

2.77 In: Jantzen, W. (Hrsg.):

Geschlechterverhältnisse in der Behindertenpädagogik.
Subjekt/Objekt-Verhältnisse in Wissenschaft und Praxis

Edition SZH der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik:
Luzern, 1997, 110 - 119.

Wilfried Datler

Vom Erklären frühester "Verhaltensauffälligkeiten" zur Suche nach ihrer Bedeutung

Ein Beitrag zum subjektorientierten Verstehen
von frühkindlichen Entwicklungsproblemen

1. Problementfaltung

Begriffe wie Teilleistungsschwäche, Minimale Cerebrale Dysfunktion, Sensorische Integrationsstörung etc. zählen heute zum gängigen Vokabular vieler Kolleginnen und Kollegen, die im Grenzgebiet zwischen Heilpädagogik, Kinderneuropsychiatrie und Klinischer Psychologie arbeiten. Ihre weite Verbreitung verdanken diese Begriffe nicht zuletzt dem Umstand, daß viele Kinder beim Erlernen bestimmter komplexer Fähigkeiten - etwa in den Bereichen der Motorik, des Schreibens, des Lesens, des Sich-konzentrieren-Könnens - mit erheblichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, obgleich bei diesen Kindern "Behinderungen" im landläufigen Sinn ebensowenig ausgemacht werden können wie zum Beispiel organmedizinisch faßbare Ursachen.

Beobachtungen dieser Art führten in den 70er- und 80er-Jahren zu zahlreichen Studien, in denen versucht wurde, die Eigenart dieser Schwierigkeiten präziser auszuloten. Und innerhalb weniger Jahre wurden zahlreiche Arbeiten publiziert, die um *eine* zentrale These kreisten.

Ein Gutteil dieser Kinder, so die These, habe bestimmte basale Fähigkeiten - etwa im Bereich der Wahrnehmung oder im Bereich der Verknüpfung bestimmter Wahrnehmungsfunktionen - nicht ausreichend ausgebildet. Dies falle zunächst beziehungsweise im Alltag eines Kindes oft kaum auf, mache sich aber dann bemerkbar, wenn komplexere Fähigkeiten entfaltet werden sollen, die auf den "Gebrauch" von solchen basalen Fähigkeiten aufbauen.

- In diesem Sinn läßt sich etwa in Anlehnung an *Berger* (1980, 17, 52) festhalten, daß manche Kinder nur in eingeschränkter Weise in der Lage sind, akustische Lautwahrnehmungen in optische Symbole zu übersetzen. Diese Schwäche wird im Kindergartenalter häufig nicht bemerkt. Wenn solch ein Kind einige Zeit später aber lernen soll, nach Diktat zu schreiben, so wird ihm dies sehr schwer fallen. Es wird zahlreiche Fehler machen, ohne daß es selbst verstehen könnte, worin diese Fehler gründen.

- In ähnlicher Weise verdeutlicht *Ayres* (1979, 82), daß manche Kinder beispielsweise nur in eingeschränkter Weise in der Lage sind, taktile und optische

Wahrnehmungsleistungen miteinander zu verknüpfen. Im Vorschulalter werden solche Kinder oft als lediglich "ungeschickt" erlebt, ohne daß sich Eltern oder Kindergärtnerinnen veranlaßt fühlen, deswegen beunruhigt zu sein. Sorge und Unruhe brechen dann aber häufig nach dem Schuleintritt auf, wenn diese Kinder schreiben lernen sollen und es kaum schaffen, Auge und Hand zu koordinieren.

Nun führte die wissenschaftliche Beschäftigung mit solchen und ähnlichen Problemen zur Ausarbeitung von zahlreichen Theorien, in denen bestimmte *neurophysiologische* bzw. *neuropsychologische* Modellvorstellungen bemüht wurden. Diesen Modellvorstellungen zufolge sind Heranwachsende deshalb nicht in der Lage, bestimmte basale Leistungen zu erbringen, weil spezielle Teile des Zentralnervensystems, in denen der Vollzug solcher Leistungen gründet, lädiert oder noch nicht in ausreichendem Maße ausgebildet wurden.

