

Ursula Haupt

Körperbehinderte Kinder verstehen lernen

Auf dem Weg
zu einer anderen
Diagnostik und
Förderung



2. Subjektivität und Objektivität in der Diagnostik – der Untersucher ist Teil der Ergebnisse seiner Untersuchung

2.1 Diagnostisches Handeln als Kommunikations- und Interaktionsprozess

Im traditionellen Verständnis von Diagnostik besteht eine wesentliche Aufgabe darin herauszufinden, was ein Kind im Vergleich zu statistisch ermittelten Altersnormen in verschiedenen Bereichen kann und was es nicht kann. Aus so erhobenen Befunden wird abgeleitet, welche Schule, welcher Bildungsgang infrage kommt, ob zusätzliche Förderung erforderlich ist. Neuere Veröffentlichungen aus der traditionellen sonderpädagogischen Diagnostik betonen die Kind-Umfeld-Diagnostik. Hier wird nicht nur das Kind gesehen. Es werden auch Einflussfaktoren aus Familie, Schule, Umfeld mitgeprüft. Bedeutsam ist nach wie vor die Suche nach Abweichungen, Defiziten und ihren Begründungen sowie nach Trainingsmöglichkeiten für gefundene Entwicklungsrückstände. So hat sich die Fragestellung bei der Kind-Umfeld-Diagnostik ausgeweitet aber nicht wirklich verändert.

In dem neuen Verständnis, das alle Kinder als kompetente Kinder in Entwicklung sieht, geht es um etwas Anderes. Hier hat die Diagnostik vor allem die Aufgabe aufzuspüren, in welchen Entwicklungs- und Funktionsbereichen sich die Lebensenergie bewegt, in welchen Bereichen Entwicklungsimpulse auftreten, wie sie sich ausdrücken, wie sie unterstützt werden können. Wichtige Fragen sind, über welche Möglichkeiten ein Kind verfügt, wie es sie einsetzt, wie es lernen kann. Immer geht es darum, wie sein Lernen so unterstützt werden kann, dass seine eigene Kompetenz für seine Entwicklung zum Tragen kommt.

Die diagnostische Situation hat in diesem Verständnis nichts von einem Gerichtstermin, bei dem „die Wahrheit“ über das Kind, seine Eltern etc. „ans Licht kommen muss“, objektiv, unwiderlegbar, definitiv. Sicher, dies ist eine Karikatur. Und doch fühlen sich betroffene Kinder und Eltern oft so.

In einer diagnostischen Situation sitze ich keinem Problem gegenüber, keiner Störung, keiner Behinderung. Ich sitze auch nicht ungünstigen Sozialisationsbedingungen gegenüber.

Ich lade ein Kind ein, spielend, handelnd, zeichnend, fragend, in Kommunikation seine Kompetenzen zu zeigen. Ich lade es ein, seine Erfahrungen, seine Kompetenzen, seine Sicht der Dinge, sich mitzuteilen.

Ich schaffe den Raum dafür: den äußeren und biete auch den inneren Raum an, den das Kind, seine Eltern, Fachkräfte nutzen können, um sich mir mitzuteilen.

So gut es in der Situation möglich ist, stehe ich dem Kind zur Verfügung: handelnd, wahrnehmend, interagierend, kommunizierend, zugewandt, Anteilnehmend, um Verstehen bemüht – aber auch anregend, fragend, mit Aufgaben. Ich erleichtere sprachliche und nichtsprachliche Ausdrucksmöglichkeiten. Ich biete dem Kind diese Situation an. Ich bitte es um Einblicke in sein Verstehen der Dinge, seine Handlungsweise, seine Lebensweise.

Im Gespräch mit den Eltern, mit Fachkräften versuche ich Hintergründe und Zusammenhänge zu verstehen.

Der Raum den ich anbiete so gut es möglich ist, ist Wertschätzung, Akzeptanz, Bemühen um Verstehen, Vertrauen. Das heißt ich biete dem Kind emotionale Sicherheit an. Ein analoges Angebot besteht für die Eltern und weitere Menschen, die in den diagnostischen Interaktions- und Kommunikationsprozess einbezogen werden.

