpfte Montessori an, als sie sich 1898 als Assistenzärztin in der psychiatrischen Abteilung der römischen Universitätskinderklinik für die Erziehung der dort untergebrachten „idiotischen“ Kinder zu interessieren begann: Sie beobachtete, dass eine Gruppe von Kindern ihr Brot lieber zum Spielen nutzte, als es zu essen. Was vom Klinikpersonal als Ausdruck ihrer Idiotie gedeutet wurde, interpretierte Montessori als Bedürfnis der Kinder nach „geistiger Nahrung“, da es in dem Raum, in dem sie verwahrt wurden, keinerlei Dinge gab, mit denen sie sich sinnvoll hätten beschäftigen können.

Die zum Teil unhaltbaren Zustände in Waisenhäusern, Kinderkliniken und anderen Fürsorgeeinrichtungen, wie sie auch Montessori in Rom erlebt hat, führten zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu ersten Untersuchungen, die nach den Gründen für die erhöhte Kindersterblichkeit in diesen Anstalten fragten. Bei Säuglingen und Kleinkindern unter zwei Jahren betrug diese bspw. in US-amerikanischen Findelhäusern um die Jahrhundertwende zwischen 32 und 75 Prozent (vgl. Chapin, 1915, S. 1–2), in manchen Einrichtungen nach zwei Jahren sogar bis zu 100 Prozent. Machte man anfangs noch hygienische Bedingungen und Ernährungsprobleme für diese dramatischen Zahlen verantwortlich, wurde bald deutlich, dass die beiden Hauptrisikofaktoren die anregungsarme Umgebung und die Abwesenheit der Mutter waren. Spitz (1945, 1946) konnte in verschiedenen Untersuchungen über amerikanische und mexikanische Säuglingsheime in den 1940er Jahren zeigen, dass vor allem der frühe Entzug affektiver Zuwendung massive Auswirkungen auf die psychische und körperliche Entwicklung der Kinder hatte:

“It is true that the children in Foundling Home are condemned to solitary confinement in their cots. But we do not think that it is the perceptual stimulation in general that counts in their deprivation. We believe that they suffer because their perceptual world is emptied of human partners, that their isolation cuts them off from any stimulation by any persons who could signify mother-representatives for the child at this age.” (Spitz, 1945, S. 68)

Diese Ergebnisse haben in den 1950er Jahren zur Entwicklung des Bindungsbegriffs und zur Grundlegung der Bindungstheorie bei Bowlby und Ainsworth beigetragen. Der isolationsbedingte Mangel an sozialer Stimulation führte bei den Kindern zu einem zunehmenden Verfall. Auf das emotionale Verhungern folgten Appetitverlust, Kontaktverweigerung, Schlaflosigkeit, gesteigerte Infektionsanfälligkeit bis hin zum Tod. Spitz bezeichnet diesen Zustand der emotionalen Deprivation als ‚Hospitalismus-Syndrom‘, dessen Abfolge von Symptomen er in den 1950er Jahren in Analogie zur länger andauernden Stressbelastung nach Selye (1950) beschreibt (vgl. Spitz, 1967, S. 292). In den 1960er Jahren stellt er diesen psychotoxischen Entwicklungsstörungen den Begriff des Dialogs gegenüber, den er als einen fortlaufenden Rückkopplungsprozess mit einer lebenden und emotional sensitiv reagierenden Umwelt versteht (vgl. Spitz,

1976, S. 22). Er stellt fest, dass auch ein ‚Zuviel‘ an affektiver Zufuhr psychotoxisch wirken kann, sodass der Dialog entgleist und dann zu einer emotionalen Überforderung führt. Dies sei bspw. in Situationen der Überbehütung oder bei Eltern zu beobachten, die ein affektiv ‚undiszipliniertes‘ Verhalten zeigten, das oft durch verdrängte Aggressionen, Schuldgefühle oder narzisstische Bedürfnisse geprägt sei (vgl. Spitz, 1976, S. 83–84; siehe auch Niedecken, 2003).

Die Auswirkungen extremer und lang andauernder Isolation bei Erwachsenen sind äußerst vielfältig und unterscheiden sich zum Teil von den Folgen frühkindlicher Isolation. Trotz aller individuellen Unterschiede lassen sich typische Phasen der Verarbeitung extremer Isolationserfahrung bei Erwachsenen beschreiben, die sowohl in der Literatur (Defoe, 1881; Tournier, 1982) als auch in der psychologischen Forschung (Haggard, 1964, S. 452–453) und in der Philosophie (Deleuze, 1993, S. 364–385) thematisiert werden. Gut dokumentierte Beispiele finden sich u.a. in Interviews, Aufzeichnungen und Berichten von schiffbrüchigen Seeleuten, Forschungsreisenden der Wildnis, von Wüsten und der Arktis oder Antarktis, Gefangenen in Einzelhaft, KZ-Häftlingen und Astronaut*innen. In der Regel durchlaufen Menschen unter diesen Bedingungen tiefgreifende Krisen und Persönlichkeitsveränderungen und zeigen Symptome psychischer Erkrankungen wie Halluzinationen, schwere Angstzustände, stark ritualisiertes Verhalten oder Depressionen.

Die ersten experimentellen Studien zur Isolation wurden 1951 von Hebb und seinem Team an der McGill University in Montreal durchgeführt (vgl. Heron, 1957, S. 52). Sie wurden finanziert durch das kanadische Militär und dienten offiziell der Untersuchung möglicher negativer Auswirkungen und Fehlerquellen monotoner Tätigkeiten wie der Überwachung von Radarmonitoren durch das technische Militärpersonal. Sie standen aber auch im Zusammenhang mit militärischen und geheimdienstlichen Untersuchungen zur Isolationsfolter und daher im Verdacht, der Weiterentwicklung solcher Foltermethoden zu dienen. Haggard stellt fest, dass die Anzahl der Folgeuntersuchungen so groß war, dass es schon 1964 kaum mehr möglich erschien, sie alle zu überblicken und zusammenzufassen (vgl. Haggard, 1964, S. 434). In den meisten Fällen diente eine Art ‚Isolationskammer‘ dazu, die Versuchspersonen in einen Zustand mehr oder weniger vollkommener sensorischer Deprivation zu versetzen, indem ihnen bspw. durch eine spezielle Milchglas-Brille das Erkennen von visuellen Mustern oder Objekten unmöglich gemacht, sie in ihren körperlichen Bewegungsmöglichkeiten stark eingeschränkt, ihre taktile Wahrnehmung durch Handschuhe oder Röhren an den Armen verwehrt und auditive Reize entweder komplett abgeschirmt oder die auditiven Wahrnehmungsmöglichkeiten durch das Einspielen von sogenanntem ‚Weißen Rauschen‘ über Lautsprecher massiv irritiert wurden. Diese experimentellen Versuche unterscheiden sich durch ihre Freiwilligkeit, die begrenzte Dauer und das Wissen der Versuchspersonen um die Laborsituation selbstverständlich grundlegend von den zuvor beschriebenen extremen Isolationserfahrungen. Viele Versuchspersonen berichteten dennoch, dass sie schon nach wenigen Stunden zum Teil starke Gefühlsschwankungen erlebten, optische und akustische Halluzinationen wahrnahmen, außerdem fremde Bewegungen und Berührungen sowie eine veränderte Körperwahrnehmung hatten (Heron, 1957). An diese Forschungsergebnisse schließt Jantzen in den 1970er Jahren an, um ausgehend von kategorialen Analysen des Behinderungsbegriffs zu einer allgemeinen, theoretischen Grundlegung von Isolation als subjektwissenschaftlicher Kategorie für das Verständnis von Behinderung und psychischer Krankheit zu gelangen, die im nun folgenden Abschnitt 2 behandelt wird.

2. Kulturhistorisch-materialistische Behindertenpädagogik: Isolation als kategorialer Kern von Behinderung

Im Rahmen der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik wird der Isolationsbegriff erkenntnistheoretisch und methodologisch weiter ausgearbeitet und in seiner praktischen wie politischen Relevanz entfaltet. Behinderung wird hier *erstens* als Entwicklungsprozess und *zweitens* als Verhältnis von mindestens drei Systemebenen – biologischer, psychischer und sozialer/gesellschaftlicher Ebene – konzipiert, die *drittens* als Resultat von Austauschprozessen zwischen Individuum und Umwelt analysiert werden. In seiner relationalen und dialektischen Ausrichtung ist der Isolationsbegriff der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik die vielleicht elaborierteste theoretische Bestimmung des

Wirkungszusammenhangs zwischen Behinderung und Isolation. Als synthetische Humanwissenschaft bietet sie mit Blick auf die begrifflichen und methodologischen Probleme der aktuellen Isolationsforschung eine theoretische Grundlage, anhand derer aktuelle Forschungsergebnisse kategorial eingeordnet werden können. Darüber hinaus eröffnet sie durch die Bestimmung von Isolation als kategorialer Kern von Behinderung die Möglichkeit einer dynamischen und mehrperspektivischen Analyse des Behinderungsbegriffs.

In Jantzens grundlegendem Entwurf „Materialistische Erkenntnistheorie, Behindertenpädagogik und Didaktik“ aus dem Jahr 1976 wird bereits im ersten Absatz die Notwendigkeit betont, Behinderung nicht als abstrakte Kategorie zu begreifen, sondern als „Lebensprozess von wirklichen Menschen“ (Jantzen, 1976, S. 15) und damit in ihrer „Bewegung innerhalb gesellschaftlicher Totalität in ihren vielfältigen natürlichen wie gesellschaftlichen Wechselbeziehungen“ (Jantzen, 1976, S. 15). Mit Marx (6. These über Feuerbach) wird das menschliche Wesen hier nicht als ein „dem einzelnen Individuum innewohnendes Abstraktum“ begriffen, sondern in seiner Wirklichkeit als das „Ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (Marx, 1969, S. 6). Mit einer so angelegten Konzeption, die die dynamisch-prozesshafte und soziale Seite von Behinderung in den Mittelpunkt stellt, widerspricht die materialistische Behindertenpädagogik der in der traditionellen Sonderpädagogik vorherrschenden Sichtweise von Behinderung als ‚Behinderung der Bildungsmöglichkeit‘ (Löwisch), ‚Erziehungshemmung‘ (Glawe) oder ‚Störung der Bildsamkeit‘ (Bleidick) und der daran anschließenden Unterscheidung von ‚absoluter‘ oder ‚relativer Behinderung‘ und ihrer weiteren Unterteilung in ‚Sparten‘ (vgl. Bleidick, 1972, S. 194–195). Behinderung wird hier als gesellschaftliche Seite eines individuellen Schädigungsprozesses verstanden, die als sozialer Gegenstand überhaupt erst von dem Zeitpunkt an existiert, in dem bestimmte individuelle Merkmale in sozialer Interaktion und Kommunikation zu bestimmten gesellschaftlichen Minimalvorstellungen über individuelle und soziale Fähigkeiten in Beziehung gesetzt werden (vgl. Jantzen, 1976, S. 15).

Um diese Wirklichkeit theoretisch zu erfassen und sie im Sinne der von Marx in den „Grundrissen der Kritik der politischen Ökonomie“ (1857/1858) dargelegten Methode des Aufsteigens „vom Abstrakten zum Konkreten“ (Marx, 1974, S. 21–22), gedanklich anzueignen, bedarf es einer ‚verständigen Abstraktion‘, die das Allgemeine des Behinderungsbegriffs hervorhebt und im weiteren Verlauf der kategorialen Analyse zum ‚Gedankenkonkretum‘ wird, das das Besondere der „Einheit des Mannigfaltigen“ (Marx, 1974, S. 21–22) enthält. Eine solche ‚Ausgangsabstraktion‘ als kategorialer Kern von Behinderung stellt der Begriff der Isolation dar:

„Isolation ist als Kategorie zu begreifen, die als allgemeinste Abstraktion die Totalität von Identitätszerstörung, Behinderung, Zerstörung des Subjekts widerspiegelt. Sie bezieht sich auf organische wie psychische wie soziale Fakten, die im Aufstieg vom Abstrakten zum Konkreten in ihren je unterschiedlich historisch-strukturellen Zusammenhängen als Erscheinungen der Isolation begreifbar werden. Isolation trennt das Individuum als je konkret-historisches von der umfassenden Aneignung des gesellschaftlichen Erbes, von der umfassenden Realisierung seines menschlichen Wesens als Ensemble gesellschaftlicher Verhältnisse. Isolation meint damit die Störung des Stoffwechselprozesses des menschlichen Individuums mit Natur und Gesellschaft durch Arbeit und Kooperation.“ (Jantzen, 1978, S. 123–124)

Behinderung wird damit unabhängig von jeder historischen, gesellschaftlichen oder individuellen Form als Entwicklung unter isolierenden Bedingungen begreifbar. Nicht die Behinderung ist Ursache einer Störung, sondern es sind umgekehrt die gestörten Austauschbeziehungen, die ideologisch wie dialektisch das Bild einer Behinderung hervorbringen.

Dieses Verständnis von Behinderung steht in der philosophischen Tradition des dialektischen Materialismus und verweist auf die zentralen Marxschen Begriffe ‚Arbeit‘ und ‚Aneignung‘, sowie auf die mit diesen verbundene Kategorie der ‚Entfremdung‘: Vor jeder gesellschaftlichen Formbestimmung wird ‚Arbeit‘ in seinem Hauptwerk „Das Kapital“ (1867) als basale menschliche Lebenstätigkeit definiert: als „ein Prozess zwischen Mensch und Natur, ein Prozess, worin der Mensch seinen Stoffwechsel mit der Natur durch seine eigene Tat vermittelt, regelt und kontrolliert“ (Marx, 1962, S. 192). Im Arbeitsprozess wirkt der Mensch auf seine Umwelt ein, eignet sich diese an und bringt sie als menschliche Umwelt überhaupt erst hervor – und

umgekehrt. „Das Innere (das Subjekt) wirkt über das Äußere und verändert damit sich selbst“, so Leont’ev (1982, S. 174). Der Mensch findet die Welt nur in Form historisch entstandener sozialer Verhältnisse und Produktionsverhältnisse vor. Arbeit und menschliche ‚Selbstproduktion‘ sind somit immer schon kulturhistorisch bestimmt (vgl. Bayertz, 2018, S. 84).

Unter kapitalistischen Produktionsverhältnissen werden die menschliche Arbeitskraft ebenso wie das Arbeitsprodukt zur Ware. Selbst in seiner Aneignung der Welt erfährt der Mensch sich nicht mehr als Urheber (vgl. Fromm, 1980, S. 49): Seine Produkte, der Produktionsprozess und sein gesamtes Verhältnis zur Natur, zu anderen Menschen und zu sich selbst sind ihm entfremdet (vgl. Marx, 1980, S. 84–98). Dieses Verständnis von Entfremdung verweist wie der Isolationsbegriff auf eine Störung der Austauschbeziehungen zwischen dem tätigen Subjekt und Natur wie Gesellschaft. Isolation entsteht erst innerhalb von „isolierenden Bedingungen, die das Individuum seiner umfassenden menschlichen Möglichkeiten in der Realisierung seines Gattungswesens, der umfassenden Partizipation am vergegenständlichten menschlichen Wesen im Ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse berauben“ (Jantzen, 1990, S. 714). Der Isolationsbegriff fungiert hier als „dialektischer Gegensatz zur Partizipation am gesellschaftlichen Erbe“ (Jantzen, 1976, S. 24) und lässt auf diese Weise den behindernden Charakter isolierender Bedingungen für Entwicklungsprozesse und die dadurch entstehende Störung der Austauschbeziehungen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene konkreter und prägnanter fassen als der Entfremdungsbegriff bei Marx (vgl. Jantzen, 1976, S. 24L; siehe auch Prosetzky, 2009).

Während die Marxschen Begriffe ‚Arbeit‘, ‚Aneignung‘ und ‚Entfremdung‘, bezogen auf die gesellschaftliche Ebene und auf die sozioökonomische Realität von behinderten Menschen, zur Definition von Behinderung als „Arbeitskraft minderer Güte“ (Jantzen, 1980, S. 136–137) führen, bezieht sich der Isolationsbegriff als „allgemeine Kategorie des gestörten Stoffwechsels des Menschen mit der Natur“ (Jantzen, 1979, S. 36) auf veränderte Formen der Aneignung von Welt, entsprechend der Entwicklungstheorie der kulturhistorischen Schule der russischen Psychologie (Vygotskij, Leont’ev, Lurija). Diese bildet die theoretische Grundlage der Fassung des Isolationsbegriffs innerhalb der Übergänge zwischen biologischer, psychischer und sozialer Ebene.

Die Grundannahme der kulturhistorischen Entwicklungstheorie besteht darin, dass die menschliche Ontogenese eine Synthese von sozialen und biologischen Entwicklungslinien leistet. Vygotskij macht bereits 1925 in seinem Text „Die Krise der Psychologie in ihrer historischen Bedeutung“ auf die Notwendigkeit einer Überwindung der cartesianischen Trennung von Leib und Seele, Körper und Geist, und damit verbunden auch der Trennung von Natur und Kultur als zentrale Aufgabe der Entwicklung einer „Dialektik der Psychologie“ (Vygotskij, 2003a, S. 281) aufmerksam.