- So ist etwa bei Ayres (1979, 71) nachzulesen, daß beim Vorliegen einer solchen "sensorischen Integrationsstörung" das "Gehirn nicht in der Lage (sei), den Zustrom sensorischer Impulse in einer Weise zu verarbeiten und zu ordnen, die dem betreffenden Individuum eine gute und genaue Information über sich selbst und seine Umwelt ermöglicht." Es sei daher eine "minimale Hirnfunktionsstörung", in der viele "sensorische Integrationsstörungen" und deren Symptome gründen (Ayres 1979, 71).

- Auch Berger (1980, 52) knüpft in seiner Annäherung an den Begriff der Teilleistungsschwäche an solche neurophysiologischen Modellvorstellungen an, wenn er zunächst den Begriff der minimalen cerebralen Dysfunktion (MCD) präzisiert und festhält: "Der Begriff der minimalen cerebralen Dysfunktion soll zum Ausdruck bringen, daß das Zusammenspiel von Funktionsarealen des Gehirns zur Erbringung von Leistungen unterschiedlichen Komplexitätsgrades in einer Weise beeinträchtigt ist, die wohl nicht zum Verlust dieser Leistungen, aber doch zu ihrer Störung, zumindest unter bestimmten Bedingungen führt ... Diese Störungen können sowohl auf Läsionen (Zerstörung von Gehirngewebe) als auch auf Deprivationen (Anregungs- und Übungsmangel) zurückzuführen sein. Sie treten im schulischen Bereich oft in Form von umschriebenen Leistungsdefiziten zutage und werden meist unter dem Begriff 'Teilleistungsschwächen' beschrieben."

Es ist nun wichtig festzuhalten, daß diese erwähnten Defekte oder Schwächen des Zentralnervensystems im Regelfall anatomisch oder morphologisch nicht ausgemacht werden können (vgl. Ayres 1979, 71). Im Sinne der bemühten neurologischen bzw. neuropsychologischen Modellvorstellungen wurden sie vielmehr als gegeben *angenommen*, damit in plausibler Weise *erklärt* werden kann, wie es zur Ausbildung bestimmter Entwicklungsschwierigkeiten kommt. Von dieser Annahme ausgehend wurden denn auch zahlreiche Studien angestellt, die in den 70er- und 80-Jahren zumindest drei Konsequenzen zeitigten:

Erstens wuchs in einschlägigen Publikationen die Zahl der "Auffälligkeiten" (ich bleibe bei diesem Begriff trotz seiner Problematik; vgl. Datler 1985), deren Zustandekommen unmittelbar oder mittelbar auf solche angenommene

Schwächen oder Defekte des Zentralnervensystems zurückgeführt werden. In *Jean Ayres* (1979) Theorie der "Sensorischen Integrationsstörung" spannt sich beispielsweise der Bereich der Auffälligkeiten, die als (unmittelbare oder mittelbare) Folge solcher "minimaler Hirnfunktionsstörungen" begriffen werden, von diversen Störungen der visuellen Wahrnehmung, des Hörens und des Sprechens über verschiedene Schwierigkeiten in den Bereichen der Körperwahrnehmung, der Gleichgewichtsregulation und der Bewegungsplanung bis hin zu Schul- und Adoleszenzproblemen sowie diversen "Verhaltensproblemen" wie Unkonzentriertheit, Hyperaktivität, sozialer Rückzug oder Berührungsvermeidung.

Zweitens kam es zur Ausarbeitung von differenzialdiagnostischen Untersuchungsverfahren sowie zur Entwicklung von funktionell-therapeutischen Förderkonzepten (*Berger* 1977, 89ff; *Bogyi* 1977), die sich als durchaus hilfreich erwiesen. Diese Konzepte folgten dem Gedanken, daß das Zentralnervensystem in der Lage sei, Entwicklungsrückstände aufzuholen oder minimale Defekte zu kompensieren, wenn es (etwa durch den Vollzug bestimmter Übungen) in spezifischer Weise stimuliert würde. In diesem Zusammenhang schien die möglichst frühe Erkennung von "minimalen Hirnfunktionsstörungen" besonders erfolgreiche Fördermöglichkeiten zu eröffnen und führte folglich zu diversen Versuchen, "minimale Hirnfunktionsstörungen" möglichst früh zu erkennen und funktionell-therapeutisch zu "behandeln".