Auch als Diagnostikerin bin ich nicht die Instanz, die weiß, die „die Wahrheit“ kennt, die objektiv beurteilen kann. Da die Lebens- und Erfahrungswelt eines jeden Menschen subjektiv ist, ist Verstehen nur durch einen Kommunikations- und Interaktionsprozess möglich, der diesen Zusammenhängen Rechnung trägt. Zu einem solchen Prozess können selbstverständlich auch Aufgaben gehören. Aber die Offenheit für die subjektive Lebens- und Erfahrungswelt des Anderen, das „Nicht-Wissen“ in Bezug auf den Anderen und seine Prozesse, seine Wertschätzung als Person sind Voraussetzungen für Verstehen. Ohne sie ist es nicht möglich, Entwicklungsimpulse aufzuspüren und Möglichkeiten zu finden, wie diese unterstützt werden können.

2.2 Objektivität und verantwortete Subjektivität

Objektivität gilt als besonders wichtiges Gütekriterium für die Durchführung diagnostischer Verfahren. Objektivität ist auch die Bedingung für die anderen Gütekriterien wie Gültigkeit (Validität), Zuverlässigkeit (Reliabilität). Ingenkamp (1985, 34) beschreibt Objektivität so: „Eine Messung ist dann objektiv, wenn intersubjektive Einflüsse der Untersucher möglichst ausgeschaltet werden können.“ Zur Objektivität gehören Durchführungsobjektivität: „alle Versuchspersonen gleichen Anforderungen unter gleichen Bedingungen unterziehen“ und Auswertungsobjektivität: nach bestimmten Kriterien oder Schlüsseln auswerten. Ingenkamp warnt vor der Vernachlässigung der Objektivität: „Wer darauf verzichtet, sich um Objektivität zu bemühen, der überlässt letzten Endes unkontrollierter Willkür das Feld“ (36).

Das Bemühen um Objektivität ist in der sonderpädagogischen Diagnostik stark ausgeprägt. Es gilt weithin als Tugend, in diagnostischen Situationen besonders sachlich zu sein und sich eher kühl, distanziert, unbezogen zu verhalten. Schließlich möchte man sich nicht dem Vorwurf aussetzen, man

betreibe „Gummiband-Diagnostik“: willkürliche Testanwendung und Testinterpretation.

Nun ist aber die Vorstellung von Objektivität in der Diagnostik zu keinem Zeitpunkt so eindeutig gewesen. Schon Michel (1971, 27) bezeichnet es als naiven Optimismus anzunehmen, dass man für jede Testperson gleiche Bedingungen herstellt, wenn man Tests getreu nach der Handanweisung durchführt. Er belegt das mit Hilfe von Untersuchungen zur Relativität der Durchführungsobjektivität bei Tests aus den 50er und 60er Jahren. Darin zeigte sich, dass Testergebnisse beeinflusst werden durch vorherige Tätigkeiten, durch die aktuelle Motivationslage bei den Getesteten. Belastende, entmutigende Bedingungen wirkten sich negativ auf die Ergebnisse aus (Michel, 23-25). Sacks (nach Michel 27) konnte 1952 nachweisen, dass der Grad der Vertrautheit mit dem Testleiter nachhaltigen Einfluss auf die Leistungen im Stanford-Binet-Test ausüben kann. Masling (nach Michel 27) zeigte in einer Untersuchung den Einfluss der emotionalen Interaktion zwischen Testleiter und getesteter Person („warm“ gegen „kühl“) auf Leistungen im Intelligenztest.

Durch neuere Entwicklungen in Wissenschaft und Wissenschaftstheorie ist die Vorstellung von Objektivität noch stärker infrage gestellt worden.

So sagt von Foerster (in Rothaus 1989, 21): „Objektivität ist die Wahnvorstellung eines Subjekts, dass es beobachten könnte ohne sich selbst“ und an anderer Stelle (in Kobi 1990, 11): „Die genialste Strategie, sich der Verantwortung zu entziehen ist die ‘Objektivität’“.

So muss das Konzept der Objektivität in der diagnostischen Arbeit mit körperbehinderten Kindern in mehrerer Hinsicht hinterfragt werden.