Kulturhistorische Theorie setzt sich entsprechend programmatisch mit der Frage auseinander, wie Natur und Soziales miteinander verbunden sind und wie die ‚innere‘ Entwicklung des menschlichen Bewusstseins mit der ‚äußeren‘ sozialen Welt zusammenhängt. Statt Entwicklung auf eine Entfaltung von Erbanlagen oder eine Anpassung an die Umwelt zu reduzieren, setzt Vygotskijs Ausgangsüberlegung zum Wesen menschlicher Entwicklung bei der sozialen Verdoppelung von individueller Erfahrung an. Menschen, so sein Grundgedanke, eignen sich im sozialen Austausch kulturell und historisch die Erfahrungen anderer Menschen an (vgl. Vygotskij, 2003a, S. 288). Eine so verstandene Partizipation am gesellschaftlichen Erbe findet bereits im Säuglingsalter statt, vermittelt in und über menschliche Beziehungen: „Der erste Kontakt des Kindes mit der Realität (selbst bei den elementarsten biologischen Funktionen) ist also bereits durch und durch sozial vermittelt“ (Vygotskij, 2003b, S. 108). Entsprechend verläuft der gesamte Prozess der kulturellen Entwicklung in der Form, dass alle psychischen Funktionen in ihrer Entwicklung zunächst zwischenmenschlich in sozialer Form existieren, bevor sie interiorisiert werden und als innere Tätigkeit erscheinen. Dies ist der Kern der kulturhistorischen Entwicklungspsychologie: Durch andere Personen und über den Austausch mit ihnen wird eine Person sie selbst (vgl. Vygotskij, 2003c, S. 630–631). Dabei werden biologische Faktoren der Entwicklung nicht negiert, sondern von Beginn an in einem Wechselwirkungsverhältnis zur sozialen Umwelt betrachtet. Soziale Felder wirken im Prozess der psychischen Entwicklung auf die Biologie des Menschen, der von Beginn an sozial auf andere Menschen ausgerichtet ist (vgl. Vygotskij, 2001a). So ist die soziale Entwicklungssituation nicht nur Voraussetzung,

sondern formgebend für die biologische Entwicklung: „die gesellschaftlichen Formen des Lebens zwingen das Gehirn, auf neue Weise zu arbeiten, sie lassen qualitativ neue funktionelle Systeme entstehen“ (Lurija, 1978, S. 647).

Vygotskij nimmt keine wie auch immer geartete Beeinträchtigung als primär behindernden Faktor in den Fokus, sondern die in der Folge veränderte soziale Entwicklungssituation. Die Beeinträchtigung „verändert nicht nur die Beziehung eines Menschen zur natürlichen Umwelt, sondern wirkt sich vor allem auf seine Beziehungen zu anderen Menschen aus“ (Vygotskij, 1975, S. 65). Behinderung ist nach Vygotskij immer eine Relation, eine Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umgebung. Innerhalb dieses relationalen Verhältnisses entsteht Behinderung, genauso wie sie dort aufgehoben werden kann. Begrifflichkeiten wie ‚Defektivität‘ oder ‚Defizit‘ sind aus dieser Sicht soziale Vorstellungen, die zu einer entsprechenden gesellschaftlichen Praxis gehören: „In unseren Händen liegt es, so zu handeln, dass das gehörlose, das blinde und das schwachsinnige Kind nicht defektiv sind. Dann wird auch das Wort selbst verschwinden, das wahrhafte Zeichen für unseren eigenen Defekt“ (Vygotskij, 1975, S. 72). Im Kern handelt es sich hierbei also bereits um ein soziales Modell von Behinderung, in Abgrenzung zu einem medizinischen (individualistischen) Modell.

Entscheidend für die Entwicklung ist aus Sicht der kulturhistorischen Psychologie nicht die Beeinträchtigung und damit ein etwaiges Defizit, sondern das dadurch veränderte Verhältnis zu einer kulturhistorisch vorgefundenen Umwelt. Zum Problem wird eine Beeinträchtigung erst dann, wenn die Umwelt diesem veränderten Verhältnis zur Welt nicht gerecht wird oder angemessen darauf antwortet. In Vygotskijs Konzeption entsteht Behinderung somit erst, wenn ein Mensch aufgrund seiner Beeinträchtigung „aus seiner kulturellen Umgebung, aus dem Stoffwechsel mit der Umwelt herausfällt“ (Vygotskij, 2001b, S. 126). Gelingt in einer sozialen Entwicklungssituation keine angemessene Verbindung zwischen Kind und sozialem Kollektiv, im Sinne einer Zone der nächsten Entwicklung (Vygotskij, 2002), kann dies zu „sekundären Komplikationen“ (Vygotskij, 2001a, S. 126) führen, die fälschlicherweise der Beeinträchtigung zugeschrieben werden, jedoch im Kern das Resultat fehlender Kooperation und Partizipation sind. Entsprechend formuliert Vygotskij: „Alle eindeutig psychologischen Besonderheiten des defektiven Kindes sind ihrer Grundlage nach nicht biologischer, sondern sozialer Natur“ (Vygotskij, 1975, S. 71).

Die kulturhistorisch-materialistische Behindertenpädagogik verdichtet die beschriebenen Begrifflichkeiten und theoretischen Ansätze im Begriff der Isolation und erweitert diesen um systemtheoretische und kybernetische Überlegungen zu Rückkopplungsprozessen mit der Umwelt (Jantzen, 1979, 1992). Die Störung der Austauschprozesse wird dadurch noch einmal präzisiert und als Bruch oder Störung eines systemischen Fließgleichgewichts (Homöostasis) mit der lebendigen Umwelt verstanden – nicht nur im Sinne eines Mangels oder eines Ausbleibens von sozialen Kontakten, sondern auch von Überstimulation, Reizüberflutung oder generell von psychischer Überforderung und Stress.

Jantzen fasst in Bezug auf das Verhältnis von Isolation und Behinderung zusammen, dass „die unterschiedlichen Formen der Isolation tiefgreifende Folgen haben und all jene Krankheitsbilder hervorbringen können, die man bis dahin nahezu ausschließlich endogenen Prozessen zugeschrieben hatte“ (Jantzen, 1992, S. 271). Isolation als „relationales Gefüge zwischen Individuum und gesellschaftlicher Umwelt“ (Jantzen & Meyer, 2014, S. 38) wird nach Vygotskij entsprechend dem Grundgesetz menschlicher Entwicklung interiorisiert und es kommt zu Formen der inneren Reproduktion der Isolation, die für Jantzen den Grundstein psychopathologischer Entwicklung bilden können. Daraus entstehende Entwicklungspfade werden als sinn- und systemhafter Aufbau psychischer Prozesse unter Bedingungen der Isolation aufgefasst. Tätigkeit im Kontext isolierender Bedingungen stellt daher immer den Versuch seitens des Individuums dar, der Isolation und dem damit einhergehenden Stress vor dem Hintergrund der noch zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten zu begegnen.

3. Aktuelle Forschungsperspektiven

In den letzten zwanzig Jahren ist besonders in der angloamerikanischen Debatte um psychische Gesundheit und Wohlbefinden ein wachsender Forschungszweig entstanden, der sich ausgehend von klassischen sozialpsychologischen Themen wie sozialer Ausgrenzung und Exklusion mittlerweile auch explizit mit dem Problem sozialer Isolation beschäftigt (Cacioppo & Hawkley, 2009; Cacioppo et al., 2011). Negative Auswirkungen von Isolationshaft auf die psychische Gesundheit des Menschen sind hinlänglich bekannt und dokumentiert (Metzner & Fellner, 2010), auch dass besonders lange Phasen einer solchen sozialen Isolation mit extremen psychischen Stressphasen und psychiatrischen Folgen verbunden sind (Grassian, 2006). Mittlerweile zeigt eine Reihe von Langzeitstudien, wie tiefgreifend sich soziale Isolation auf die menschliche Gesundheit auswirkt. Innerhalb dieser Forschungen wird kategorial zwischen einer ‚objektiven‘ und einer ‚subjektiv wahrgenommenen‘ Isolation („perceived isolation“) unterschieden. Letztere wird auch häufig unter dem Begriff ‚Einsamkeit‘ gefasst. Insofern kann bei den zugrunde gelegten Kategorien nicht von einem theoretischen Unterbau wie beim Isolationsbegriff der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik gesprochen werden. Jedoch verdeutlichen die Ergebnisse die Notwendigkeit empirischer Forschungen in diesem Bereich (Cacioppo et al., 2011). So treten neben Depressionen und erhöhter Suizidgefahr auch psychische Reaktionen auf, die mit signifikanten Einschränkungen der kognitiven und exekutiven Funktionen von Betroffenen einhergehen (Cacioppo & Hawkley, 2009). Dabei lassen sich auch organische Schädigungen in den Regionen des präfrontalen Kortex nachweisen (De Bellis, 2005; Perry, 2002). Entsprechend der Funktion des präfrontalen Kortex erscheint es nicht sonderlich gewagt, darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen Bedingungen sozialer Isolation und niedrigen IQ-Testergebnissen, kognitiven Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten herzustellen (Steffens, 2020; Wilkerson et al., 2008). Entsprechende Forschungen haben damit das Potenzial, zu einem besseren Verständnis der Relationen von intellektueller Behinderung, psychischer Erkrankung und sozialem Ausschluss beizutragen.

Solche negativen Auswirkungen isolierender Bedingungen zeigen sich auch in Situationen extremer Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend, die zu deutlichen Regressionen im Hirnwachstum bei Betroffenen führen können (Mackes et al., 2020). Bei sozial isolierten Kindern lässt sich ein signifikant höheres Risiko feststellen, zwanzig Jahre später unter gesundheitlichen Problemen zu leiden, unabhängig von Faktoren wie dem sozial-ökonomischen Status oder anderen Gesundheitsrisiken (Caspi et al., 2006). Einige Langzeitstudien, die den schädigenden Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung dokumentieren, betrachten soziale Isolation aus diesem Grund als Risikofaktor für die Gesundheit in den Dimensionen Bluthochdruck, Fettleibigkeit und Tabakrauchen (Cacioppo et al., 2011). Bei älteren Menschen, die in Altenheimen, Pflegeeinrichtungen oder zuhause in soziale Isolation geraten, verdoppelt sich das Risiko an Alzheimer zu erkranken (Wilson et al., 2007). Auch gibt es Anzeichen für einen Zusammenhang zwischen erhöhten Entzündungswerten und sozialer Isolation (Smith et al., 2020).

Das Gesamt dieser Ergebnisse liefert ausreichende Indizien, die Forderung nach intensiver interdisziplinärer Grundlagenforschung zum Thema Isolation und deren Auswirkungen auf den Menschen zu rechtfertigen. Denn trotz all dem ist immer noch zu wenig über die psychobiologischen Hintergründe bekannt, die das Erleben sozialer Isolation zu diesem immensen Gesundheitsrisiko werden lassen: „Our understanding of how and why social isolation is risky for health – or conversely – how and why social ties and relationships of health, still remains quite limited“ (House, 2001, S. 273). Insbesondere die Situation von behinderten Menschen ist bisher unzureichend erforscht: „Loneliness is significantly related to health and wellbeing. However, there is little information on the prevalence of loneliness among people with disability or the association between disability, loneliness and wellbeing“ (Emerson et al., 2021, S. 1).

Aufschlussreich für die weitere Klärung dieses Problems erscheinen Forschungen, deren theoretischer Ausgangspunkt die Annahme ist, dass gelingende interpersonelle Beziehungen und das Bedürfnis nach Zugehörigkeit zu anderen Menschen universell beim Menschen vorhanden sind (Kurzban & Leary, 2001). Baumeister und Leary (1995) gehen hier von einem ‚need to belong‘ aus und definieren diesen als ein fundamentales biologisches Grundbedürfnis. Sie argumentieren dabei u.a. mit der evolutionären und stammesgeschichtlichen Entwicklung der menschlichen Gattung, in der ein Ausschluss aus dem sozialen

Gruppengefüge sich für Kinder wie für Erwachsene über weite Strecken der Gattungsgeschichte als unmittelbar lebensgefährlich gestaltet habe.

Die Ostracism-Forschung um Forscher*innen wie Williams hat diese Grundannahme zum Anlass genommen, vermehrt auch Situationen misslingender Beziehungen und fehlender Zugehörigkeit zu untersuchen. Der Begriff ‚Ostracism‘ wird dabei auf ein weites Spektrum sozialer Ausgrenzungserfahrungen von Ablehnung, Ignoranz und Mobbing bezogen und besonders in der Schule, am Arbeitsplatz und innerhalb persönlicher Beziehungen untersucht (Williams, 2001, 2009). Unter anderem wurde der Versuch unternommen, über ein Format, das in der Ostracism-Forschung mittlerweile als ‚Cyberball-Paradigma‘ beschrieben wird (Williams & Nida, 2011), künstlich eine Situation herzustellen, in der Personen sich ausgeschlossen oder ignoriert fühlen (Eisenberger et al., 2003). Unter Laborbedingungen und durch bildgebende Verfahren der fMRT lässt sich in solchen experimentellen Situationen sozialer Ausgrenzung eine deutlich erhöhte Aktivität derjenigen Hirnregionen beobachten, die üblicherweise bei körperlichen Schmerzen aktiviert werden. Der sogenannte ‚Overlap‘ von psychischen und physischen Schmerzen besteht in bis zu 90 Prozent übereinstimmender neuronaler Aktivierung und hat zu der Begrifflichkeit ‚sozialer Schmerz‘ (social pain) geführt (Eisenberger, 2015). Bereits die Sorge, in der nahen Zukunft abgelehnt oder ausgeschlossen zu werden, kann zu einer messbaren Schwächung des Immunsystems führen (Dickerson et al., 2009). Ohne die Ergebnisse dieser Studien an dieser Stelle weiter interpretieren zu können, verdeutlichen sie doch, wie tiefgreifend nicht gelingende soziale Beziehungen auf die Einheit von Körper, Gehirn und Geist wirken.

4. Diskussion: Kulturhistorisch-materialistische Behindertenpädagogik und Disability Studies

Weder spielt die Kategorie ‚Behinderung‘ in der aktuellen Isolationsforschung eine nennenswerte Rolle, noch findet die Kategorie der ‚Isolation‘ in den Disability Studies hinreichend Beachtung: Eine Stichwortsuche nach dem Begriff ‚isolation‘ auf der Website des international renommierten Fachjournals *Disability Studies Quarterly* (<https://dsq-sds.org>) in den Jahrgängen 2000 bis 2020 führt weder unter *keywords* noch bei *title* zu einem Ergebnis. Dieselbe Suche in den Jahrgängen 2000 bis 2020 der Zeitschrift *Disability & Society* (<https://www.tandfonline.com/toc/cdso20/current>) ergibt fünf Treffer bei *title* und drei bei *keywords*. Dasselbe Bild zeichnet sich in einschlägigen internationalen Lehrbüchern, Handbüchern und Enzyklopädien ab.

‚Isolation‘ wird in den Disability Studies vornehmlich als eine strukturelle und statische Kategorie aufgegriffen, nicht dynamisch oder entwicklungsbezogen, so z.B. im *Routledge Handbook of Disability Studies* (Watson et al., 2012) oder in dem von Davis 2017 (5. Aufl.) herausgegebenen Band *The Disability Studies Reader* ab. Und Ähnliches gilt auch für den Großteil deutschsprachiger Handbücher und Lehrwerke zu den Disability Studies (Brehme et al., 2020; Dederich, 2012; Hermes & Köbsell, 2003; Rathgeb, 2012; Waldschmidt & Schneider, 2007; Weisser & Renggli, 2004). Kam das Stichwort in dem 2001 erschienenen *Handbook of Disability Studies* (Albrecht et al., 2001) weder im Inhaltsverzeichnis noch im Stichwortregister vor, so definiert Pabst in der fünf Jahre später publizierten *Encyclopedia of Disability* (Albrecht et al., 2006) den Terminus ‚Isolation‘ als freiwilligen oder unfreiwilligen Mangel an Kontakt mit anderen in der Gemeinschaft (vgl. Pabst, 2006, S. 979). Körperliche Einschränkungen könnten eine Person z.B. daran hindern, ihr Haus zu verlassen oder Einrichtungen zu erreichen, um ihren geschäftlichen oder anderen sozialen Tätigkeiten nachzugehen; psychische oder verhaltensmäßige Bedingungen könnten eine Person daran hindern, zufriedenstellende Beziehungen zu anderen Menschen in ihrem Umfeld aufzubauen. Es gebe aber auch Menschen, die sich nach Einsamkeit sehnten und sich selbst so weit wie möglich von der Gemeinschaft isolierten. ‚Isolation‘ wird in dieser Definition zum einen als Effekt von Barrieren und mangelnder Unterstützung durch soziale Netzwerke interpretiert, zum anderen wird der enge Zusammenhang von sozialer Isolation und Einsamkeit betont. Letztere wird von Pabst auch als eine Art unerwünschte Nebenwirkung der Deinstitutionalisierungsbewegung der 1970er Jahre gedeutet, in deren Folge einige Menschen mit Behinderung vom Gemeinschaftsleben abgeschnitten und in ihren Wohnungen isoliert worden seien (vgl. Pabst, 2006, S. 979).