Drittens wurde zusehends gefragt, welche Bedeutung dem affektiven Erleben im Prozeß der Genese jener Schwierigkeiten zukommt, mit denen Kinder mit "minimalen Hirnfunktionsstörungen" zu kämpfen haben. Dabei betonen Autoren wie *Ayres* (1979, 80f.) oder *Friedrich* (1980, 28ff.), daß sich solche Kinder zum einen mit den unmittelbaren Folgen ihrer Hirnfunktionsstörung (etwa mit dem erschwerten Erlernen des Schreibens und Lesens) und zum anderen mit den abweisenden Reaktionen der Umwelt auf ihre Entwicklungsschwierigkeiten und Entwicklungsprobleme konfrontiert finden. Dies belastet das Erleben vieler Kinder enorm und führt häufig zu einer Intensivierung der Probleme. Aus dieser Sicht haben Momente des affektiven Erlebens somit in *sekundärer* Weise Anteil an der Ausbildung entsprechender Auffälligkeiten; denn im Sinne der gewählten Modellvorstellungen werden ja als *primäre* Ursachen der besagten Auffälligkeiten Hirnfunktionsstörungen angenommen, die außerhalb des Psychischen angesiedelt, im Sinne der bemühten Theoriebildungen unabhängig von etwaigen emotionalen Befindlichkeiten entstehen und erst *in der Folge* emotionale Belastungen nach sich ziehen. Zugleich wurde die Frage, ob bestimmte Weisen des Erlebens von Selbst und Welt auch in *primärer* Weise zur Ausbildung dieser Auffälligkeiten führen kann, weitgehend ausgeklammert.

Diese letztgenannte Frage möchte ich im folgenden aufgreifen. Und eine Tagung, die unter anderem dem Thema der Subjektorientierung in der Heilpädagogik gewidmet ist, scheint mir dafür auch den rechten Rahmen abzugeben. In

den nächsten Abschnitten werde ich daher folgende These zu stützen versuchen, welche besagt:

Zumindest in bestimmten Fällen ist es möglich und sinnvoll, einzelne Auffälligkeiten, die häufig auf minimale Hirnfunktionsstörungen zurückgeführt werden, als Folge und Ausdruck bestimmter Weisen des Erlebens von Selbst und Welt zu begreifen. An die Stelle der Annahme, daß bestimmte Auffälligkeiten in erlebnisjenseitig "existierenden" zentralnervösen Schwächen oder Defekten gründen, tritt dann die Vorstellung, daß diese Auffälligkeiten primär in psychischen Prozessen wurzeln und somit in ihrer subjekthaften Bedeutung zu verstehen sind. Wird dieser Vorstellung gefolgt, so eröffnet dies neue Möglichkeiten der Förderung früher Entwicklungsprozesse.

Um diese These zu stützen, werde ich aus einem Bericht zitieren, der von meiner Wiener Kollegin *Regina Bernhofer* stammt. Ich hatte einige Male die Gelegenheit, Ausschnitte aus diesem Bericht mit *Regina Bernhofer* zu diskutieren, und darf darauf verweisen, daß dieser Bericht demnächst in einer etwas ausführlicheren Weise in der Zeitschrift für Individualpsychologie erscheinen wird (*Bernhofer 1997*).

2. Ein Ausschnitt aus einem Fallbericht

Frau D. wandte sich vor einiger Zeit an eine Einrichtung des Wiener Jugendamtes, welche früher "Mutterberatungsstelle" und seit einiger Zeit "Entwicklungsdiagnostik" heißt. In dieser Stelle arbeiten Vertreter verschiedener Professionen, die sich um die diagnostische Abklärung unterschiedlichster Entwicklungsprobleme ebenso bemühen wie um die heilpädagogische oder therapeutische Arbeit mit kleinen Kindern und deren Eltern.

Frau D. suchte die besagte Einrichtung auf, weil sie den Eindruck hatte, daß sich ihr einjähriger Sohn Michael nicht so entwickelte, wie er sich entwickeln sollte. Es ist ihr zunächst unmöglich, ihre Sorgen zu präzisieren; und auch eine erste grobneurologische Untersuchung läßt zunächst keine Entwicklungsauffälligkeiten erkennen.