Zunächst sei auf Probleme der Durchführungsobjektivität z. B. bei Intelligenz- und Leistungstests verwiesen: „alle Versuchspersonen gleichen Anforderungen unter gleichen Bedingungen unterziehen“ (Ingenkamp s.o.).

Sind es gleiche Anforderungen unter gleichen Bedingungen

- wenn ein Kind wegen einer schweren Bewegungsbehinderung sehr viel länger braucht, um Aufgaben zu lösen als ein anderes, das frei bewegliche Arme und Hände hat
- wenn ein Kind Reihenfolgen von Bildergeschichten nur durch Augenbewegungen zeigen kann, während ein anderes die Karten legt und sich dabei selbstverständlich korrigieren kann
- wenn ein Kind Fragen nach seinen Erfahrungen und nach seinem Wissen beantworten soll und es hat lange Zeit in Kliniken verbracht, während ein anderes durch Familie, Freunde, Kindergarten etc. vielfältige eigene Erfahrungen machen konnte

- wenn ein Kind Fragen in deutscher Sprache beantworten soll und zu Hause wird eine ganz andere Sprache gesprochen, während für andere Kinder deutsch die ganz selbstverständliche Sprache ist
- wenn ein Kind schwierige Zusammenhänge erklären soll und es hat Angst, weil vielleicht eine Operation ansteht oder es ist in Not, weil es weiß, dass es unheilbar krank ist, während andere solche Sorgen und Nöte nicht haben?

Körperbehinderte Kinder sind sehr unterschiedlich in ihren Bewegungsmöglichkeiten, ihrem Arbeitstempo, ihren sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten, in ihren Sozialisationsbedingungen und in ihrer Erfahrungswelt. Von gleichen Anforderungen unter gleichen Bedingungen bei Tests kann auch dann kaum gesprochen werden, wenn Aufgaben jeweils auf dieselbe Weise gestellt werden. Zu einem Erziehungs- und Bildungssystem, das auf die Gleichheit von Schülern in Lernzielen, Lernwegen, Lernzeiten, Abschlüssen ausgerichtet ist, gehört die Anwendung „objektiver“ Testverfahren, um Zulassungen, Verteilungen, Begrenzungen und Ausschlüsse vorzunehmen. Ein solches System wird aber Kindern nicht gerecht, die uns zeigen, dass diese Normierungen letztlich nichts Wesentliches aussagen und oft genug zusätzlich behindern.

Zur Zeit bestehen dazu eine Reihe von Problemen mit Intelligenz- und Leistungstests, die durch Normen- bzw. Standardisierungsprobleme gegeben sind. Manche Standardisierungen sind sehr alt.

Einige Neustandardisierungen wurden nur mit nichtbehinderten Kindern durchgeführt. Nun weisen aber mindestens 4% aller schulpflichtigen Kinder besondere Förderbedürfnisse und Lernbeeinträchtigungen auf. Werden sie nicht in eine Standardisierungs-Stichprobe miteinbezogen, dann ist der ermittelte Durchschnittswert für Testleistungen nach oben verschoben, zu hoch. Wird nun ein Kind mit einer Entwicklungsbeeinträchtigung mit einem solchen Verfahren getestet, wird seine Leistung mit den nach oben verschobenen Durchschnittswerten verglichen. Damit wird es eindeutig benachteiligt. Denn bei diesem Vorgehen fällt die Bewertung schlechter aus als bei einem Test, in dessen Standardisierung behinderte und lernbeeinträchtigte Kinder miteinbezogen wurden. So ist die Standardisierungs-Stichprobe eines Tests mit ausschlaggebend dafür, ob die Kompetenzen eines Kindes mit einer Behinderung in der Diagnostik fair bewertet werden.