Oft wird der Isolationsbegriff im Kontext der Disability Studies synonym verwendet mit Ausschluss, Ausgrenzung, Separation, Marginalisierung, institutioneller Segregation, fehlender gesellschaftlicher Teilhabe, eingeschränkten sozialen Kontakten oder Interaktionen. Diese Bedeutungsvielfalt und seine eher alltagsbegriffliche Verwendung, in der die unterschiedlichsten Phänomene sozialer Exklusion problematisiert werden, sind Hinweise darauf, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Isolationsbegriff und der Isolationsforschung in den Disability Studies noch ein Desiderat darstellt: Eine theoretische Fundierung des Isolationsbegriffs steht ebenso aus, wie die systematische Erforschung und Einordnung von Isolationsphänomenen im Zusammenhang mit Behinderung. Dabei ist allerdings festzustellen, dass die im vorangegangenen Abschnitt angeführten Forschungsperspektiven zu Ostracism, Social Pain und Belonging in den letzten Jahren auch hier allmählich Eingang in empirische Untersuchungen gefunden haben (z.B. Lampard & Bunsell, 2019; Macdonald et al., 2018; Tarvainen, 2021; Olsen, 2018).

Eines der wenigen, recht frühen Beispiele für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Isolationsbegriff im Kontext der Disability Studies ist die gegen Ende der 1970er Jahre durch die Innsbrucker „Initiativgruppe von Behinderten und Nichtbehinderten“ angestoßene Diskussion zum Thema „Isolation ist nicht Schicksal“ (Initiativgruppe, 1982): Bereits 1977 rekurriert die Gruppe auf ein soziales Modell von Behinderung und bezieht sich dabei sowohl auf soziologische Studien als auch auf pädagogisch-psychologische Ansätze der Isolationsforschung, wenn sie schreibt: „Wir glauben, dass die Isolation der Behinderten von den Nichtbehinderten nicht die Schuld des Einzelnen ist, sondern einer gemeinsamen gesellschaftlichen Isolation entspricht und auch beide – Nichtbehinderte und Behinderte – betrifft. Diese Isolation voneinander kann nur durch die Betroffenen selbst geändert werden“ (zit. n. Initiativgruppe, 1982). Zur Diskussion gestellt wird in diesem Text auch die Frage nach den praktischen und politischen Konsequenzen der Isolationsforschung für die Aufhebung isolierender Bedingungen, die mit Freire (1973) dahingehend beantwortet wird, dass dem Phänomen weder durch gelegentliche Untersuchungen oder politische Enquêtes beizukommen sei, noch durch Kopf-in-den-Sand-Stecken, sondern durch die kontinuierliche Analyse und Kritik jener Verhältnisse, die Isolation hervorbringen: Nur die Veränderung dieser Verhältnisse durch die Isolierten selbst und mit ihnen könne dem Phänomen beikommen (vgl. Initiativgruppe, 1982).

Dass in den deutschsprachigen Disability Studies vierzig Jahre später sowohl der Isolationsbegriff als auch das in der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik daraus abgeleitete Verständnis von Behinderung kaum noch erwähnt werden (vgl. Brehme et al., 2020), hat sicherlich vielfältige Gründe, von denen hier abschließend drei Aspekte kurz diskutiert werden sollen:

(1) Ein erster Grund liegt vermutlich in der fachlichen Abgrenzung der Disability Studies von den sogenannten „Anwendungswissenschaften“ wie Medizin, Psychologie und Pädagogik, deren hauptsächliches Erkenntnisinteresse in der „Verhütung, Beseitigung oder Linderung von gesundheitlichen Schädigungen oder Beeinträchtigungen“ (Waldschmidt, 2005, S. 9) gesehen wird, d.h. in der „Prävention, Therapie und Rehabilitation“ (Waldschmidt, 2005, S. 9) von Behinderung. Während sich die Disability Studies als eigenständiges Lehr- und Forschungsfeld in den USA und Großbritannien seit den 1980er Jahren mit der Gründung eigener Fachgesellschaften, Fachzeitschriften, Professuren und Netzwerke etablieren konnten, hat eine solche Entwicklung im deutschsprachigen Raum erst relativ spät, ab den 2000er Jahren eingesetzt. Dabei ging es vor allem darum, den Anschluss an die internationale Diskussion – insbesondere im angloamerikanischen Raum – zu finden, die in der traditionellen Behindertenpädagogik weitgehend vernachlässigt wurde. In ihrem programmatischen Einführungsvortrag zur ersten Disability Studies Sommeruniversität 2003 in Bremen – „Behinderung neu denken“ – hebt Degener (2003) als die beiden Hauptcharakteristika der Disability Studies deren politischen Charakter im Zusammenhang mit den Erfahrungen der weltweiten Behindertenbewegungen hervor sowie die Orientierung an der von Zola und Oliver entwickelten „Theorie des sozialen Modells von Behinderung als Gegensatz zum medizinischen Modell von Behinderung“ (Degener, 2003, S. 24). Auf die zentrale Bedeutung der „Modelldebatte“ für die Profilierung des Forschungsfeldes der Disability Studies weist auch Waldschmidt hin, die als neuere Varianten das kulturelle und menschenrechtliche Modell von Behinderung anführt (vgl. Waldschmidt, 2020, S. 56). Wie Degener feststellt, war das soziale Modell im deutschsprachigen Raum eigentlich nichts Neues, sondern sowohl in der politischen Behindertenarbeit als auch in den Rehabilitationswissenschaften und in der

Pädagogik lange bekannt. Dass in ihrem Vortrag für letztere ausgerechnet Bleidick als Beispiel angeführt wird, der jahrzehntelang ein medizinisches Modell von Behinderung propagiert hat, soll offenbar das Argument stützen, dass sich „daraus bisher nur wenig neues Wissen über behinderte Menschen als unterdrückte Minderheit entwickelt“ (Degener, 2003, S. 24) hat und die Notwendigkeit deutschsprachiger Disability Studies unterstreichen. Dabei wird jedoch die Tatsache übersehen, dass sich jenseits des behindertenpädagogischen Mainstreams Bleidickscher Prägung die Forschung und Lehre der kritischen (siehe Probst, 1982) und kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik (siehe Abschnitt 2) von Beginn an sehr klar an einem sozialen Modell und an der praktischen wie politischen Aufhebung isolierender Bedingungen ausgerichtet hat, wie dies u.a. die wissenschaftliche Begleitung des integrativen Unterrichts an Bremer Grundschulen (Feuser & Meyer, 1987), der Deinstitutionalisierung der Behindertenhilfe in Lilienthal (Jantzen, 2003) oder das jahrzehntelange Bemühen um die Methodologie und Praxis rehistorisierender Diagnostik und Intervention (Jantzen, 2018; Jantzen & Lanwer-Koppelin, 1996) belegen. Waldschmidt (2020) hat die Disability Studies dazu aufgerufen, sich im Sinne kritischer Wissenschaft verstärkt der Theoriearbeit zu widmen (S. 72). Hierbei sollte auch die in der Vergangenheit bereits geleistete Theoriearbeit wieder mehr Berücksichtigung finden.

(2) So wichtig und produktiv die „Modelldebatte“ für die Einheit und Entwicklung der Disability Studies sein mag, verstellt die abstrakte Entgegensetzung von medizinischem und sozialem Modell teilweise den Blick auf jene Verhältnisse und Prozesse, die Behinderungsphänomene und die damit verbundenen individuellen wie gesellschaftlichen Erfahrungen hervorbringen. Dies führt zur Konstruktion eines „falschen Dualismus zwischen Behinderung und Beeinträchtigung, durch den Beeinträchtigung weiterhin der Definitionsmacht der Medizin überlassen wird“ (Maskos, 2022, S. 3), weshalb Maskos im Anschluss an Thomas (2007) für die Entwicklung einer nicht-dualistischen, materialistischen Behinderungskonzeption plädiert, die die „körperlich-kognitive, materielle Seite des Menschen“ (Maskos, 2022, S. 7) wieder ernst nimmt. Eine der Stärken des Isolationskonzepts besteht gerade darin, Wechselwirkungen zwischen Systemebenen nicht im Sinne eines Kausalzusammenhangs oder Dualismus zu modellieren, sondern als ein dynamisches Verhältnis: Persönliche Sinnbildungsprozesse, die historische wie biographische Situiertheit gesellschaftlicher und individueller Erfahrungen sowie deren Ereignishaftigkeit und Resonanz stehen hier im Mittelpunkt. So führen isolierende Bedingungen nicht zwangsläufig zu dem behindernden Verhältnis der Isolation: Unter sogenannten „inneren isolierenden Bedingungen“ (Jantzen, 1980, S. 90), wie z.B. Beeinträchtigungen des sensorischen und motorischen Apparats oder der zentralen Verarbeitung von Umwelterfahrungen, entsteht Isolation nach Jantzen erst dann, wenn der Austausch mit der Umwelt im Verhältnis zur sozialen Entwicklungssituation gefährdet ist (Jantzen, 1979). Auch äußere isolierende Bedingungen sind immer im Verhältnis zur bisherigen Persönlichkeitsentwicklung zu begreifen und zum Grad der sozialen Unterstützung oder Orientierung, die eine Person erfährt. Weder lässt sich daher deterministisch festlegen, wann isolierende Bedingungen zu Isolation werden, noch können Situationen bestimmt werden, die spezifische Formen der Isolation für bestimmte Personen oder Personengruppen hervorbringen: „Isolation beschreibt eine konkrete Situation unter isolierenden Bedingungen und es hängt von der Bewegung [innerhalb der sozialen Entwicklungssituation] ab, ob die isolierenden Bedingungen zur Isolation führen“ (Feuser & Jantzen, 2002, S. 27). Unterschiedliche Isolationsformen können gleiche Wirkungen haben und umgekehrt können gleiche Isolationsformen unterschiedliche Wirkungen zeigen (vgl. Zimpel, 2009, S. 188). „Jenseits der Modelle“ (Waldschmidt, 2020) gilt es daher, die Konstruktion, Produktion und Entwicklung von Behinderung in ihrer konkreten Vielfalt und Vielschichtigkeit aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven zu begreifen und die Theoriebildung der Disability Studies nicht auf eine bestimmte Perspektive bzw. ein bestimmtes „Modell“ zu reduzieren.

(3) Ein Aspekt ist schließlich das Opferbild behinderter Menschen, das der Betrachtung von Behinderung im Kontext der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik zum Teil immer noch zugrunde liegt und das in den Disability Studies grundsätzlich infrage gestellt wird (Hoffmann & Wolbring, 2019; Sierck, 2017). So kritisiert Schönwiese die materialistische Geschichtserzählung von Behinderung als „Arbeitskraft minderere Güte“ (Jantzen, 1980, S. 136–137) als

„[...] interessante Variante der Opfergeschichte von Behinderung, indem behinderte Personen als herausragende Opfer der jeweiligen ökonomischen Bedingungen und Ausbeutungsverhältnissen

beschrieben werden (z.B. Jantzen 1974). Ein Bezug zur je historischen sozialen Lage großer Mehrheiten der Bevölkerung wird hergestellt und in diesem Sinne ist diese Darstellung der Geschichte von behinderten Menschen integrativ. Der Nachteil dieser Argumentation ist, dass sie in Gefahr ist, in einen linearen Ökonomismus zu verfallen und dialektisches Denken in ihr abstrakt bleibt.“ (Schönwiese, 2003, S. 176; siehe auch Hoffmann, 2013, S. 132)

Wie in den vorangegangenen Abschnitten gezeigt wurde, lässt sich der Behinderungsbegriff der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik jedoch kaum auf diese Position reduzieren. Vor allem in späteren Texten nähert Jantzen seine Position einem menschenrechtlichen Begriff von Behinderung an und grenzt sich noch deutlicher von einem abstrakten Ökonomismus ab:

„[...] keineswegs sage ich, dass Behinderung ohne Weiteres nur auf Arbeitskraft minderer Güte zu reduzieren ist, oder nur auf Isolation; aber es ist ein Netzwerk von Verbindungen, hervorgebracht durch Prozesse, die sich hervorbringen, die wir denken müssen, es sind funktionale Zusammenhänge, dazu brauche ich Begriffe, um das zu denken.“ (Jantzen, 2019, S. 360)

Eine daraus mögliche Ableitung des Zusammenhangs von sozialer Isolation aus einem dialektischen Prozess der Be- und Ent-Hinderung muss jedoch kategorial weiter systematisiert und konkretisiert werden. Die Forschung zu isolierenden Bedingungen bedarf daher weiterer Theoriearbeit, deren Ziel die Entwicklung einer differenzierten Isolationstheorie wäre, die die Entstehung und praktische Aufhebung isolierender Bedingungen erklären kann. Denn gerade angesichts der aktuell gesteigerten Aufmerksamkeit für den Zusammenhang von Isolation, Behinderung und Gesundheit wird deutlich, dass es hier an einer theoretischen und methodologischen Fundierung vielerorts fehlt. Um die Fülle der mittlerweile existierenden Daten, Ergebnisse und Beobachtungen angemessen einordnen und analysieren zu können, bedarf es einer entsprechenden konzeptionellen Rahmung. Wie in diesem Artikel gezeigt werden konnte, muss die Forschung dazu keineswegs bei null anfangen: Die Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang von sozialer Isolation und Behinderung ist alles andere als neu. Wie der Blick in die Geschichte zeigt, hat es dazu seit 200 Jahren immer wieder unterschiedlich weit fortgeschrittene wissenschaftliche Konzeptionen gegeben, die Behinderung und Isolation theoretisch wie praktisch zusammengedacht haben. Diese Forschungslinien gilt es sowohl in der aktuellen Diskussion und Theoriebildung zu den Bedingungen und Folgen sozialer Isolation aufzugreifen als auch auf Basis empirischer Untersuchungen weiterzuentwickeln. Dabei sollte erkennbar geworden sein, dass abseits und jenseits der Modelldebatte zwischen der kulturhistorisch-materialistischen Behindertenpädagogik als synthetische Humanwissenschaft und den Disability Studies vielfältige Übereinstimmungen und Anschlussmöglichkeiten bestehen. Als inter- und transdisziplinäres Forschungsfeld könnten die Disability Studies hier eine zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung der dargestellten Forschungsperspektiven spielen.

Literatur

- Albrecht, G. L., Seelman, K. D. & Bury, M. (Hrsg.). (2001). *Handbook of disability studies*. SAGE Publications.
- Albrecht, G. L., Bickenbach, J., Mitchell, D. T., Schalick III, W. O. & Synder, S. L. (Hrsg.). (2006). *Encyclopedia of disability*. SAGE Publications.
- Altman, B. M. (2001). Disability definitions, models, classification schemes, and applications. In G. L. Albrecht, K. D. Seelman & M. Bury (Hrsg.), *Handbook of disability studies* (S. 97–122). SAGE Publications.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>

untersuchte die *Mannheimer Risikokinderstudie* die Entwicklung von Kindern, die zum Zeitpunkt ihrer Geburt verschiedenen Belastungen ausgesetzt waren. Die *Bielefelder Invulnerabilitätsstudie* dagegen befasste sich mit Jugendlichen, die in einem Heim aufwuchsen.

Wichtiges im Überblick

Studien zur Resilienz

Die Anfänge der Resilienzforschung liegen in den 1970er-Jahren und führten zu einem Paradigmenwechsel, d.h. die Forschung interessierte sich zunehmend für die Kompetenzen und Ressourcen der Menschen und nicht nur für ihre Schwierigkeiten und Risiken.

- ▶ Insgesamt gibt es 19 Längsschnittstudien zur Resilienz, wovon die meisten in den USA durchgeführt wurden.
- ▶ Die bekannteste Studie ist die Kauai-Studie von Emmy Werner und ihrem Forscherteam, die 1955 begann.
- ▶ Die zwei größten Studien in Deutschland sind die Mannheimer Risikokinderstudie und die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie.

Es lassen sich drei Phasen der Resilienzforschung identifizieren:

1. Grundlagenforschung
2. Untersuchung der Prozesse und Wirkmechanismen
3. Entwicklung von Präventions- und Resilienzförderprogrammen

Zusammengetragen aus allen Studien ergeben sich eine Reihe von Risiko- und Schutzfaktoren, die im Folgenden erläutert werden sollen.

1.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Resilienz spielen Risiko- und Schutzfaktoren. Lange Zeit standen vor allem die *Risikofaktoren* im Fokus der Forschung. Diese beschäftigten sich mit der Frage, welche Risiken die Entwicklung von Kindern beeinflussen. Damit verbunden ist eine pathogenetische Sichtweise, d. h. im Mittelpunkt der Betrachtung stehen Faktoren und Lebensbedingungen, die die kindliche Entwicklung gefährden, beeinträchtigen und zu seelischen Störungen und Erkrankungen führen können (Holtmann & Schmidt 2004). Unterschieden wird dabei zwischen kindheitsbezogenen Merkmalen, den Vulnerabilitätsfaktoren (*biologische und psychologische Faktoren*) und den eigentlichen Risikofaktoren, den Stressoren, die sich aus der *psychosozialen Umwelt* des Kindes ergeben (Petermann et al. 2004). Letztere sind am häufigsten dafür verantwortlich, dass die Entwicklung eines Kindes ungünstig verläuft, und beeinträchtigen vor allem die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung.

Wichtiges im Überblick

Risikofaktoren (vgl. Wustmann 2016, S. 38f.)