In weiteren Gesprächen gelingt es dann Frau D. aber, über ihre Sorgen genauer zu sprechen. Dabei klagt sie unter anderem darüber,

- daß Michael auf Körperkontakt ablehnend reagiere; und
- daß er es bevorzuge, sich stundenlang alleine mit Spielzeug zu beschäftigen: Häufig ziehe er sich dabei sogar hinter ein Sofa oder gar hinter Vorhänge zurück; und auch dann, wenn Frau D. versuche, gemeinsam mit ihm zu spielen, würde er vom Alleine-Spielen oft nicht ablassen.
- Im Schnee oder im Sand würde Michael gleich gar nicht spielen.

Frau *Bernhofer* spricht mehrmals mit Frau D., geht vorliegende Befunde durch, sieht Michael - und kann selbst beobachten, daß Michael auf gewisse Kontaktangebote ablehnend reagiert sowie gewissen Rückzugstendenzen folgt. Diese Beobachtungen stärken die Annahme von Frau *Bernhofer*, daß viele Kollegen und Kolleginnen diverser Frühförderungseinrichtungen die Auffassung

vertreten würden, Michael zeige erste Symptome einer sensomotorischen Integrationsstörung.

Aus der Sicht dieser Kolleginnen und Kollegen wäre Michael - besser gesagt: sein Gehirn - nicht in der Lage, "den Zustrom sensorischer Impulse in einer Weise zu verarbeiten und zu ordnen, die dem betreffenden Individuum eine gute und genaue Information über sich und seine Umwelt ermöglicht" (Ayes 1979, 71). Die Wahrnehmung von intensivem Körperkontakt, die Wahrnehmung von Spielanregungen, die von außen kommen, und die Wahrnehmung von ungewohnten Bodenbeschaffenheiten wie Sand oder Schnee würden in diesem Sinn zu einem Zustrom von Wahrnehmungsreizen führen, die für Michaels Gehirn zu massiv und zu intensiv wären. Michaels cerebrale Aufnahme- und Verarbeitungskapazität wären überfordert; in seinem Gehirn würde - um eine Metapher von Ayes (1979, 71f.) aufzugreifen - eine Art "Verkehrschaos" entstehen; und um diese wiederholt erlebten Zustände des Überfordertseins zu meiden und um sich vor ihnen zu schützen, würde Michael jene Verhaltensweisen zeigen, welche Frau D. beunruhigen:

- Verhaltensweisen der "taktilen Abwehr", des Rückzugs im Dienste der Reizabwehr respektive des Reizschutzes (Ayes 1979, 152 ff.), sowie
- Verhaltensweisen, in denen deutlich Unmut geäußert wird, wenn dieser Reizschutz nicht hergestellt bzw. aufrechterhalten werden kann.

Kolleginnen und Kollegen, die diese Sicht vertreten, würden in der Folge versuchen, mit Michael nach der Methode der "sensorischen Integrationsbehandlung" zu arbeiten. Sie würden versuchen, mit Michael in funktionell-therapeutischer Weise zu spielen oder zu üben, damit er mit spezifisch ausgewählten "Sinneseinwirkungen" konfrontiert wird, die sein Gehirn veranlassen, jene zentralnervösen Differenzierungs- und Anpassungsleistungen zu vollziehen, die ihm in der Folge die Möglichkeit eröffnen, Wahrnehmungsinhalte in angemessenerer Weise aufzunehmen und zu verarbeiten. In diesem Sinn würde die Behandlung also darauf abzielen, für das Kind spezifische "Sinneseinwirkungen zu schaffen und zu dosieren", damit es "spontan Anpassungsreaktionen an diese Reize bildet, die zu einer Integration der dabei erlebten Empfindungen in das Nervensystem" und in der Folge zur Stärkung bzw. Neuausbildung jener Hirnfunktionen führt, die bisher gestört waren und die unmittelbare oder mittelbare Ausbildung diverser Auffälligkeiten zur Folge gehabt hatten (Ayes 1979, 195 ff.).