Eine andere Frage ist die der Normenkonstruktion. Auch da kann es Schwierigkeiten geben wie z. B. beim Intelligenztest für körperbehinderte und nichtbehinderte Kinder-ITK- (Neumann 1981). Dieser Intelligenztest hat den großen Vorteil, dass er nur Aufgaben enthält, die körperbehinderte Schüler motorisch und sprachlich nicht benachteiligen. Die Standardisierung erfolgte

an einer Gruppe nicht behinderter Schüler und an einer Gruppe körperbehinderter Schüler aus Körperbehindertenschulen. Für jede Gruppe wurden statistisch Normen ermittelt. Mit diesem pragmatisch sinnvollen Vorgehen ist aber ein Normenproblem entstanden. Körperbehindertenschulen haben seit jeher die besondere Aufgabe, Schüler zu fördern, die im Zusammenhang mit ihrer motorischen Behinderung auch Entwicklungsschwierigkeiten in einem oder mehreren weiteren Bereichen haben: Kommunikation, Befindlichkeit, soziale Entwicklung, kognitive Entwicklung. Das heißt: zu keinem Zeitpunkt waren alle körperbehinderten Schüler in entsprechenden Spezialschulen. Immer hat es auch Betroffene gegeben, die außer den motorischen Einschränkungen keine weiteren Beeinträchtigungen hatten und erfolgreich Regelschulen besuchen konnten. Wie groß die Gesamtheit körperbehinderte Schüler war, wie hoch der Anteil derer, die davon eine Körperbehindertenschule besuchten, war zu keinem Zeitpunkt bekannt. Es gab nur Schätzungen ungleicher Größe. Aber nur eine repräsentative Stichprobe aus der Gesamtheit hätte im strengen Sinn eine Normenkonstruktion erlaubt.

Außerdem ist es von unterschiedlichen Gegebenheiten abhängig, wie sich die Schülerschaft einer Körperbehindertenschule zusammensetzt. So spielen Bestimmungen der Schulgesetze in den Ländern eine Rolle. Da geht es um Fragen wie: gibt es für alle körperbehinderten Schüler – auch für die schwerstbehinderten – Schulplätze; welcher Förderinstitution sind sie zugeordnet; welche Möglichkeiten der Integration gibt es etc. So ist die Schülerschaft in Körperbehindertenschulen nicht gleich. Es spielen auch gesellschaftliche Gegebenheiten eine Rolle bei der Frage, welche Behinderungen im Kindesalter vorkommen, welche Behandlungen möglich sind. Dadurch ergeben sich im Lauf der Zeit deutliche Veränderungen der Schülerschaft. Davon berichten alle Körperbehindertenschulen.

Das bedeutet, dass die Normen des ITK sich auf körperbehinderte Schüler mit besonderen Förderbedürfnissen beziehen, wie sie in den 70er Jahren in Körperbehindertenschulen waren. So sind die damals schon problematischen „Normen für Körperbehinderte“ heute eigentlich gegenstandslos.

Leider sind Testkonstruktionen und Standardisierungen außerordentlich aufwändig. So wird es wohl keinen neuen Test speziell für körperbehinderte Kinder mehr geben (zu den einzelnen Testverfahren s. Kpt. 4).

Insgesamt hängt das zunehmende Unbehagen mit solchen Tests in der Sonderpädagogik auch mit dem deutlicher werdenden Gespür dafür zusammen, wie fragwürdig manche Normen und gängigen Konzepte in unserer Gesellschaft sind. Außerdem wächst die Erfahrung, dass Kinder offensichtlich wesentliche Informationen über ihre Entwicklung, ihre Befindlichkeit und Kompetenzen anders mitteilen als in „objektiven“ Verfahren. Schließlich muss

auch gesehen werden, dass bisherige Konzepte von Intelligenz zu einseitig mit tradierten Formen schulischen Lernens korrelieren.