Vulnerabilitätsfaktoren

- ▶ Prä-, peri- und postnatale Faktoren, zum Beispiel Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Ernährungsdefizite, Erkrankung des Säuglings
- ▶ Neuropsychologische Defizite, zum Beispiel Teilleistungsstörungen im Bereich der Wahrnehmungsverarbeitung
- ▶ Psychophysiologische Faktoren, zum Beispiel ein sehr niedriges Aktivitätsniveau
- ▶ Genetische Faktoren wie Chromosomenanomalien
- ▶ Chronische Erkrankungen, zum Beispiel Asthma, Neurodermitis, Krebs, schwere Herzfehler, hirnorganische Schädigungen
- ▶ Schwierige Temperamentsmerkmale, wie zum Beispiel frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit, Schwierigkeiten in den Schlaf zu finden
- ▶ Unsichere Bindungsorganisation
- ▶ Geringe kognitive Fähigkeiten: niedriger Intelligenzquotient, Defizite in der Wahrnehmung und sozial-kognitiven Informationsverarbeitung
- ▶ Geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung

Stressoren

- ▶ Niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut
- ▶ Unsicheres Wohnumfeld, zum Beispiel in Wohngegenden mit hohem Kriminalitätsanteil
- ▶ Chronische familiäre Disharmonie
- ▶ Elterliche Trennung und Scheidung
- ▶ Alkohol-/Drogenmissbrauch der Eltern
- ▶ Psychische Störungen oder Erkrankungen eines bzw. beider Elternteile
- ▶ Kriminalität der Eltern
- ▶ Obdachlosigkeit
- ▶ Niedriges Bildungsniveau der Eltern
- ▶ Abwesenheit eines Elternteils/alleinerziehender Elternteil
- ▶ Erziehungsdefizite/ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern, zum Beispiel inkonsequentes, zurückweisendes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten, Uneinigkeit der Eltern in Erziehungsmethoden, körperliche Strafen, zu geringes Beaufsichtigungsverhalten, Desinteresse/Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind, mangelnde Feinfühligkeit und ein zu geringes Eingehen auf die Interaktions- und Kommunikationsversuche der Kinder (Responsivität)
- ▶ Sehr junge Elternschaft (vor dem 18. Lebensjahr)
- ▶ Unerwünschte Schwangerschaft
- ▶ Häufige Umzüge, Schulwechsel
- ▶ Außerfamiliäre Unterbringung
- ▶ Migrationshintergrund in Verbindung mit niedrigem sozioökonomischem Status
- ▶ Soziale Isolation der Familie
- ▶ Verlust eines Geschwisters oder engen Freundes
- ▶ Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung
- ▶ Mehr als vier Geschwister
- ▶ Mobbing/Ablehnung durch Gleichaltrige

Ob und inwieweit ein Risikofaktor zum Tragen kommt, hängt von verschiedenen Aspekten ab. Holtmann und Schmidt (2004) sprechen deshalb bei ihrer Definition von Risikofaktoren nur von einer »potenziellen Gefährdung« (S. 196). Vor allem in Phasen erhöhter Vulnerabilität – also in Zeiten, in denen ein Kind »verwundbarer« ist – ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Risikofaktor die Entwicklung gefährdet, größer. Dies sind zum Beispiel der Übergang vom Kindergarten in die Schule oder die Pubertät. In dieser Zeit werden viele Anforderungen an das Kind gestellt und müssen von ihm oft gleichzeitig bewältigt werden, sodass ein zusätzlich auftretender Risikofaktor, wie zum Beispiel die Trennung der Eltern, eine Anforderung zu viel darstellen kann.

Ob Risikofaktoren sich negativ auswirken oder eher eine untergeordnete Rolle spielen, hängt von zahlreichen Bedingungen ab (vgl. Scheithauer & Petermann 1999, S. 6f.):

- ▶ **Anhäufung (Kumulation) von Risikofaktoren:** Je mehr Risikofaktoren gleichzeitig auftreten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für eine fehlangepasste Entwicklung.
- ▶ **Dauer/Kontinuität der Risikofaktoren:** Je länger ein Risikofaktor auf das Kind einwirkt, desto größer ist das Risiko für negative Auswirkungen.
- ▶ **Abfolge der Risikofaktoren:** Je früher ein Risikofaktor auftritt, desto anfälliger sind Kinder in ihrer Entwicklung.
- ▶ **Geschlechtsspezifische Aspekte:** Es gibt vermehrt Belege dafür, dass das männliche Geschlecht insgesamt anfälliger für Risikofaktoren ist.
- ▶ **Subjektive Bewertung der Risikofaktoren:** Wenn das Kind die Situation als nicht belastend erlebt, wird der Risikofaktor abgeschwächt.

Aufgrund dieser vielen Aspekte ist es für die Beurteilung eines Entwicklungsverlaufs bzw. -standes und zum Verstehen seines Verhaltens wichtig, die individuelle Geschichte eines Kindes – und damit das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren – zu berücksichtigen.

Die oben beschriebenen Studien führten dazu, dass deutlich stärker die *Schutzfaktoren* in der kindlichen Entwicklung in den Blick genommen wurden. Nachdem in der ersten Phase der Resilienzforschung der Schwerpunkt mehr auf der Identifikation der einzelnen Schutzfaktoren lag, wurde bald erkannt, dass Risiko- und Schutzfaktoren in einer gegenseitigen Wechselwirkung stehen und Resilienz das Ergebnis des Zusammenwirkens beider Faktoren ist. Schutzfaktoren sind jedoch nicht einfach das Gegenteil von Risikofaktoren und umgekehrt (Ball & Peters 2007). Vielmehr kann ein Schutzfaktor Risikosituationen mildern oder beseitigen (Puffereffekt) und die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen. Dies bedeutet, dass eine Risikosituation vorliegen muss, damit ein Schutzfaktor protektiv (schützend) wirksam werden kann (Laucht 1999). Liegt kein Risikofaktor vor, wird eher von einer »förderlichen Bedingung« gesprochen (Scheithauer et al. 2000).

Die Schutzfaktoren werden unterteilt in personale Ressourcen und soziale Ressourcen.

Wichtiges im Überblick

Schutzfaktoren (vgl. Wustmann 2016, S. 115f.)

Personale Ressourcen

Kindbezogene Faktoren

- ▶ Positive Temperamenteigenschaften, zum Beispiel das Kind lässt sich leicht beruhigen, kommt einfach in den Schlaf-/Wachrhythmus
- ▶ Intellektuelle Fähigkeiten
- ▶ Erstgeborenes Kind
- ▶ Weibliches Geschlecht
- ▶ Resilienzfaktoren
- ▶ Selbstwahrnehmung
- ▶ Selbstwirksamkeit
- ▶ Selbststeuerung
- ▶ Soziale Kompetenz
- ▶ Umgang mit Stress
- ▶ Problemlösefähigkeiten

Soziale Ressourcen

Faktoren innerhalb der Familie

- ▶ Mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert
- ▶ Autoritativer/demokratischer Erziehungsstil
- ▶ Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie
- ▶ Enge Geschwisterbindungen
- ▶ Altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt
- ▶ Hohes Bildungsniveau der Eltern
- ▶ Harmonische Paarbeziehung der Eltern
- ▶ Unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn)
- ▶ Hoher sozioökonomischer Status

Faktoren in den Bildungsinstitutionen

- ▶ Klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen
- ▶ Wertschätzendes Klima: Wärme, Respekt und Akzeptanz gegenüber dem Kind
- ▶ Hoher, angemessener Leistungsstandard
- ▶ Positive Verstärkung der Leistungen und Anstrengungsbereitschaft des Kindes
- ▶ Positive Peerkontakte/positive Freundschaftsbeziehungen
- ▶ Förderung von Resilienzfaktoren
- ▶ Zusammenarbeit mit dem Elternhaus und sozialen Institutionen

Faktoren im weiteren sozialen Umfeld

- ▶ Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen fördern, Sicherheit vermitteln und als positive Rollenmodelle dienen, zum Beispiel Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte und Nachbarn
- ▶ Ressourcen auf kommunaler Ebene, zum Beispiel Angebote der Familienbildung, Beratungsstellen, Frühförderstellen und/oder Gemeindearbeit
- ▶ Gute Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- ▶ Vorhandensein prosozialer Rollenmodelle, Normen und Werte in der Gesellschaft

Auch die Schutzfaktoren müssen unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden – prinzipiell gilt jedoch: Je mehr, desto besser. Schutz- und Risikofaktoren können aber, wie bereits erwähnt, nicht einfach gegeneinander aufgerechnet werden. In beiden Gruppen gibt es Faktoren, die mehr Einfluss auf die Entwicklung haben als andere. So zeigte sich in der Resilienzforschung, dass eine stabile, emotional warme Beziehung zu einer Person ein Schutzfaktor ist, der am stärksten zu einer gelingenden Entwicklung beitragen und viele Risikofaktoren abpuffern kann.

Luthar (2006) hat ihre Analyse der letzten 50 Jahre Resilienzforschung deshalb wie folgt zusammengefasst: »Die erste große Botschaft ist: Resilienz beruht grundlegend auf Beziehungen« (ebd., S. 780; Übers. d. Verf.). Bedeutende wichtige Beziehungspartner sind im besten Falle die Eltern – es können aber auch andere Verwandte, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte kompensatorisch solche Bezugspersonen darstellen (z. B. Pianta et al. 2007). Voraussetzung ist eine kontinuierliche Beziehung, die auf Vertrauen, Wertschätzung und Respekt basiert.

1.4 Resilienzfaktoren

Resilienzfaktoren sind Fähigkeiten, »die das Kind in der Interaktion mit der Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt; diese Faktoren haben bei der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen eine besondere Rolle« (Wustmann 2016, S. 46). Die Resilienzfaktoren gehören damit zu den personalen Schutzfaktoren. Sie unterscheiden sich von den anderen personalen Schutzfaktoren dadurch, dass sie erworben werden können und nicht angeboren oder genetisch bedingt sind.

Rönnau-Böse (2013) hat die verschiedenen Resilienzstudien ausgewertet und konnte zeigen, dass *sechs Kompetenzen* besonders relevant sind:

Selbst- und Fremdwahrnehmung: die ganzheitliche und adäquate Wahrnehmung der eigenen Emotionen und Gedanken; die Fähigkeit, sich selbst dabei zu reflektieren und in Bezug zu anderen und ihrer Wahrnehmung zu setzen; des Weiteren die Fähigkeit, andere Personen und ihre Gefühlszustände angemessen und möglichst »richtig« wahrzunehmen bzw. einzuschätzen.

Selbststeuerung: die Fähigkeit, sich und seine Gefühlszustände selbstständig zu regulieren; dazu gehört beispielsweise das Wissen, welche Strategien zur Selbstberuhigung und welche Handlungsalternativen es gibt.

Selbstwirksamkeit: das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Überzeugung, ein Ziel – wenn nötig auch durch Überwindung von Hindernissen – erreichen zu können.

Soziale Kompetenz: die Fähigkeit, im Umgang mit anderen soziale Situationen einschätzen und adäquate Verhaltensweisen zeigen zu können; sich emphatisch in andere Menschen einfühlen sowie sich selbst behaupten und Konflikte angemessen lösen zu können; weiterhin zählt zur sozialen Kompetenz die Fähigkeit, sich soziale Unterstützung zu holen, wenn dies nötig ist.

Adaptive Bewältigungskompetenz: Einschätzen, Bewerten und Reflektieren stressiger, belastender Situationen; die eigenen Grenzen und Bewältigungsstrategien kennen.

Problemlösen: Verstehen und Reflektieren komplexer Sachverhalte und Entwicklungen sowie Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten unter Rückgriff auf vorhandenes Wissen und Können.

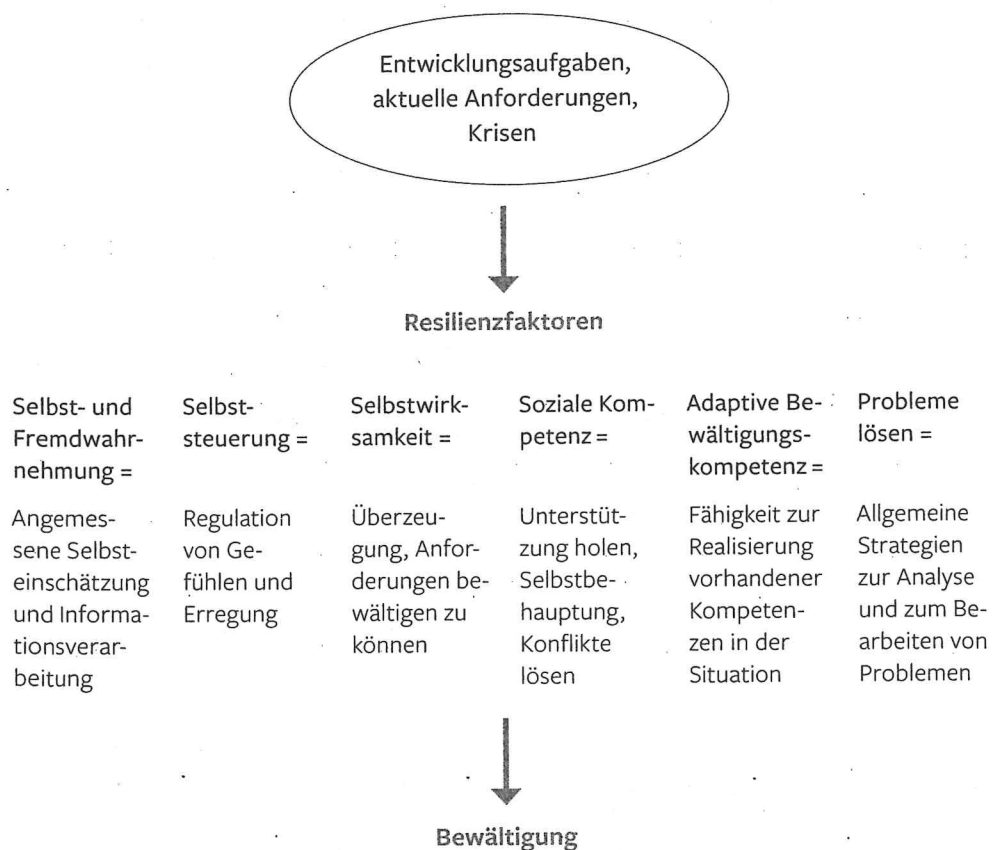


Abbildung 1: Resilienzfaktoren (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2014)

»Bei diesen sechs Faktoren handelt es sich nicht um voneinander unabhängige Konstrukte, sondern sie stehen in einem engen Zusammenhang. So ist zum Beispiel die Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung ebenso wie eine gute Selbststeuerungsfähigkeit eine Voraussetzung zum Aufbau sozialer Kompetenzen. Eine getrennte Betrachtung ist aus analytischen Gründen sinnvoll, wird aber der Komplexität des Seelenlebens nur ansatzweise gerecht« (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2019, S. 42).

Resilienzfaktoren können bei Kindern unterstützt und gefördert werden. Wie das im Einzelnen geschehen kann, wird in Kapitel 3.2. näher erläutert. Nicht vergessen werden darf aber, dass durch die Resilienzfaktoren die Risiken und Belastungen nicht verändert oder abgeschafft werden können, sie »es dem Individuum aber ermöglichen, wirkungsvoll damit umzugehen« (Werner 2007, S. 29). Die Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte ist demnach nicht zwangsläufig die Veränderung der Rahmenbedingungen (was häufig zu Gefühlen der Frustration und Hilflosigkeit führt), sondern das Ermöglichen von Handlungsweisen und Orientierungen, die den Umgang mit diesen erleichtern.

Praxistipp

Beobachtung und Beurteilung des Entwicklungsstands eines Kindes

Da Risiko- und Schutzfaktoren bei jedem Kind unterschiedliche Auswirkungen haben, gilt es, eine individuelle Analyse seiner Situation vorzunehmen und viele Quellen dafür zu berücksichtigen. Das bedeutet, eigene Beobachtungen und Dokumentationen durch Berichte von Eltern und anderen Bezugspersonen, einschließlich Kolleginnen und Kollegen, zu ergänzen und auch das Kind selbst zu befragen.

An erster Stelle steht das Sammeln von Risiko-, Schutz- und Resilienzfaktoren des einzelnen Kindes. Anschließend findet eine Bewertung der Faktoren statt: Risiko wofür? Schutz wogegen? (Lösel & Bender 2007) Zudem sollten die einzelnen Faktoren auf folgende Aspekte hin überprüft werden:

- ▶ Ist es ein einzelner Risiko-, Schutz- oder Resilienzfaktor oder gibt es mehrere?
- ▶ Wie lange gibt es den Risikofaktor schon, und ist eine schützende Wirkung möglich?
- ▶ Zu welchem Zeitpunkt ist der Risiko- bzw. Schutzfaktor (erstmalig) aufgetreten bzw. tritt er (immer wieder) auf?
- ▶ Befindet sich das Kind in einer Phase erhöhter Vulnerabilität?
- ▶ Wie empfindet das Kind selbst die Situation?

Jede Einheit beginnt und endet mit einem Anfangs- und Abschlussritual. Welches Ritual hierfür gewählt wird, liegt im Ermessen der Kursleitung und den Vorlieben der Kinder. Entscheidend ist, dass jede Stunde mit derselben Methode beginnt und endet (siehe unten: Gründe für Rituale). Es hat sich bewährt, entweder zu Beginn oder am Ende ein Ritual einzuführen, bei dem die Kinder sich selbst mitteilen können, zum Beispiel wie es ihnen geht oder wie ihnen die Stunde gefallen hat. So lernen die Kinder, sich auszudrücken und ihre eigene Meinung mitzuteilen.