Genau diesen Weg schlägt Frau Bernhofer allerdings nicht ein. Als tiefenpsychologisch ausgebildete Individualpsychologin folgt sie vielmehr einer analytischen Grundhaltung, die den Überlegungen jener angelsächsischen Veröffentlichungen entspricht, von denen vor kurzem Johannes Gstach (1996) berichtet hat. Sie gibt der Mutter mehr Raum, um von sich und ihren Sorgen erzählen, mit Michael spielen und darüber wiederum mit Frau Bernhofer sprechen zu können. Dabei wird sowohl für sie als auch für Frau D. zweierlei deutlich:

a) Allem Anschein nach ist Frau D. über die "Auffälligkeiten" ihres Sohnes Michael deshalb so sehr beunruhigt, weil sie in einer massiven und bewußt nur schwer ausmachbaren Weise dazu neigt, ungerechtfertigt starke Ähnlichkeiten zwischen ihrem Sohn Michael und ihrem jüngeren Bruder Franz zu ziehen. Dieser hatte sich als Kind und als Jugendlicher mit gravierenden Lern- und Schulschwierigkeiten konfrontiert gesehen, an denen er beinahe zerbrochen wäre; und Frau D. ist nun von der Angst durchdrungen, daß sich Michael von Beginn an ähnlich problematisch entwickeln würde. Vor dem Hintergrund dieser Angst begreift sie Michaels vereinzelt ausmachbare "Auffälligkeiten" in verzerrter Weise als Anzeichen einer äußerst pathologischen Entwicklung.

b) Vor allem in jenen Situationen, in denen Michael mit seiner Mutter spielt, können immer wieder Hinweise darauf gefunden werden, daß sich Michaels Rückzugstendenzen und seine "auffälligen" Verhaltensweisen der sogenannten "Reizabwehr" nicht bloß unter Rückgriff auf neuropsychologische Modellvorstellungen als erklärbare Symptome einer sensomotorischen Integrationsstörung (und somit eines angenommenen minimalen neuronalen "Defektes") begreifen lassen. Bei genauem Hinsehen können sie vielmehr als verstehbare Aktivitäten eines Subjekts und somit als Verhaltensweisen verstanden werden, denen individuelle Bedeutung "innewohnt" bzw. zukommt.

Der letztgenannte Punkt berührt die Thematik, die es hier zu verhandeln gilt, unmittelbar; und deshalb möchte ich ihn im folgenden unter Bezugnahme auf zwei Szenen näher erläutern. Sie stammen beide aus den Stundenprotokollen, die Frau Bernhofer zur Dokumentation ihrer Arbeit kontinuierlich verfaßt hat.

Szene 1:

Michael ist nun 15 Monate alt. Wir sind im Therapiezimmer. Frau D. setzt sich zum Spieltisch und setzt Michael auf einem Sessel, der - aus ihrer Sicht - vor der rechten Seite des Tisches steht. Michael schaut im Zimmer umher, sein Blick bleibt an einem "Activity Center" (einem Brett mit verschiedenen Knöpfen und Hebeln, die klingeln, sich bewegen etc.) hängen. Er deutet mit dem Finger darauf. Frau D. holt es für ihn her und stellt es vor ihn hin. Michael beginnt an einem der Knöpfe zu drehen. Er macht das eher langsam, etwas zögernd.

Nach kurzer Zeit wird Frau D. merklich unruhig. Sie nimmt Michaels rechte Hand und führt diese zu einem anderen Knopf. Bei der Bewegung dieses Knopfes ertönt ein Klingeln. Frau D. sagt: "So geht das!"

Michael reagiert nicht auf das Klingeln, er wirkt plötzlich müde. Er schaut das Activity-Center nicht mehr an, er blickt suchend im Zimmer herum.

In Szenen wie diesen wird deutlich, daß Michael immer wieder Neugierde, Aktivität und Entdeckungslust entwickelt. Frau D. ist aber kaum in der Lage,

ihm jenen Spiel-Raum zu eröffnen, der es ihm möglich machen würde, seine Interessen und Impulse eigenständig zu verfolgen. Frau D. wird vielmehr ungeduldig und unterbricht Michaels Tun. Sein Interesse am Spielen erlischt, er wirkt müde, er wendet sich ab.