Das Manual dient als roter Faden, an dem sich die Kursleitungen orientieren können. Eine Einheit muss nicht genau nach den Vorgaben durchgeführt werden, sondern sollte sich vor allem an den Bedürfnissen der jeweiligen Gruppe orientieren. Jede Gruppe hat ihre eigene Dynamik, ihre eigenen Schwierigkeiten und Fähigkeiten. So braucht die eine Gruppe mehr Bewegungsspiele, die andere mehr Zeit zum Austausch oder zur Einzelarbeit. Auch können Themen von außen in die Gruppen hineingetragen werden, wie zum Beispiel eine Meldung aus den Nachrichten oder ein Ereignis am Wochenende in der Familie. Es ist wichtiger, die Themen der Kinder aufzugreifen und anhand derer die Resilienzfaktoren zu vermitteln, als Themen zu verwenden, die nicht an ihre Lebenswelt anknüpfen.

Im Folgenden werden zu jedem der *sechs Resilienzfaktoren, die auch den Bausteinen des Programms »PRiK« entsprechen*, einzelne Elemente exemplarisch herausgenommen und der Bezug bzw. die Umsetzung im Alltag dargestellt. Viele Methoden, die im Alltag angewendet werden, fördern Resilienz, ohne dass dies den pädagogischen Fachkräften bewusst ist. Im Folgenden werden deshalb verschiedene Standardsituationen in Kitas näher auf ihre resilienzförderlichen Aspekte hin betrachtet, den verschiedenen Resilienzfaktoren zugeordnet und ihre Wirkung in Bezug auf Resilienz bewertet.

Selten unterstützt ein Angebot oder eine Situation einen isolierten Resilienzfaktor. In der Regel werden verschiedene Faktoren gleichzeitig angeregt, da sie sich gegenseitig bedingen. Die verschiedenen Anregungen fördern aber häufig einen oder zwei Faktoren besonders stark, sie werden deshalb einem Faktor zugeordnet und es wird auf die Bezüge zu den anderen hingewiesen.

Resilienzfaktor 1: Selbstwahrnehmung

»Resiliente Kinder kennen die verschiedenen Gefühle und können sie adäquat ausdrücken (mimisch und sprachlich). Sie können Stimmungen bei sich und anderen erkennen und einordnen. Außerdem können sie sich, ihre Gefühle und Gedanken reflektieren und in Bezug zu anderen setzen« (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2019, S. 44).

Darüber hinaus gehört zur *Selbstwahrnehmung* auch das Kennen des eigenen Körpers und seiner Sinne. Um dies zu erreichen, ist es zunächst wichtig, das *Thema Gefühle* aufzugreifen. Dazu müssen sie benannt werden, und es wird verdeutlicht, woran sie zu erkennen sind. Dies kann anhand verschiedener Methoden erfolgen. So gibt es eine Reihe von *Bilderbüchern*, die in das Thema Gefühle einführen, wie zum Beispiel »Der Seelenvogel« (Snunit 1991) oder »Ein Dino zeigt Gefühle« (Manske & Löffel 1996). Bei der Auswahl des Buches sollte darauf geachtet werden, dass darin mehrere Gefühle angesprochen werden und dass auch Mimik und Körperhaltung eine Rolle spielen.

In »PRIK« wird neben einem Bilderbuch auch eine *Gefühlsuhr* eingesetzt, die anstatt Zahlen verschiedene Gesichter zeigt, auf die mit Zeigern gedeutet werden kann. Die Kinder können auf dieser Uhr einstellen, wie sie sich gerade fühlen (Fröhlich-Gildhoff et al. 2019, S. 63). Alternativ können statt der gezeichneten Gesichter auch Fotos der Kinder verwendet werden. Dafür fertigt jedes Kind Fotos zu jedem Gefühlsausdruck an, sodass ein Kind dann eine Gefühlsuhr mit seinen »verschiedenen Gesichtern« darauf besitzt. Diese Uhr sollte nicht nur im Kinderkurs verwendet werden, sondern auch zu Hause und allgemein in der Einrichtung. Die Kinder dürfen die Uhr deshalb mit nach Hause nehmen. Für die Einrichtung würde es sich anbieten, eine große Uhr mit Gesichtern von verschiedenen Kindern herzustellen. Diese kann entweder im Gruppenraum aufgehängt oder eine kleinere Version im Morgenkreis verwendet werden. Jedes Kind kann hier zum Beispiel einstellen, wie es ihm geht, und, wenn es möchte, etwas dazu sagen.

Natürlich ist ein sehr wichtiger Aspekt, als pädagogische Fachkraft selbst über eigene Gefühle zu sprechen und diese auf die entsprechende *Körperhaltung und Mimik* abzustimmen. Hilfreich kann dabei sein, sich mit den Kindern vor einen Spiegel zu stellen und darauf aufmerksam zu machen, welche Mimik und Gestik verdeutlicht, wie es einem gerade geht.

Weitere Themen zur Selbstwahrnehmung sind *der Körper und seine verschiedenen Sinne*. Unterstützend können hier das Malen von Körperbildern sein und alle Arten von Sinnesspielen, wie sie zum Beispiel bei Kimspielen (Spiele zu Gedächtnis und Merkfähigkeit) verwendet werden (vgl. auch Fröhlich-Gildhoff et al. 2019, S. 56ff.). Darüber hinaus regen Sinnesräume oder -ecken zum Entdecken und Ausprobieren der Sinne an. Weitere Beispiele finden sich bei Zimmer (2012).

Praxistipp

Selbstwahrnehmung wird im Alltag gefördert durch:

- ▶ Spiele zur Sinneswahrnehmung
- ▶ Räume, die die Sinne anregen
- ▶ Bücher, Gespräche, Spiele zu Gefühlen
- ▶ Reflexionen über Gefühle
- ▶ Vorbilder, die über eigene Gefühle sprechen

Resilienzfaktor 2: Selbststeuerung

»Resiliente Kinder können sich und ihre Gefühlszustände selbstständig regulieren bzw. kontrollieren. Sie wissen, was ihnen hilft, um sich selber zu beruhigen und wo sie sich ggf. Hilfe holen können. Sie kennen Handlungsalternativen und Strategien zur Selbstberuhigung und haben gelernt, innere Anforderungen zu bewältigen und ihnen zu begegnen« (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2019, S. 50).

Studien der Resilienzforschung zeigen, dass Kinder mit einer höheren Resilienz ihre Impulse besser kontrollieren können, ihr Verhalten steuern und dadurch eher positive Aufmerksamkeit von anderen bekommen (vgl. z. B. Li-Grining et al. 2006).

Strategien zur *Selbstberuhigung*, die in verschiedenen Situationen angewendet werden können, laufen bei Erwachsenen im Kopf ab. Sie sind sozusagen eine »innere Stimme«, die sie einsetzen können, um sich selbst zu beruhigen, um sich Mut zu machen oder sich anzutreiben. So kann zum Beispiel eine Strategie sein, sich selbst aufzufordern, erst einmal tief durchzuatmen, und dann zu überlegen, wie es weitergehen kann. Für Kinder ist es schwierig, diese Abläufe im Kopf durchzugehen. Für sie ist es hilfreicher, wenn sie dafür eine sichtbare Erinnerung erhalten. Aus diesem Grund wird in »PRiK« ein *Ampelsystem* verwendet: Anhand von drei Schritten können die Kinder in verschiedensten Situationen lernen, ihre Gefühle zu regulieren. Bei Rot heißt es »Stopp!« (z. B. »Ich höre auf, wütend zu sein«), bei Gelb sollen die Kinder überlegen, welche Handlungs- und Reaktionsmöglichkeiten sie haben, und bei Grün müssen sie sich für eine Möglichkeit entscheiden. Dafür wird eine große Ampel hergestellt, bei der sich die drei Farben mit Klettverschluss ablösen lassen. Je nach Schritt wird eine Farbe entweder an- oder abgehängt (Fröhlich-Gildhoff et al. 2019, S. 70ff.). Die Ampel kann sehr gut im Alltag verwendet werden. Dafür sollte sie im Gruppenraum aufgehängt und für die Kinder gut erreichbar sein. Sie kann zum Beispiel bei Konfliktsituationen verwendet werden oder wenn etwas entschieden werden muss. So kann es beispielsweise heißen: »Stopp! Wir hören jetzt auf, uns zu streiten« (Phase Rot), anschließend: »Wir überlegen gemeinsam, wie wir uns wieder vertragen können« (Phase Gelb) und zum Schluss: »Entscheiden wir uns für eine Lösung, die wir bei Gelb überlegt haben« (Phase Grün).

Das Ampelsystem sollte nach Möglichkeit auch den Eltern erläutert werden, damit es auch zu Hause angewendet wird. Je häufiger es zum Einsatz kommt, desto leichter wird es den Kindern fallen, die Schritte auch ohne reales Vorliegen der Ampel anzuwenden, sondern die Farben im Kopf durchzugehen. Einschränkend ist aber festzuhalten, dass für vierjährige Kinder diese Aufgabe noch zu schwierig ist und vor allem die Übertragung auf verschiedene Situationen noch nicht gelingt. Es sind natürlich auch ganz andere bildliche Darstellungen möglich, um die drei Schritte kindgerecht zu vermitteln.

Eine wichtige Rolle spielen *Rituale im Ablauf einer Kita*. Sie helfen, den Tag zu strukturieren, sich zu orientieren, und vor allem geben sie dem Kind das Gefühl von Verlässlichkeit. Gerade in einer multimedialen und vielfältigen Gesellschaft, in der Kinder sehr vielen verschiedenen Reizen und Eindrücken ausgesetzt sind, brauchen sie Stabilität und Orientierung.

Erst in einer Umgebung, in der sich ein Kind sicher fühlt, beginnt es zu explorieren und neue Erfahrungen zu verarbeiten. Durch eine stets gleiche Struktur und durch sich wiederholende Handlungen entwickelt es Sicherheit und Vertrauen, um sich (innerlich) frei bewegen und handeln zu können. Diese sichere Umgebung kann unter anderem durch Rituale geschaffen werden. Gerade Kinder, die zu Hause wenig Beständigkeit erleben, bei denen es wenig Regelmäßigkeiten gibt, erfahren in der Kita vielleicht zum ersten Mal etwas, worauf sie sich verlassen können. »Die Bedeutung einer Alltagsstruktur, die konsistent und vorhersehbar ist, sowie die Wichtigkeit wiederkehrender Rituale (...) werden in aktuellen Studien immer wieder hervorgehoben« (Bengel et al. 2009, S. 89). Insbesondere Kinder, die über geringe Selbststeuerungsfähigkeiten verfügen, profitieren von klaren Strukturen.

Das *Erleben einer kontinuierlichen Bezugsperson* steht dabei an erster Stelle, wie alle Resilienzstudien eindrücklich belegen konnten (vgl. z. B. Baker 2006). Bengel et al. (2009) berichten von einer Studie von Noppe et al. (2006), in der die Resilienz der Kinder und Jugendlichen, die die Ereignisse des 11. September 2001 erlebt haben, besser war, je mehr die schulische Routine und Struktur erhalten blieben.

Ein *standardisiertes Ritual* sind die Morgen- bzw. Abschlusskreise, die für die Kinder den Beginn und Abschluss eines Tages markieren. Aber auch gemeinsame Essenszeiten und regelmäßige Abhol- und Bringzeiten erleichtern es den Kindern, sich in ihrer Welt zurechtzufinden und offen für neue Lernerfahrungen zu sein. Weitere Beispiele finden sich bei Langlotz et al. (2008).

Praxistipp

Selbststeuerung wird im Alltag gefördert durch:

- ▶ Strategien zur Selbstregulation
- ▶ Regelmäßige Abläufe und Rituale
- ▶ Regelspiele
- ▶ Rückmeldungen über das eigene Handeln
- ▶ Strukturierte und klare Abläufe
- ▶ Lautes Aussprechen von Selbstinstruktionen

Resilienzfaktor 3: Selbstwirksamkeit

»Resiliente Kinder kennen ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten und sind stolz darauf. Sie können ihre Erfolge auf ihr Handeln beziehen und wissen, welche Strategien und Wege sie zu diesem Ziel gebracht haben. Sie können diese Strategien auf andere Situationen übertragen und wissen, welche Auswirkungen ihr Handeln hat, und vor allem, dass ihr Handeln auch etwas bewirkt« (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2019, S. 48).

Ein Kind, das viele *Selbstwirksamkeitserfahrungen* erleben kann, ist sich seiner Fähigkeiten bewusst und geht mit einem anderen Selbstverständnis an neue Aufgaben heran. Es traut sich mehr zu und vertraut seinen Kompetenzen.

Eine Voraussetzung von Selbstwirksamkeit ist die *Kenntnis der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen*, um sie gezielt einsetzen zu können. Eine Methode, die sich in allen Altersstufen bewährt hat, ist das *Stärkenbuch*. Dazu erhält jedes Kind der Einrichtung ein kleines Heft, in dem alle seine Stärken und Fähigkeiten schriftlich festgehalten werden. Dies sollte immer gemeinsam mit dem Kind erfolgen. Der Erwachsene schreibt seine Gedanken und Ideen in das Heft, und das Kind kann dazu ein Symbol o. Ä. malen. Dieses Buch sollte möglichst die ganze Kindergartenzeit über genutzt, ergänzt und dem Kind immer wieder vorgelesen werden. Gerade in Situationen, in denen ein Kind sich hilflos fühlt, kann es unterstützend sein, ihm noch einmal seine Kompetenzen vor Augen zu führen, die es möglicherweise in der augenblicklichen Situation nutzen kann (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2019, S. 84).

Sehr wichtig ist allerdings, dass es sich hierbei nicht um ein Buch handelt, mit dem zu bestimmten Zeiten gelobt und bestraft wird. Aus dem Buch kann nichts herausgestrichen werden, und der Inhalt ist auch nicht an Bedingungen geknüpft. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass nicht nur Fähigkeiten notiert werden, die mit Leistungen verbunden sind, wie zum Beispiel bis zehn zählen zu können, sondern auch Kompetenzen, die unabhängig davon sind. Bevor diese Methode mit den Kindern durchgeführt wird, sollte sich die Kursleitung zu jedem Kind etwas überlegt haben. Sonst besteht die Gefahr, dass bei einem Kind nur sehr wenig notiert, bei anderen sehr viel geschrieben wird. Folgende Kompetenzen könnten zum Beispiel in das Stärkenbuch eingetragen werden:

- ▶ Du kannst andere zum Lachen bringen.
- ▶ Du kannst schnell rennen.
- ▶ Du kannst gut trösten.
- ▶ Du hast tolle Ideen.
- ▶ Du bist sehr kreativ.
- ▶ Du kannst dir viele Dinge merken.
- ▶ Du kannst gut erzählen.
- ▶ Dich mögen viele Menschen.
- ▶ Du kannst schon alleine nach Hause gehen.
- ▶ Du kannst dich ohne Hilfe anziehen.

Eine ähnliche Vorgehensweise verfolgen die *Bildungs- und Lerngeschichten* (vgl. Leu et al. 2007). Aber auch *Portfolios*, die die Entwicklung des Kindes dokumentieren, sind gut geeignet, ihm aufzuzeigen, was es bisher erreicht hat und wo seine Stärken liegen.

Neben diesen Methoden gilt es vor allem, Kindern überhaupt Situationen zu ermöglichen, in denen sie Selbstwirksamkeitserfahrungen machen können. Das bedeutet je nach Alter und je nach Kind ganz unterschiedliche Aufgaben. Es sollten aber Aufgaben sein, die für das Kind eine machbare Herausforderung darstellen und in seiner »Zone der nächsten Entwicklung« liegen (Wygotski 1987). Eine Studie von Christle et al. (2005) verdeutlicht die positive Auswirkung von hohen, aber erreichbaren Erwartungen an Kinder auf die Resilienz. Anleitung und Ermutigung haben diesen Prozess noch unterstützt (vgl. Bengel et al. 2009, S. 112). *Positive Selbstwirksamkeitserfahrungen* führen zu einem positiven Selbstbild und zu einer Steigerung des Selbstwertes. Erfolgserfahrungen können auch durch Etappenziele vermittelt werden. Das sind Aufgaben, die sich im Alltag ergeben; sie müssen nicht konstruiert werden. So kann es zum Beispiel für ein Kind eine Herausforderung sein, den Tisch zu decken, ohne etwas kaputt zu machen; für ein anderes Kind ist es ein Erfolg, sich alleine anzuziehen. Wichtig ist danach die Reflexion. Dem Kind wird bewusst gemacht, wie es zu diesem Erfolg gekommen ist, und dass es sein eigenes Handeln war, das es dahin gebracht hat. Dabei geht es nicht darum, den Kindern nur Erfolge zu verschaffen, sondern ihnen vor allem das Gefühl zu geben, dass ihnen etwas zugetraut wird. Genauso wichtig ist die Reflexion über Misserfolge: Warum bin ich nicht ans Ziel gekommen? Welche meiner Fähigkeiten hätte ich einsetzen können, damit es geklappt hätte? Was muss ich beim nächsten Mal anders machen?

Unterstützend wirkt darüber hinaus, *Kinder im Alltag zu beteiligen*. Eine Studie von Opp und Wenzel (2003) an Schulen konnte zeigen, dass Schülerpartizipation sich positiv auswirkt. Für den Alltag in der Kita könnte das bedeuten, die Kinder in Entscheidungen mit einzubinden, zum Beispiel über ein Kinderparlament (vgl. hierzu z. B. Kirstein 2008), oder ihnen Aufgaben zu übertragen, die für den Ablauf in der Kita wichtig sind.

Praxistipp

Selbstwirksamkeit wird im Alltag gefördert durch:

- ▶ Aufzeigen der Stärken und Fähigkeiten
- ▶ Altersgerechte Herausforderungen
- ▶ Zutrauen zum Kind
- ▶ Reflexion über Handlungen, Erfolge und Misserfolge
- ▶ Urheberschaftserfahrungen (»Ich verursache Effekte«)
- ▶ Portfolios, die die Entwicklung des Kindes dokumentieren
- ▶ Bildungs- und Lerngeschichten
- ▶ Übertragung von Verantwortung wie zum Beispiel die Übernahme von Aufgaben, die wichtig für die Kita oder die Gruppe sind, etwa den Tisch zu decken oder Liedblätter zu verteilen
- ▶ Partizipation bei Entscheidungen, zum Beispiel in Form eines Kinderparlaments oder durch das Verteilen von Aufgaben

Resilienzfaktor 4: Soziale Kompetenz

»Resiliente Kinder können auf andere Menschen zugehen und Kontakt aufnehmen. Sie können sich in andere einfühlen und soziale Situationen einschätzen. Sie können sich aber auch selbst behaupten und Konflikte adäquat lösen« (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2019, S. 52).

Soziale Kompetenz wird in vielen Studien als sehr gewichtig für die Entwicklung von Resilienz eingeschätzt. Im Alltag der Kindertageseinrichtung gibt es viele Möglichkeiten, die soziale Kompetenz von Kindern zu unterstützen. Eine gängige Methode sind zum Beispiel *Kooperationsspiele* (vgl. z. B. Fröhlich-Gildhoff et al. 2019, S. 88) oder *Rollenspiele*. Letztere müssen oft nicht angeleitet werden, sondern ergeben sich in verschiedenen alltäglichen Situationen; Materialien wie Verkleidungsmöglichkeiten regen dazu an. Eine weitere Möglichkeit ist die *Übernahme von Patenschaften* für jüngere Kinder durch Vorschulkinder. Hierdurch lernen die älteren Kinder Verantwortung für andere zu übernehmen und sich in die Situation einer anderen Person hineinzusetzen.

Kinder können sich in prosozialen Beziehungen gegenseitig Modell sein. Studien betonen aber, dass es sich um *prosoziale* Freundschaften handeln muss, damit sie schützend wirken können. So ist der Kontakt zu einer Gruppe gewalttätiger Jugendlicher, in der sich enge Freundschaften entwickeln, nicht positiv für die soziale Kompetenz der Jugendlichen (Lösel & Bender 2007). Wichtige Modelle beim Erlernen sozialer Kompetenzen sind auch die erwachsenen pädagogischen Fachkräfte.

Am besten eignen sich aber Alltagssituationen, die sich automatisch ergeben, wenn eine Gruppe von Kindern täglich zusammen ist. Die pädagogische Fachkraft sollte vor allem darauf achten, dass alle Aspekte der sozialen Kompetenz gefördert werden. Das bedeutet nicht nur die adäquate Interaktion, sondern auch Empathiefähigkeit, das Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen sowie die Reflexion von sozialen Situationen.

Es gibt zahlreiche Veröffentlichungen (z.B. Hillenbrand et al. 2016; Petermann & Petermann 2015) zur Förderung der sozialen Kompetenz, weshalb an dieser Stelle nicht ausführlicher darauf eingegangen wird.

Praxistipp

Soziale Kompetenz wird im Alltag gefördert durch:

- ▶ Rollenspiele
- ▶ Kooperationsspiele
- ▶ Reflexion von sozialen Situationen
- ▶ Übungen zur Empathiefähigkeit
- ▶ Lösung von Konflikten
- ▶ Patenschaften für jüngere Kinder
- ▶ Zuhören, wenn Kinder erzählen

Resilienzfaktor 5: Adaptive Bewältigungskompetenz

»Diese Kompetenz zeichnet sich durch die Fähigkeit aus, flexible Bewältigungsstrategien je nach Ausgangslage einzusetzen« (Rönnau-Böse 2013, S. 96). Beispiele für solche Strategien sind das Einholen von Unterstützung oder eine direkte Auseinandersetzung mit bzw. aktives Herangehen an das Problem. Der Begriff der Bewältigung hängt eng mit dem *Stresskonzept* zusammen (vgl. z.B. Lazarus & Launier 1981).

Die meisten Kinder kennen das Wort »Stress« von ihren Eltern, aber auch im Alltag der Kita fällt es immer wieder. Die genaue Bedeutung ist vielen Kindern aber nicht bekannt. Aus diesem Grund ist als erster Schritt eine Begriffsklärung notwendig. Es muss zum Beispiel verdeutlicht werden, welche körperlichen Veränderungen mit Stress verknüpft werden. Zu nennen sind hier beispielsweise Herzrasen, Kopfschmerzen, Schlafmangel oder »Bauchgrummeln«. Im zweiten Schritt kann dann mit den Kindern gemeinsam überlegt werden, welche Faktoren zu Stress, Sorgen, Angst und besonderer Belastung führen und wie mit diesem Stress am besten umgegangen werden kann. Die Resilienzforschung zeigt dafür verschiedene Vorgehensweisen. In der Regel zeigen resiliente Kinder und Jugendliche ein *aktives und flexibles Bewältigungsverhalten* (Coping). Unter bestimmten Umständen können aber auch Vermeidungsstrategien unterstützend sein. Dies gilt insbesondere für den Umgang mit unkontrollierbaren Stressfaktoren. »Proaktives Coping führt auf Dauer dazu, dass neue Fähigkeiten erworben und Ressourcen erschlossen werden, die auch für den Umgang mit zukünftigen Stressoren wichtig sein können« (Bengel et al. 2009, S. 80ff.).

Praktisch kann dies zum einen mithilfe von *Entspannungsübungen* geschehen, zum anderen durch Bewegung. Entspannung kann zum Beispiel mit Fantasiereisen erreicht werden. Viele Beispiele finden sich bei Müller und Meister (2007). Im Alltag sollten in den Tagesablauf immer wieder Ruhephasen eingebaut werden, und in vielen Einrichtungen gibt es Räume oder Ecken, in die die Kinder sich zurückziehen können.

In der Einrichtung sollten genügend *Bewegungsmöglichkeiten* vorhanden sein, um den Kindern die Wirkung von Bewegung zu verdeutlichen. Dies kann mithilfe von verschiedenen Bewegungsspielen erreicht werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2019, S. 95 oder Zimmer 2014) oder durch eine Bewegungsbaustelle.

Wie schon bei den vorherigen Einheiten ist auch beim Umgang mit Stress darauf zu achten, mit den Kindern über die Herangehensweise zu sprechen und die Wirkung zu reflektieren.

Praxistipp

Stressbewältigungskompetenzen werden im Alltag gefördert durch:

- ▶ Reflektieren von stressigen Situationen
- ▶ Vorleben aktiver Bewältigungsstrategien
- ▶ Bewegungsspiele
- ▶ Bewegungsbaustelle
- ▶ Räume mit Rückzugsmöglichkeiten
- ▶ Entspannungsübungen
- ▶ Fantasiereisen

Resilienzfaktor 6: Probleme lösen

»Resiliente Kinder haben gelernt, sich realistische Ziele zu setzen. Sie trauen sich, Probleme direkt anzugehen und kennen dafür Problemlösestrategien. Sie sind in der Lage, verschiedene Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln« (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse 2019, S. 54).

Problemlösefertigkeiten entwickeln sich erst im Vorschulalter, deshalb brauchen Kinder in diesem Alter noch viel Unterstützung und Begleitung. In »PRiK« geht es vor allem darum, verschiedene Problemsituationen zu reflektieren und die einzelnen Schritte zur Problemlösung bewusst zu machen. Ziel ist, allgemeine Strategien auf verschiedene Situationen anwenden zu können. Das Kind soll sich bewusst werden, was es zur Lösung eines Problems gebraucht hat, um dies in einer anderen Problemsituation auch wieder nutzen zu können.

Im Alltag ergeben sich verschiedene Aufgaben, die Kinder vor Probleme stellen. Dabei muss es nicht immer um schwerwiegende Dinge gehen; im Mittelpunkt sollte vor allem die *Alltagsbewältigung* stehen. So könnte mit den Kindern überlegt werden, welche Schritte benötigt werden, um einen Obstsalat herzustellen. Dafür müssen sich die Kinder zunächst überlegen, was alles in einen Obstsalat gehört und was man an Utensilien benötigt, um ihn herzustellen. Dabei müssen auch Fragen geklärt werden, wo das Obst eingekauft werden

kann und von welchem Geld. Den Kindern werden so die verschiedenen Schritte bewusst gemacht, und auch weniger hilfreiche Verhaltensweisen werden deutlich, zum Beispiel alle stürmen los, ohne sich vorher zu besprechen, wer was besorgt.

Diese *Planungskompetenz* konnte auch die in Kapitel 1.2 erwähnte Kauai-Studie nachweisen. So zeigten resiliente Jugendliche eine sogenannte »planful competence«, sie setzten sich realistische Berufs- und Lebensziele und planten ihre Zukunft bewusst (Werner 2007).

Sehr geeignet, um problemlösendes Verhalten zu verdeutlichen, sind *Bilderbuchbetrachtungen*. Anhand der Identifikation mit einer Hauptfigur lernt das Kind verschiedene Problemlösungs- und Handlungsansätze kennen und erkennt, dass es mit seinem Problem möglicherweise nicht alleine ist. Die Hauptfigur wird dabei zum Modell für Beispiele erfolgreicher Bewältigungsstrategien. Dabei kann das Kind in Form eines »inneren Probehandelns (...) den Erfahrungsschatz des selbst Erlebten erweitern und (...) neue Handlungsmöglichkeiten aufbauen« (Koj 2008, S. 8).

Hinzu kommt, dass das Vorlesen an sich förderlich für die Beziehung zwischen pädagogischer Fachkraft und Kind ist. Das Kind erfährt eine vertrauensvolle und warme Situation, bei der sich jemand intensiv mit ihm beschäftigt. Es erhält positive Aufmerksamkeit und Zuwendung. Eine Studie von Kain (2006) weist außerdem darauf hin, dass das Vorlesen von Bilderbüchern die Gespräche über Gefühle anregt.

Nicht jedes Bilderbuch oder jede Geschichte eignet sich zur Förderung von Resilienz. Koj (2008) hat einen Kriterienkatalog entwickelt, anhand dessen Literatur auf ihr Resilienzpotezial überprüft werden kann. Weitere Merkmale resilienzförderlicher Bücher werden bei Wustmann (2004) vorgestellt.

eine phänomenologische Beschreibung, die sich besonders gut in einem romantischen Schreibstil ausdrücken lässt (vgl. Sacks 1995). Die Aufgabe der didaktischen Vermittlung rechtfertigt meiner Meinung nach den Schritt, das Gesamtkonstrukt »Syndromanalyse« in methodische Teilschritte zu zerlegen. Herausgekommen ist dabei eine Tabelle (► Tab. 5), die eine Art Verlaufsplan bzw. eine »Gebrauchsanweisung« zur Erstellung einer Syndromanalyse abbildet. Sicherlich entspricht ein so formalisiertes Vorgehen nicht dem traditionellen diagnostischen Prozess, wie ihn Lurija seinerzeit praktiziert hat. Das operationalisierte Erstellen einer Syndromanalyse nach dem im Folgenden dargestellten methodischen Vorgehen konnte aber in den letzten sechs Jahren vielfach mit Fachschülern der Heilziehungs- und Studierendenden der Heilpädagogik konstruktiv und zum Wohl der Nutzer²³ umgesetzt werden.

Inhaltlicher und struktureller Aufbau einer (heilpädagogischen) Syndromanalyse

Im Folgenden sollen die einzelnen Teilschritte einer heilpädagogischen Syndromanalyse detaillierter erläutert werden. Um sich einer vermuteten Realität des Klienten anzunähern, werden vom Diagnostiker zunächst drei verschiedene Beobachterstandpunkte eingenommen. Dann reflektiert er seine Theorie- bzw. Konzeptauswahl, die eigene Haltung zu dem »Problem« Verhalten und entwickelt dann (heil-)pädagogische Interventionsideen. Diese orientieren sich an der heilpädagogischen Einzelfallhilfe – also an dem, was die professionelle Fachkraft in der Interaktion mit der »Fallperson« anbieten kann.

Die Tabelle zum Erstellen einer Syndromanalyse besteht aus fünf Arbeitsschritten. Zuerst werden im sogenannten Außenbeobachterstandpunkt möglichst objektive Daten zusammengetragen. Dann erfolgt im Innenbeobachterstandpunkt, dem zweiten Arbeitsschritt, eine bewusst subjektive Interpretation des Diagnostikers. Im dritten Schritt, dem Superbeobachterstandpunkt, werden dann die ersten beiden Standpunkte auf ihre Stimmigkeit und auf ihre Widersprüchlichkeit hin geprüft, und es wird eine erste Hypothese zum Verstehen des Handelns formuliert. Im vierten Schritt folgt eine Selbstreflexivität, in der der Diagnostiker sein angewandtes Theoriewissen, seinen Erklärungshorizont darlegt – aber auch reflektiert, was seine Theorieauswahl für die »Fallperson« bedeutet. Abschließend werden im fünften Schritt pädagogische Ideen entwickelt. Diese orientieren sich primär am Theorieverständnis der materialistischen Behindertenpädagogik.

23. Mit »zum Wohl der Nutzer« meine ich hier eine durch die Akteure oder den Nutzer selbst bestätigte Steigerung der sozialen Teilhabe, der individuellen Lebensqualität oder der Akzeptanz bzw. Achtung des nach der Diagnostik als subjektiv sinnvoll verstandenen Verhaltens des Nutzers.

»wissenschaftliche Beobachtung«, so Lurija (1979, 35), »ist nicht bloße Beschreibung getrennter Fakten. Ihr Hauptziel ist es ein Ereignis von so vielen Perspektiven aus zu sehen wie möglich.«

Mit Blick auf die heilpädagogische Diagnostik geht es – wie Jantzen (1996, 10) ausführt – jedoch weder um den Verzicht auf empirische Fakten, noch soll die Dimension einer »biologischen Behinderung« (Schädigung) bestritten werden. Jantzen hält es allerdings im Kontext unseres heutigen Wissens über die neurobiologische Selbstorganisationstheorie und den sogenannten Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe für nicht mehr vertretbar, diese Ebene einseitig in den Vordergrund zu stellen. Die Aufgabe der heilpädagogischen Fachkraft liegt also darin, mit Hilfe einer heilpädagogischen Syndromanalyse den sinnvollen und systemhaften Aufbau psychischer Prozesse unter teilweise isolierenden Bedingungen biologischen aber auch gesellschaftlichen Ursprungs zu dechiffrieren und hilfreiche Interventionen zu erarbeiten. Diese Umbewertung und Interpretation der Symptome (des gezeigten Verhaltens) hat für Jantzen hierbei eine hohe Bedeutung: »Sind ... festgestellte Symptome die Folge einer Isolation durch die Art der Störung, so können sie als Ausdruck von Kompetenz unter diesen isolierenden Bedingungen verstanden werden, eine Kompetenz deren Problem nicht in dieser Art von Symptomen liegt, sondern im Fehlen von Alternativen!« (Jantzen 1996, 6). Bei der geforderten Umbewertung und Interpretation des Verhaltens muss der Haltung der heilpädagogischen Fachkraft eine besondere Bedeutung zugemessen werden. Gröschke (2004, 19; 2006, 30) weist darauf hin, dass das Einüben von Reflexivität ein zentraler Bestandteil der heilpädagogischen Methodik und berufsethisches Selbstverpflichtung für jeden praktizierenden Heilpädagogen ist. Erst der Übergang vom passiven Beobachterstandpunkt zum selbstreflexiven subjektiven Beobachterstandpunkt ermöglicht eine Diagnose, in die die eigene Position, die eigene Prognose mit einbezogen wird. Dies ist eine Reflexion, die bisherige Standpunkte nicht verwirft, sondern sie dialektisch in sich aufnimmt und aufhebt (Jantzen 1998, 46). Deshalb greift die Methode der Syndromanalyse auf drei verschiedene Beobachterstandpunkte (Außen-, Innen- und Superbeobachterstandpunkt) zurück und versucht dadurch, ein weitergefasstes Verständnis vom gezeigten Verhalten zu bekommen.

Die Syndromanalyse in der heilpädagogischen Ausbildung

In der praktischen Anwendung und im Ausbildungskontext zeigte sich schnell, dass Umsetzungen, wie sie in den Veröffentlichungen von Jantzen, Sacks oder Zimpel zu lesen sind, sich nur bedingt in der heilpädagogischen Alltagsgestaltung durchführen lassen. Eine Umsetzung scheitert vor allem am Zeitfaktor, aber auch daran, dass nicht jede heilpädagogische Fachkraft über die Gabe einer intuitiven Struktur und über den geforderten romantischen Ausdrucksstil verfügt – Lurija und Sacks fordern

Syndromanalyse als »Verstehende Diagnostik«

Außenbeobachterstandpunkt (eine objektive Beschreibung)

Der Versuch einer »objektiven« Beschreibung einer Beobachtung vom normativen Standpunkt ausgehend.

Diese Beschreibung wird durch die Situation geliefert.

Sie enthält: eine Aufzählung von Kompetenzen und Defiziten der Fallperson und eine Beschreibung des »Ausgrenzungsdramas« (z. B. des Problemverhaltens)

Innenbeobachterstandpunkt (eine subjektive Beschreibung)

Eine vom Beobachter (Diagnostiker) subjektiv konstruierte (»interne«) Beschreibung anhand der Beschreibung des Außenbeobachters

Sie enthält: eine kreative Projektion: Ich ändere die Sicht des Anderen solange, bis ich sie achten kann.