In solchen Situationen ist Frau D. nicht in der Lage, Michaels "Rückzug" als eine Reaktion auf ihr eigenes Handeln zu begreifen, die verstanden und nachvollzogen werden kann. Denn Frau D. hat präzise Vorstellungen davon, wie ein fünfzehn Monate altes Kind "richtig" spielt. Weicht Michael von dieser Vorstellung ab, so erlebt sie dies als beängstigenden Hinweis darauf, daß sich Michael "nicht so entwickelt, wie er sich entwickeln sollte". Sie fühlt sich dann gedrängt, Michael zum "richtigen Spielen" zu bewegen in der Hoffnung, Michael auf diese Weise "richtig zu fördern".

In ihrem Bestreben, Michael zum "richtigen Spielen" zu bewegen, neigt sie dazu, Michaels Tun beständig zu bewerten und in einer pädagogisierenden Weise zu kommentieren. Dies läßt sich exemplarisch einer zweiten Szene entnehmen, die demselben Stundenprotokoll entstammt:

Szene 2:

Frau D. zieht seufzend die Schultern hoch. Sie wendet sich zu mir und erzählt, daß sich zwischen ihr und Michael zu Hause eine neues Spiel entwickelt habe. Sie und Michael füttern sich gegenseitig mit Spielgeschirr, aber ohne "richtiges Essen". Sie finde das schön, das sei ein "richtiges Spiel".

Ich biete ihr mein Puppengeschirr zum Spiel an und stelle den Korb mit dem Puppengeschirr in die Mitte zwischen Frau D. und Michael.

Michael schaut interessiert auf den Korb, Frau D. holt einen Löffel und einen Topf heraus.

Michael schaut ihr zu, wie sie mit dem Löffel im Topf rührt. Frau D. gibt Michael den Löffel in die Hand, er rührt im Topf um.

Frau D. holt einen zweiten Löffel aus dem Korb, steckt ihn kurz in den Topf, dann in Michaels Mund und sagt dazu: "Hmm...!" Es klingt langgedehnt und genußvoll.

Michael bewegt die Lippen, macht auch "Hmm".

Dann holt er sich den Topf, holt einen Deckel aus dem Korb und will ihn auf den Topf setzen.

Frau D. sagt in sehr deutlichem Tonfall: "Das ist ein Deckel, Michael, gib ihn auf den Topf."

Michael dreht den Deckel in der Hand, sieht ihn von oben und unten an, holt den Topf und versucht, den Deckel auf den Topf zu setzen.

Frau D. sagt etwas lauter: "Michael, bitte, ich bin hungrig, bitte, bitte, gib mir was!"

Michael steckt ihr den Löffel in den Mund und wendet sich wieder dem Topf und dem Deckel zu.

Frau D. wirkt unruhiger, sie sagt wieder: "Ich bin hungrig!" Michael beschäftigt sich mit dem Deckel, sie zuckt die Schultern, seufzt. Sie sagt: "Michael, das ist der Deckel und das ist der Topf."

Sie rührt mit dem Löffel im Topf um und sagt: "Wir rühren um."

In dieser zweiten Szene wird in besonders intensiver Weise spürbar, wie sehr sich Frau D. danach sehnt, einen "richtig spielenden" Sohn vor sich zu haben. Michael soll sie - allem Anschein nach - nicht nur spielerisch mit dem Löffel, sondern auch mit "richtigem Verhalten" füttern. Tut er dies nicht, so wird er wiederholt unterbrochen und belehrt, ohne daß dabei seine aktuellen Wünsche und Interessen wahrgenommen oder gar berücksichtigt würden. Dies läßt in späteren Stunden immer besser verstehen, weshalb sich Michael wiederholt hinter das Wohnzimmersofa oder hinter den Fenstervorhang zurückzieht, um dort zumindest für kurze Zeit unbehelligt spielen zu können. Zugleich beginnt Frau *Bernhofer* zu vermuten, daß Michaels Verhalten im Schnee oder im Sand besonders deutlich von den normativen Vorstellungen seiner Mutter abweicht, so daß Michaels kindliches Zögern, Schauen und Herumtasten bloß mütterlichen Schrecken sowie den Gedanken zur Folge hat: "Im Schnee und im Sand spielt Michael ja gleich gar nicht!"