Der Diagnostiker ist sich hierbei der Gefahr der Übertragung bewusst (»Wenn ich Du wäre, würde ich ...«). In der subjektiven Deutung kann es hier im Zugestehen einer sinnstiftenden Tätigkeit zu einer Negation des Außenbeobachters (einer widersprüchlichen Deutung) kommen.

Ziel ist eine höchstmögliche Identifikation mit dem Betroffenen (eine Rekonstruktion von dessen Subjektivität).

Hilfreiche Fragen sind:

- Was wäre aus der Sicht des Betroffenen zu sagen?
- Wie kann er als »Held« in diesem Geschehen gesehen werden?
- Was könnte für ihn am Problemverhalten sinnvoll sein?
- Wann hätte ich so gehandelt? (Was beeindruckt mich?)

Superbeobachterstandpunkt (ein Abgleich der beiden Beschreibungen)

Von einer Metaebene herab wird hier die Stimmigkeit zwischen den Aussagen des Außen- und Innenbeobachterstandpunktes überprüft und versucht, eine Übereinstimmung herzustellen.

Hier erfolgt eine Überprüfung der »Konstruktion« des Innenbeobachters im Interesse des Klienten.

Hilfreiche Fragen sind:

- Sind unerklärliche Widersprüche aufgetaucht?
- Fehlen noch wichtige Informationen?
- Wo liegen die Verständnisse und Missverständnisse des behinderten Menschen?
- (Können syndromspezifische Einschränkungen zu den Widersprüchlichkeiten führen?)
- Welche Faktoren kann ich bestätigen, welche widerlegen?
- Welche theoriegeleitete Hypothese geht mir durch den Kopf (Vermutungshypothese)?

Wichtig: Bei nichtauflösbaren Widersprüchen muss eine weitere Verstehensdiagnose in einem anderen Kontext (Arbeitsplatz, Freizeit etc.) erstellt werden.

Selbstreflexivität (eine Reflexion der eigenen Erklärungsansätze)

Ziel ist die genauere Bestimmung des eigenen Standpunktes: Welches Erklärungsmodell, welche Theorie benutze ich, und warum tendiere ich gerade zu diesem Erklärungsmodell? Hierbei gehe ich der Frage meiner eigenen Geschichte bzw. meinem Rollenverständnis als Diagnostiker nach.

Ermöglicht mir meine Theorieauswahl eine psychologisch/heilpädagogisch begründete Prognose (unter der Berücksichtigung von Achtung und Empathie)?

Hilfreiche Fragen sind:

- Welche Theorie geht mir durch den Kopf?
- Was bedeutet diese Theorie für den »Betroffenen«?

Pädagogische Idee (begründete Formulierung einer konkreten Intervention)

Entwicklung pädagogischer Ideen (Interventionen), die gemeinsames Handeln in der Zone der nächsten Entwicklung ermöglichen.

Akzeptanz des individuellen Lernweges und »pädagogischer Optimismus«.

Hilfreiche Fragen sind:

- Welche Achtung für den Nutzer kann ich mit (oder trotz) meiner Intervention empfinden?
- Wie würde es mir mit dieser Intervention ergehen?

Außenbeobachterstandpunkt

Der normorientierte Standpunkt des Außenbeobachters fasst möglichst objektiv die vorhandenen Informationen zusammen. Hierbei wird besonders auf das »Problemverhalten« im entsprechenden Kontext der Fallperson eingegangen. Zimpel (1994) wählt hier bewusst den Begriff des »Ausgrenzungsdramas«, da das Problemverhalten häufig schon zu isolierenden oder stigmatisierenden Zuschreibungen geführt hat. Ergänzend sollte sich der Diagnostiker auch die von horizontaler und vertikaler sozialer Ungleichheit (Beck 2009) gekennzeichnete Lebenslage des behinderten Menschen vor Augen führen. Trotz der subjektiven Filterung der Informationen bemüht sich der Diagnostiker hier um Objektivität. Den Studierenden hilft hier häufig der Hinweis, dass das hier Beschriebene auf einem während der Diagnostik gedrehten Videofilm erkennbar sein müsste. Demnach müssten mehrere gleichzeitig angefertigte Außenbeobachterstandpunkte zu einem gleichen Ergebnis führen. Wenn die Datenerhebung nicht auf eigenen Beobachtungen beruht, muss sich der Diagnostiker darüber bewusst sein, dass das, was ihm ein Beobachter erzählt, auch nur eine Geschichte, eine Erzählung zwecks Legitimation einer vorgefassten Meinung darstellt. Im Kontext einer Teamarbeit ist es gut möglich, den Außenbeobachterstandpunkt im Team zusammen zu erarbeiten.

Innenbeobachterstandpunkt

Im Innenbeobachterstandpunkt wird ein subjektbezogener Standpunkt eingenommen. Es bietet sich an, ihn aus der Nutzerperspektive heraus zu formulieren. Ausgehend von der konstruktivistischen Annahme, dass jedes Verhalten eines Menschen für ihn selbst in seiner Lebenssituation subjektiv sinnvoll ist, bemüht sich der Diagnostiker um einen Perspektivwechsel. Hierbei geht es um eine kreative Projektion. Der Diagnostiker ändert seine Sicht über den anderen und sein Verhalten solange, bis er ihn achten und wertschätzen kann.

Auch Gröschke (2004, 19) betont die Bedeutung einer solch subjektiven Parteilnahme für den Klienten und sieht den hippokratischen Grundsatz: »Neminem laede, immo omnes quantum potes iuva!« (»Schade niemandem, vielmehr hilf, soviel du kannst, allen!«) als berufs- und handlungsethisches Minimum für jegliche Diagnostik in der heilpädagogischen Praxis. Bei diesem Prozess der subjektiven Umdeutung kann es hilfreich sein, nach dem subjektiven Grund des Klientenverhaltens zu fragen. Der Diagnostiker akzeptiert das Verhalten seines Klienten als dessen subjektiv betrachtete beste (Verhaltens-)Möglichkeit. Diesem Grundsatz folgt er auch bei aggressivem oder autoaggressivem Verhalten. Selbst ein normativ schmerzhaftes Schlagen des Kopfes an die Wand wäre hier als ein subjektiv sinnvolles Verhalten zu interpretieren. Diese versuchte Identifikation mit dem Gegenüber geht so weit, dass sich der Diagnostiker bemüht, die Kognition, die Sicht der Welt, ja sogar die Sprache des Klienten, gedanklich und schriftlich zu imitieren. Der Diagnostiker bemüht sich hier um die Identifikation mit dem »Betroffenen« durch die Berührung mit seinem Leidensweg. Die folgenden Fragen können zum Verstehen des Verhaltens hilfreich sein: »Warum handelt der Klient so?«, »Was ist für ihn daran wohl sinnvoll?« und »Warum hat er sich gerade für dieses Verhalten entschieden?«.

Trotz des Versuchs einer begründeten Rekonstruktion der Subjektlogik muss sich der Diagnostiker seiner Fehlbarkeit bewusst sein. Nach Dörner (1984, 80) ist es nie möglich, einen anderen Menschen ganz zu verstehen. Lediglich die Aussage »Ich verstehe *mich* auf Dich« ist möglich. Durch den Versuch einer Identifikation mit dem Klienten mache ich mich als Diagnostiker und als Individuum sichtbar und angreifbar. Dies ist eine Grundlage für einen konstruktiven Diskurs zum Wohl des Klienten. Beim Erstellen des Innenbeobachterstandpunktes kann es, im Zugestehen der subjektiven Entwicklung des Klienten, zu einer Negation von Beschreibungen im Außenbeobachterstandpunkt kommen. Das bedeutet, dass hier Widersprüche zwischen der objektiven und der subjektiven Beschreibung entstehen können. Dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn das stereotype Schaukeln und Lächeln eines Bewohners im Tagesraum einer Wohngruppe im Außenbeobachterstandpunkt als normal beschrieben wurde – im Innenbeobachterstandpunkt hingegen dasselbe Verhalten als Zeichen von Deprivation und hoher Angepasstheit interpretiert wird. Solchen Widersprüchen soll im nächsten Schritt der Syndromanalyse dem Superbeobachterstandpunkt nachgegangen werden. Für die heilpädagogische Praxis ist der Innenbeobachterstandpunkt aufgrund der emotionalen Identifikation mit dem Klienten von besonderer Bedeutung. Oft ermöglicht das Hineinträumen in die Subjektlogik des Klienten ein neues Verständnis für bestimmte Verhaltensweisen. Wird die heilpädagogische Syndromanalyse als diagnostischer Teamprozess erarbeitet, wird hieran häufig auch die Beziehung (Sympathie, Antipathie sowie Akzeptanz oder Ablehnung für das (Problem-)Verhalten) zwischen den einzelnen Mitarbeitern und dem Klienten erkennbar. Da die Formulierung des Innenbeobachterstandpunktes auf dem eigenen Evidenzgefühl basiert, ist es wichtig, die eigene hermeneutische Interpretation abzusichern. Gröschke (2004, 25) weist bei den *Gütekriterien der Interpretation* (ebd., 24) darauf hin, dass eine größere intersubjektive Übereinstimmung

und Kontrolle gegeben ist, »wenn die vorgeschlagene Interpretation auch für die anderen Teilnehmer der Interpretationsgemeinschaft Überzeugungskraft hat«. Die höchste Stimmigkeit der rekonstruierten Subjektlogik ist allerdings gewährleistet, wenn es möglich ist, dem Klienten den Innenbeobachterstandpunkt vorzulesen und diesen durch ihn selbst bewerten zu lassen. So kann in der Rekonstruktion der Subjektlogik des Nutzers beim Diagnostiker eine »personale Beziehung ... in einem umfassenden und ganzheitlichen Sinne« (Gröschke 1997, 119) entstehen.

Superbeobachterstandpunkt

Der Superbeobachterstandpunkt beinhaltet drei Aspekte: Zum einen geht er der Frage nach, ob es eine Diskrepanz oder einen Widerspruch zwischen der Außen- und Innenbeobachterbeschreibungen gibt. Durch die Rekonstruktion von dynamischen Beziehungen zwischen der Lebenssituation und der Persönlichkeitsentwicklung gilt es hier festzustellen, wo, bezogen auf die Struktur der Sache, Verständnis und Missverständnisse des behinderten Menschen liegen können (ein Bemühen des Diagnostikers um ein Verstehen der Verhaltensbesonderheit als sinnvolle Tätigkeit zur Wiederherstellung von Subjektivität und die daraus möglicherweise resultierenden Missverständnisse im Außenbeobachter). Bestehen Widersprüche zwischen Innen- und Außenbeobachtung, so bedarf es einer Überprüfung des (Problem-)Verhaltens in einer anderen Situation oder an einem anderen Ort. Hierzu bietet sich ein anderes Milieu (z. B. der Arbeitsplatz des Klienten, eine Wohnensituation usw.) an. In einer solchen Situation ist es dann notwendig, auch eine neue Außenbeobachtung zu erstellen. Hier kann sich auch der Bedarf zeigen, dass weitere diagnostische Methoden benötigt werden (z. B. Verfahren aus der Differenzial- oder der Kausal-Diagnostik). Passen Außen- und Innenbeobachterstandpunkt von ihrem Erklärungsgrad her zusammen, sollte der Frage nachgegangen werden, ob noch weitere wichtige Informationen fehlen. Hier hat der Superbeobachterstandpunkt die Funktion eines Ideenspeichers. Da die Syndromanalyse innerhalb der verschiedenen Diagnosekategorien zur Kategorie der *Verstehenden Diagnostik* zählt, ist der Ausrichtungsfokus deutlich individuumszentriert. Das bedeutet, dass Wechselwirkungen mit dem Umfeld zwar beachtet und bedacht werden, der Fokus aber auf dem gezeigten Verhalten des Klienten liegt. In einem zweiten Schritt wird besonders darauf geachtet, ob es einen syndromspezifischen, quasinatürlichen Widerspruch gibt. Lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem gezeigten (Problem-)Verhalten und dem Syndrom des Klienten vermuten? So ist es zum Beispiel nicht verwunderlich, dass ein lauter Kirmesbesuch bei Menschen mit Autismus zu einem Rückzugsverhalten führt.

Der dritte Aspekt beinhaltet erste Deutungen zu dem Verhalten des Klienten und Erklärungen zu den scheinbaren Widersprüchen. Mit einer theoriegeleiteten Hypothese (Vermutungshypothese) beginnt der Übergang zur nächsten Kategorie der Selbstreflexivität.

Selbstreflexivität

Die Selbstreflexivität ist eine möglichst genaue Bestimmung des eigenen (Diagnostiker-)Standpunktes. Der Diagnostiker ist nicht nur passiver Beobachter, sondern selbst Bestandteil der Situation und der möglichen Prognosen. Hier geht es darum, den eigenen Standpunkt der psychologisch begründeten Prognose mit der Konsequenz der Selbstreflexion zu benennen. Welche Auswirkungen hat meine Theorieauswahl auf den Klienten? Ziel der Theorieauswahl des Diagnostikers ist es, unter allen Umständen Achtung und Empathie in Worten, Taten und Gefühlen so aufzubauen, dass er seinem Klienten eine humane Entwicklungssituation sichert, die immer auf die Auseinandersetzung mit dem realen Leben bezogen sein sollte. So kann es gelingen, aufgrund allgemeinschlicher Gesetzmäßigkeiten eine Entwicklung zum Besseren anzuregen. In der Selbstreflexivität geht der Diagnostiker den Fragen nach, welche Theorien, Handlungskonzepte und eigenen Erfahrungen (Alltagswissen, eigene Sozialisation) er zum Verstehen bzw. Interpretieren des Verhaltens nutzen kann. Zimpel (2010, 160) weist in diesem Prozess auf die Gefahr, aber auch die Chance des »Vygotskij-Effektes« hin. Vygotskij beschreibt, dass Intrapsychisches dazu tendiert, Interpsychisches zu werden. Dieser Effekt ermöglicht, dass Fremdsuggestion zu Selbstsuggestion werden kann. Hierin liegt die Gefahr, dass der Diagnostiker sich von äußeren Eindrücken täuschen lässt – aber auch die Chance, dass der Klient konstruktive Fremdsuggestion annehmen kann. Bedeutsam ist hierbei, diesen Effekt im diagnostischen Prozess mit zu bedenken. Die Notwendigkeit der hier geforderten Selbstreflexivität besteht, so Jantzen (1996), primär darin, dass sich der Diagnostiker dessen bewusst wird, dass er selbst Teil der Interpretation des diagnostischen Prozesses ist und er sich durch seine eigene Erkenntnis selbst erfassen bzw. reflektieren muss. Gröschke (2004, 25) schreibt zu den Gütekriterien der Interpretation: »Die Methode des Verstehens und Interpretierens steht und fällt mit der gewissenhaften Einhaltung methodenkritischer Kriterien, Regeln und Standards. Die Gefahr einer »wilden«, subjektivistischen und unkontrollierten Deutung ist nicht gering.« Als Standards haben sich an dieser Stelle der heilpädagogischen Syndromanalyse selbstreflexive Fragen wie »Was beeinflusst mich in meiner Wirklichkeitskonstruktion?« und Fragen zu meiner Theorieauswahl wie z. B. »Wie komme ich zu dieser Annahme?« oder »Welchen Erklärungsansatz verfolge ich?« als sehr bedeutsam und hilfreich erwiesen.

Die Erfahrung zeigt, dass sich für die Erklärungen der kognitiven Fähigkeiten besonders die Theorien von Piaget, Erikson, Freud, Bowlby, Dollard und Vygotskij bewährt haben. Bei den theoretischen Erklärungsversuchen kann eine Unterscheidung in inter- und intrapsychische Erklärungsansätze hilfreich sein (s. Bsp. in Abb. 5). Ergänzend ist es die Aufgabe des Diagnostikers, sich Fach- und Erklärungswissen über den jeweiligen Syndrom- und Verhaltenskanon anzueignen. Neben dieser objektiven Erklärungsbegründung sollte der Diagnostiker seine subjektive Auswahl von Erklärungsansätzen hinterfragen. Oft beeinflusst das zuletzt Gelesene oder Gehörte die Erklärungsauswahl des Diagnostikers. So konnte

ich bei Syndromanalysen im Examen an der Fachschule für Heilerziehung stets erkennen, ob mein Kollege im letzten Semester das Thema Verhaltenstheorie oder Tiefenpsychologie gelehrt hatte. Um sich dieser Setzung von Erklärungen bewusst zu werden, ist es auch hier notwendig, die persönliche Erklärungspräferenz mit zu reflektieren.

Pädagogische Idee

Mit der pädagogischen Idee findet die heilpädagogische Syndromanalyse ihren diagnostischen Abschluss. Hier werden konkrete Interventionsideen benannt und fachlich begründet. Diese Interventionen sollten in einer Kausalität zu den vorherigen diagnostischen Erkenntnissen stehen. Es sollten keine frei assoziierten Interventionen benannt werden. Ein »roter Faden« sollte erkennbar bleiben. Sinnvoll ist es, nicht zu viele (heil-)pädagogische Maßnahmen aufzuzeigen. Für die Entwicklung der pädagogischen Ideen in der heilpädagogischen Syndromanalyse sind zwei Operatoren zu beachten:

1. Die pädagogische Idee sollte einmöglichst gemeinsames pädagogisch-therapeutisches Handeln in der *Zone der nächsten Entwicklung* ermöglichen. Vygotskij definiert die Zone der nächsten Entwicklung als den Bereich, in dem der Klient zum Ausführen der Handlung noch übergangsweise pädagogische Unterstützung benötigt. Die Ausrichtung an der Zone der nächsten Entwicklung zwingt den Diagnostiker zu einer realistischen und konkreten Interventionsidee (kein Schwimmen mit Delfinen in Australien).
2. Der zweite Operator ist die Akzeptanz des individuellen Lernweges auf der Basis des *pädagogischen Optimismus*. Pädagogischer Optimismus bedeutet, dem Klienten immer eine Weiterentwicklung zuzutrauen und sich bei einem Ausbleiben des gewünschten Lernerfolges zunächst selbst zu fragen, ob der Inhalt didaktisch und methodisch angemessen angeboten wurde. Der gute Diagnostiker stellt zunächst sich und sein Angebot und nicht das Veränderungspotenzial des Klienten in Frage.

Ein Beispiel für eine Syndromanalyse

Für das Erarbeiten einer Syndromanalyse hat sich ein Vorgehen in drei Schritten bewährt. Im ersten Schritt werden die zur Verfügung stehenden Informationen in einer Blankotabelle eingetragen. Im zweiten Schritt werden diese Informationen noch einmal überprüft, ergänzt (durch Erklärungsansätze, Gespräche mit anderen professionellen Fachkräften etc.) und in einen in sich stimmigen Sinnzusammenhang gebracht. Zum Schluss werden, in einem dritten Schritt, die

2 Leitlinien traumabezogener Interventionen im sozialpädagogischen Alltag

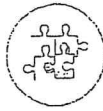
2.1 „Erst verstehen – dann handeln“ (P. Moor)

Die Hilfeanlässe, aus denen heraus Menschen zu Adressaten sozialpädagogischer Angebote werden, sind vielfältig. Meist sind jedoch persönliche und soziale Nöte oder Bedarfe, die im Zusammenhang mit biografischen Verletzungen und Mangelereben entstanden sind, der Grund. Nicht selten stehen diese Nöte im Zusammenhang mit verschiedensten Verhaltenssymptomen, die Auslöser oder Begleiter der sozialpädagogischen Hilfeleistungen sind. Dabei gerät manches Mal die Symptomatik stärker als das innere Leid der Betroffenen in den Fokus der beteiligten Fachkräfte. Ohne ausreichende Kasuistik entstehen Hilfepläne, die Gefahr laufen, vor allem den Abbau störender Verhaltensweisen anzustreben und scheinbar dysfunktionale Muster in funktionale Strukturen verwandeln zu wollen.

Eben diese Hilfeprozesse, denen kein ausreichendes Sinnver stehen zugrunde liegt, führen leicht zum Scheitern. In der Konsequenz wird dieses Scheitern dann so manches Mal den Hilfesuchenden aufgebürdet, indem es zu Zuschreibungen kommt, *nicht richtig mitzuarbeiten, sich zu verweigern, nicht wirklich zu wollen*. An dieser Stelle herrscht bisweilen ein merkwürdiges fachliches Selbstverständnis in therapeutischen und sozialen Berufsfeldern, in dem stagnierende oder scheiternde Prozesse dem Klienten angelastet werden. Ich stelle mir manchmal vor, wie ich reagieren würde, wenn ich zum Friseur ginge und dieser mir die Haare völlig ver schneiden würde, um mir dann mitzuteilen, dass der misslungene Schnitt an der Struktur meiner Haare läge oder daran, dass ich vielleicht nicht richtig gewollt hätte; und ich deshalb den vollen Preis zahlen müsste.

Auch wenn die Profession Sozialer Arbeit mit Sicherheit kein klassisches Handwerk ist, braucht sie dennoch die Grundhaltung, dass es in *ihrer* Verantwortung liegt, den Prozess zugunsten des Adressaten zu gestalten. Dies umfasst zunächst die Entwicklung eines hinreichenden Verständnisses der Problematik, um dann auf der Handlungsebene für angemessene individuelle Lösungsansätze zu

sorgen. Am Anfang jeder fachlichen Intervention steht also immer das *Erträteln*, wie der Kinderpsychiater Karl-Heinz Brisch es gerne nennt. Anders ausgedrückt: Es geht um einen verstehensorientierten Zugang als Grundlage jeder Prozessgestaltung. Das folgende Beispiel soll dies noch einmal veranschaulichen:



Eine 32-jährige Klientin, Frau M., erhält aufgrund einiger Verhaltensauffälligkeiten ihrer 4-jährigen Tochter sozialpädagogische Familienhilfe. Die Hilfe gestaltet sich aus der Perspektive der Familienhelferin Frau S. oft mühsam: Die Familienhelferin hat den Eindruck, dass Frau M. die Probleme ihrer Tochter gar nicht richtig wahrnimmt. Auch einer Auseinandersetzung über ihre eigenen Schwierigkeiten mit der Erziehung und Versorgung ihrer Tochter weicht Frau M. meist aus oder wiegelt ab. Nachdem die Familienhelferin bereits einige Zeit in der Familie arbeitet, taucht plötzlich ein Gerichtsverfahren auf. Es stellt sich heraus, dass Frau M. neben den besagten Erziehungsproblemen offensichtlich eine Menge Schulden aufgrund nicht beglichener Rechnungen hat. Hiervon wusste Frau S. bislang nichts: Frau S. meldet ihr Unverständnis an, bemüht sich um Schadensregulierung und bittet Frau M. inständig, ihr gegenüber mit *offenen Karten* zu spielen. Frau M. teilt mit, dass sie immer wieder vergessen habe, die Rechnungen zu bezahlen und versichert, dass dieses so nicht wieder vorkommen würde und auch, dass ansonsten *nix wäre*; was sie Frau S. nicht gesagt hätte. Nach ca. einem halben Jahr erhält Frau M. plötzlich einen Haftbefehl, da sie eine ihr gerichtlich auferlegte Geldbuße nicht bezahlt hatte. Frau M. gibt gegenüber der Sozialpädagogin an, sie, Frau S., habe das offensichtlich *verschuldet*.

Verhaltensorientierter Zugang: Die Familienhelferin ist außerordentlich verärgert, dass Frau M. ihr wiederholt etwas verschwiegen hat und somit ständig neue Probleme schafft. Sie äußert Frau M. gegenüber Unverständnis über dieses Verhalten und teilt ihr auch mit, dass sie enttäuscht über den Verlauf wäre. Sie kündigt Frau M. an, die jetzige Hilfe beenden zu wollen, wenn diese nicht deutlicher mitarbeiten würde, ggf. müssten dann *andere Maßnahmen* eingeleitet werden.

Verstehensorientierter Zugang: Die Familienhelferin versucht mit Frau M. zu *erträteln* und einzuordnen, wofür ihr Verhalten ein

Ausdruck sein könnte. Durch diesen feinfühligsten Zugang kann die Familienhelferin zur Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung als Grundlage für Lernprozesse beitragen. Sie weiß, dass Frau M. aus einer hochbelasteten familiären Lebenssituation kommt. Neben sozialer und materieller Armut war sie über viele Jahre chronischer körperlicher und emotionaler Gewalt in ihrer Herkunftsfamilie ausgesetzt. Eine mögliche Erklärung für das Verhalten von Frau M. wäre, dass sie im Zusammenhang mit einem Kindheitstrauma gelernt hat, *Unangenehmes* zu vermeiden oder zu verdrängen (Konstruktion). Sie schützt sich damit vor jeder Art negativer Reize, da diese als Trigger fungieren und Intrusionen auslösen könnten. Wenn Frau M. also Probleme ihrer Tochter nicht wahrnimmt oder Mahnungen nicht erinnert, so ist es durchaus möglich, dass dies ein lebensgeschichtliches Überlebensmuster ist, das auftaucht, wenn Schuldgefühle (Probleme der Tochter) angesprochen werden oder Gefahr (Geldforderungen, Mahnungen) droht.

Es wird diesbezüglich wenig nützen, an Frau M.s Vernunft zu appellieren, es beim nächsten Mal anders zu machen, da in Stresssituationen nicht der Verstand, sondern die Erregung das Verhalten kontrolliert. Die Familienhelferin wird entsprechend insgesamt stabilisierend arbeiten. Bzgl. der Post-/Rechnungsproblematik könnte sie mit Frau M. klären, welche Unterstützung diese benötigt, um *schlechten Nachrichten* oder alltäglichen Herausforderungen begegnen zu können. Dazu könnte auch ein Angebot zum gemeinsamen Öffnen von Rechnungen gehören (Stressreduktion durch Bindungsangebot).

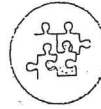
Manches Mal besteht unter sozialpädagogischen Fachkräften die Sorge, dass zu viel Verständnis ein Freifahrtschein für alle Verhaltensweisen sein könne. Verstehensorientiertes Arbeiten heißt nicht jedes Verhalten gut, es versucht jedoch, dieses zu ergreifen, um ggf. an den Wurzeln und nicht nur an den Symptomen arbeiten zu können. *Verstehen* heißt nicht immer, auch einverstanden zu sein. Auch unter einem verstehensorientierten Zugang ist es möglich, sich in angemessener Weise klar in Bezug auf Fehlverhaltensweisen zu positionieren. Dies ist vor allem dann notwendig, wenn Grenzen oder Integrität anderer Menschen verletzt werden. Parallel dazu sollte aber immer auch ein Verstehensangebot gemacht werden, auf dessen Basis Neuorientierungen besser möglich werden als auf der Grundlage von Ermahnungen und Bestrafungen. Es geht also nicht um das Rechtfertigen von unangemessenen Verhaltensweisen, son-

dern darum, sich einen Zugang zu verschaffen zu der inneren Not, die die Schattzentrale dieser Verhaltensweisen ist.

Das Konzept des guten Grundes

Richtungsweisend für diesen Zugang kann das in der Praxis verbreitete Denkmodell des „Konzept des guten Grundes“ sein. Dieses basiert auf Grundannahmen, die davon ausgehen, dass das Verhalten von Menschen normalerweise nicht destruktiv motiviert ist, sondern aus dem inneren System des Menschen heraus Sinn ergibt. Um sich diesem Sinn anzunähern und damit zu tieferem individuellen Fallverstehen zu gelangen, können folgende Axiome hilfreich sein:

Menschen verhalten sich immer aus ihren Bedürfnissen heraus: Dieses Prinzip entschlüsselt Verhalten von Menschen im Zusammenhang mit ihren Bedürfnissen. Auffälligkeiten werden entsprechend nicht als Störung, sondern als besondere Bedürfnisse interpretiert. Gerade traumatisierte Menschen haben vielfältige Verletzungen und Mangelerscheinungen bzgl. ihrer Grundbedürfnisse erleiden müssen. Die sich hieraus ableitende Kernfrage lautet: Welche Grundbedürfnisse, die aktuell nicht befriedigt werden oder biografisch mangelhaft versorgt wurden, kommen in der wahrgenommenen Symptomatik zum Ausdruck? Handlungsziele, die sich aus diesem Zugang ergeben, gelten der Bearbeitung und (soweit möglich) Beseitigung des Mangelerscheinens.



Der kleine Louis fällt in der Kita immer wieder durch provokantes und aggressives Verhalten auf. Die Gruppenerzieherin meint: „Man muss ihn im Grunde die ganze Zeit im Auge haben.“ Entsprechend häufig gibt es Ärger mit Louis. Regelmäßig wird Louis deutlich für sein Verhalten gemahnt oder muss sich eine *Time-out* Zeit nehmen, bei der er im Nebenraum auf einem Stuhl sitzt. Obwohl die Kolleginnen sich konsequent verhalten und Louis ihnen immer wieder versichert, sich zu bessern, beklagen sie, dass die Auffälligkeiten des Kindes sich eher weiter verschlechtern. Betrachtet man Louis Verhalten aus der Perspektive seiner Bedürfnisse, so könnte Folgendes deutlich werden: Louis wuchs als einziges Kind bei seiner alkoholkranken Mutter auf. Mit zweieinhalb Jahren wurde er deutlich unternährt und entwicklungsverzögert vom Jugend-

amt aus der Familie genommen. Zunächst war Louis für einige Wochen im Kinder-Jugendnotdienst einquartiert, von dort kam er in eine Kurzzeitpflegfamilie, bei der er 6 Monate lang versorgt wurde. In dieser Zeit wurde deutlich, dass Louis nicht wieder zurück zu seiner Mutter konnte, so dass er in einer Langzeitpflegfamilie untergebracht wurde. Betrachtet man Louis' Verhalten aus der Perspektive seiner Bedürfnisse, so könnte die darin enthaltene Botschaft ein Bindungsbedürfnis sein, das gegenwärtig von ihm nicht anders zum Ausdruck gebracht werden kann. Wird Louis' Verhalten nun also ausschließlich mit *Ärger* bekommen, negativen Konsequenzen und *Time-out* beantwortet, entwickelt sich ein Teufelskreis, da neue Mangelerebnisse und Verwundungen entstehen, die Louis' Verhalten weitere Nahrung geben. Wird jedoch Louis' Bedürfnis nach Bindung und Sicherheit zur Grundlage des pädagogischen Handelns, würden im Vordergrund der Aktivitäten – neben notwendigen Begrenzungen in Akutsituationen – vor allem Ansätze bindungsorientierten Arbeitens stehen (→ Kap. 23).

Hinter jedem Verhalten steckt eine positive Absicht: Häufig sagen wir: „Das hat er mit Absicht gemacht!“ und meinen dann: „...“, um den Anderen zu ärgern oder zu verletzen.“ Die Unterstellung liegt also in feindseligen, berechnenden Absichten, die dazu da sind, dem Anderen zu schaden. Die Grundannahme, hinter jedem Verhalten stecke eine positive Absicht, erfordert einen Perspektivwechsel. Sie lenkt die Aufmerksamkeit weg vom (negativen) Effekt hin zu den inneren Zielen der ausführenden Person.

Die Kernfrage lautet in diesem Zusammenhang also: Was versucht jemand mit diesem Verhalten für sich zu erreichen oder sich herzustellen? Ähnlich wie bei der Frage nach den Bedürfnissen ermöglicht ein Zugang über die positiven Absichten, den Menschen darin zu unterstützen, ggf. andere Möglichkeiten für die gleichen Absichten zu erproben. Nach dem Motto *Absicht gut – Weg verkehrt*, kann zunächst wieder für sinnhaftes Einordnen des Verhaltens und dann für Alternativen gesorgt werden.

Werden positive Absichten nicht gewürdigt, blockieren sie erfahrungsgemäß den Veränderungsprozess. Ausschließlich verhaltensorientierte Zugänge wie bspw. in der Drogenarbeit provozieren ständige Rückfälle. „Niemand schmeißt das Licht aus, bevor er keine Gaslaternen installiert hat. Es sei denn, er will im Dunkeln sitzen“ (Sprichwort). Verhaltensänderungen können nach dem Konzept

also nur stattfinden, wenn verlässliche Alternativen oder neu etablierte Muster gefunden wurden.

Hinter traumabasierten Symptomen finden sich oft positive Absichten bzgl. des Wiedererlangens von Macht und Kontrolle, des Schutzes vor neuerlichen Gefahren, des Vermeidens von Schmerz, des Sicherns von Überleben.



Der 12-jährige Roger lebt aufgrund einer Körperbehinderung in einer Wohnrichtung: Roger kam mit 9 Jahren erstmalig in ein Kinderheim, nach dem er viele Jahre zuhause schweren Miss-handlungen und Vernachlässigungen ausgesetzt war. Neben einer ausgeprägten Angstsymptomatik handelte sich Roger regelmäßig Ärger mit den Betreuern ein, weil er nachts heimlich an den Kühlschrank ging, um dort Essen zu entnehmen, was er dann unter seinem Bett hortete. Da es trotz vieler Gespräche mit Roger zu keiner Veränderung seines Verhaltens kam, wurde als Maßnahme ein Vorhängeschloss für den Kühlschrank besorgt, so dass die Kinder und Jugendlichen nicht mehr ohne Absprache an den Kühlschrank konnten. Kurz darauf wird Roger dabei ertappt, wie er einem anderen Kind morgens sein Pausenbrot aus dem Ranzen herausnimmt. Betrachten wir Rogers Verhalten nicht aus einer moralischen Perspektive, sondern im Zusammenhang mit positiven Absichten, so können wir davon ausgehen, dass Roger versucht sein Überleben sicherzustellen. Vor dem Hintergrund älter Lebensmuster war Rogers Grundversorgung nie verlässlich sichergestellt. Bis heute vertraut Roger diesbezüglich niemandem und versucht entsprechend für schlechte Zeiten vorzusorgen.

Ausschließlich verhaltensorientierte Pädagogik würde sich vermutlich überwiegend auf die Umsetzung von Konsequenzen konzentrieren. Aus traumasensibler Perspektive könnte jedoch versucht werden, über die *positive Absicht* für Verständnis und Lösung zu sorgen. Möglich wäre also, mit Roger den Zusammenhang zu früheren Erlebnissen herzustellen, um ihn diesbezüglich nicht zu beschämen. Rogers *alte Not* könnte auch gegenüber den anderen Kindern deutlich gemacht werden, damit sie nicht zu abwertenden Urteilen ihm gegenüber kommen.

Gleichzeit könnte mit Roger überlegt werden, ob eine kleine

Vorratskiste mit unverderblichen Lebensmitteln in sein Zimmer gestellt werden kann, bis Roger ausreichend Vertrauen gefasst hat, dass er in der Einrichtung gut versorgt ist.