3. Ausblick

Ich breche an dieser Stelle den kurzen Fallbericht ab und trage bloß nach, daß sich Frau *Bernhofer* in den nächsten Stunden darum bemühte, Michaels Mutter zu helfen, ihr Erleben, Michaels Erleben sowie die Art der Beziehung, die sich zwischen ihr und Michael immer wieder entfaltete, besser zu verstehen. Dabei war es wichtig, Frau D. wiederholt die Möglichkeit zu geben, Spielszenen unmittelbar zu besprechen und in Anknüpfung daran Zusammenhänge zwischen ihrer Lebensgeschichte, ihrem aktuellen Erleben und Verhalten sowie dem Verhalten Michaels schrittweise erfassen zu lernen. Dies entlastete Frau D. enorm und hatte zur Folge, daß sich das gesamte Beziehungsgefüge zwischen Frau D. und Michael so veränderte, daß auch Michaels "Auffälligkeiten" verschwanden bzw. von Frau D. nicht mehr als beunruhigende Auffälligkeiten erlebt wurden.

Ich kehre damit zu meiner zentralen These zurück; denn mit diesem kurzen Fallbericht wollte ich exemplarisch zeigen, daß es durchaus Sinn gibt, einzelne Auffälligkeiten, die häufig auf erlebnisjenseitig "existierende" minimale Hirnfunktionsstörungen zurückgeführt werden, als Folge und Ausdruck bestimmter Weisen des Erlebens von Selbst und Welt zu begreifen. Und ich wollte in diesem Zusammenhang zumindest andeuten, daß ein solcher subjektorientierter Zugang des Verstehens auch spezifische Fördermöglichkeiten eröffnet.

Dieser Beitrag steht somit in einem gewissen Näheverhältnis zu einer Reihe anderer jüngerer Veröffentlichungen, in denen versucht wurde, bestimmte "Auffälligkeiten", die gerne auf angenommene Schwächen des Zentralnerven-

systems zurückgeführt werden, als psychodynamisch verstehbare Äußerungen mit Symptomcharakter auszuweisen. Ich denke dabei etwa an *Lüpkes* (1989) Aufsatz zur Theorie der "minimalen cerebralen Dysfunktion", an die Beiträge zum psychoanalytischen Verstehen des hyperkinetischen Syndroms in Heft 2 der Zeitschrift "Kinderanalyse" (1993) oder an die verstreuten Ausführungen von *Sinason* (1992) über die Bedeutung von psychodynamisch faßbaren Erlebnisprozessen für die Entwicklung von kognitiven Fähigkeiten bei Geistigbehinderten.

Dieser letztgenannte Literaturhinweis macht zugleich darauf aufmerksam, daß in den letzten Jahren mehrere Publikationen erschienen sind, in denen aus tiefenpsychologischer Sicht untersucht wurde, inwiefern die Entfaltung kognitiver Kompetenzen von der Ausgestaltung unbewußter Prozesse abhängig sein kann (vgl. *Schmid* 1994, *Beaumont* 1995). Die förderpädagogischen Konzepte, die in diesen Veröffentlichungen vorgestellt werden, spannen ein breites Spektrum auf.

Die Lektüre all dieser Veröffentlichungen legt ein differenziertes Nachdenken über die Genese verschiedener Formen von Entwicklungsproblemen nahe und läßt zugleich fragen, welcher Stellenwert funktionell-therapeutischen Übungsverfahren in einer psychodynamisch orientierten Theorie der Früh- und Entwicklungsförderung zukommt. Wenn ich recht sehe, so kann auf den Einsatz solcher Übungsverfahren - salopp formuliert - unter zweierlei idealtypisch beschreibbaren Gegebenheiten verzichtet werden: (a) dann, wenn die Beziehungen, in denen ein Kind lebt, die Ausbildungen bestimmter psychischer Funktionen erst zu behindern drohen (denn in solchen Fällen gilt es im Sinne des oben referierten Beispiels die Beziehungen, in denen ein Kind lebt, zu verbessern); (b) sowie dann, wenn bestimmte psychische Funktionen bereits ausgebildet wurden und unbewußte Prozesse den "Gebrauch" von bereits ausgebildeten Fähigkeiten "bloß" hemmen (denn in solchen Fällen gilt es nicht mehr an der Ausbildung dieser Fähigkeiten, sondern vielmehr an der Aufhebung dieser Hemmung zu arbeiten). Der Einsatz funktionell-therapeutischer Übungsverfahren könnte allerdings in all jenen Situationen angezeigt sein, in denen äußere Gegebenheiten oder aber auch innerpsychische Hemmungen die Ausbildung bestimmter psychischer Funktionen noch gar nicht ermöglicht haben.

Zunächst bedarf es allerdings noch einiger theoretischer Klärungen, ehe entschieden werden kann, ob in dieser Weise Konzepte des funktionell-therapeutischen Arbeitens, die ja in neuropsychologischen bzw. neurophysiologischen Modellvorstellungen gründen, mit tiefenpsychologischen Ansätzen verknüpft werden können. Und in diesem Zusammenhang bedarf es wohl auch erst der systematischen Dokumentation und Reflexion sogenannter "praktischer Versuche", ehe gegebenenfalls darangegangen werden kann, vor dem Hintergrund einer solchen Verknüpfungsleistung differenzialdiagnostische und förderpädagogische Konzepte zu entwickeln, denen in diversen Problemsituationen praxisleitende Bedeutung zukommen kann.

Literatur

- Ayres, A.J.: Bausteine der kindlichen Entwicklung. Springer: Berlin u.a., 1992 (1979)
- Beaumont, M.: Zur Bedeutung psychoanalytischer Konzepte für Kindergarten, Schule und "Erziehungstherapie". Ein Beitrag aus Großbritannien. In: Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, 7, 1995, 33-48
- Berger, E. (Hrsg.): Minimale cerebrale Dysfunktion bei Kindern. Kritischer Literaturüberblick. Huber: Bern u.a., 1977
- Berger, E.: Einführung in die Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Wien: Jugend & Volk, 1980
- Bernhofer, R.: Tiefenpsychologische Aspekte der Behandlung von Wahrnehmungsstörungen bei Kindern. Ersch. in: Z. f. Individualpsychol., 22, 1997 (1995)
- Bogyi, G.: Funktionell-therapeutische Übungsverfahren. In: Berger 1977, 220-264
- Datler, W.: Ist die Verhaltensstörung eine schulpädagogische Kategorie? Zum Verhältnis von Schule, Verhaltensauffälligkeit und Pädagogik. In: Datler, W. (Hrsg.): Verhaltensauffälligkeit und Schule. Konsequenzen von Schulversuchen für die Pädagogik der "Verhaltensgestörten". Frankfurt a.M.: Peter Lang, 1987, 18-48
- Friedrich, M.: Minimale cerebrale Dysfunktion und Schule. In: Friedrich, M.H. (Hrsg.): Teilleistungsschwächen und Schule. Bern u.a.: Huber, 1980, 15-54
- Gstach, J.: Die innere Welt der Eltern und die Lebenswelt des Säuglings. Über heilpädagogische Frühförderung im Grenzbereich zwischen Psychotherapie und Beratung: Ein Blick in den angelsächsischen Raum. In: Frühförderung interdisziplinär, 15, 1996, 116-123
- Kinderpsychoanalyse, Heft 2, 1993: Themenheft: Ansichten eines Zappelphilips - das hyperkinetische Syndrom und seine Hintergründe. Stuttgart: Klett-Cotta, 1993
- Lüpke, H. v.: Psychodynamische Aspekte bei der "Minimalen Cerebralen Dysfunktion" ("MCD") - dargestellt an einem Fallbeispiel. In: Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, 1, 1989, 74-89
- Schmid, V.: Bildung als Präsentation und Repräsentation. Analysen von Episoden einer pädagogischen Einzelfallarbeit unter den Gesichtspunkten von kommunikativen Mustern, unbewußten Phantasien und Bildungsprozessen. In: Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, 6, 1994, 9-24
- Sinason, V.: Mental handicap and the human condition. London: Free Association Books, 1992
- Zum Verhältnis von Schule, Verhaltensauffälligkeit und Pädagogik. In: Datler, W. (Hrsg.): Verhaltensauffälligkeit und Schule. Konsequenzen von Schulversuchen für die Pädagogik der "Verhaltensgestörten". Frankfurt: Peter Lang, 1987, 18-48