Gardner (2002) beschreibt neun Intelligenzen, die sich beim einzelnen Menschen stärker oder schwächer entwickeln. Er unterscheidet

- sprachliche Intelligenz (Sensibilität für gesprochene und geschriebene Sprache),
- logisch-mathematische Intelligenz (Fähigkeit, mathematische Operationen durchzuführen, wissenschaftliche Fragen zu untersuchen, Probleme logisch zu analysieren),
- musikalische Intelligenz (Begabung zum Musizieren, Komponieren),
- körperlich-kinästhetische Intelligenz (Fähigkeit, den Körper zur Problemlösungen, im Sport oder zu Gestaltungen einzusetzen),
- räumliche Intelligenz (Raumdenken, Raumgestaltung),
- naturkundliche Intelligenz (Naturerkenntnis, Vertrautheit mit Pflanzen und Tieren, Lebensbedingungen),
- intrapersonale Intelligenz (Fähigkeit, sich selbst zu verstehen, realistisch zu sehen, dieses Wissen im Alltag zu nutzen; Zugang zur eigenen Gefühlswelt),
- interpersonale Intelligenz (Beziehungen erfassen, mit Verhalten, Motivation, Stimmungen anderer Menschen, Kooperation mit anderen Menschen, Verhalten in Gruppen),
- spirituelle oder Lebensintelligenz (Sensibilität für Transzendenz, Sinnfragen, kosmologische oder existenzielle Fragen; Religion, Mystik).

Diese Aufstellung macht deutlich, dass zumindest die drei letztgenannten Bereiche im heutigen Schulsystem wenig beachtet und gefördert werden, obschon sie für die Lebensbewältigung und die Lebensqualität eines Menschen eine sehr große Rolle spielen.

Die Frage nach der Objektivität hat auch noch einen anderen Schwerpunkt. Hier sei noch einmal die Definition von Ingenkamp (34) angeführt: „Eine Messung ist dann objektiv, wenn intersubjektive Einflüsse der Untersucher möglichst ausgeschaltet werden können.“

Ist das überhaupt möglich?

Watzlawick stellt fest (Watzlawick u. a. 1985, 51):

„Verhalten hat vor allem eine Eigenschaft, die so grundlegend ist, dass sie oft übersehen wird: Verhalten hat kein Gegenteil, oder um dieselbe Tatsache noch simpler auszudrücken: Man kann sich nicht nicht verhalten. Wenn man also akzeptiert, dass alles Verhalten in einer zwischenmenschlichen Situation

Mitteilungscharakter hat, d. h. Kommunikation ist, so folgt daraus, dass man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht nicht kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter. Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht nicht auf diese Kommunikation reagieren und kommunizieren damit selbst. Es muss betont werden, dass Nichtbeachtung oder Schweigen seitens des anderen dem eben Gesagten nicht widerspricht.“

Das bedeutet, dass jedes Verhalten des Untersuchers in einer diagnostischen Situation Auswirkungen auf das Kind hat, das untersucht wird und auf sein Verhalten. Damit hat jedes Verhalten des Untersuchenden auch Auswirkungen auf das Untersuchungsergebnis: freundliches, zugewandtes Verhalten ebenso wie kühles, eher distanzierendes Verhalten.

In der sonderpädagogischen Praxis führt das Bemühen um Objektivität oft zu sehr zurückgenommenem, eher unbezogenem Verhalten in der Annahme, dass das Testergebnis auf diese Weise nicht beeinflusst wird.

Dies ist ein folgenreicher Irrtum.

Für viele körperbehinderte Kinder ist ein eher kühles, sachliches Verhalten des Untersuchers das ungünstigste mögliche Verhalten in einer diagnostischen Situation. Nicht wenige Kinder haben solches Verhalten von früher Kindheit an immer wieder kennengelernt: in Kliniken, bei Untersuchungen, bei Therapien. Oft ist für betroffene Kinder ein Verhalten ohne Bezug auf ihre Befindlichkeit, ihre aktuelle Situation, ohne Wertschätzung als Person, ohne zugewandtes Bemühen um Verstehen eine besonders einschneidende Entwicklungsbehinderung, die sie erlitten haben. Solches Verhalten erschwert Kindern, vorhandene Ausdrucksmöglichkeiten zu nutzen und ihre Kompetenzen deutlich zu machen. So entsteht die Situation, in der sie ihre Beeinträchtigungen am deutlichsten erleben und in der sie sich am wenigsten mitteilen können. Das heißt, dass der Untersucher, der sich so verhält, dazu beiträgt, dass besonders ungünstige Untersuchungsergebnisse entstehen. Das hat nicht selten schwerwiegende Folgen für die Kinder. Sie werden als wenig leistungsfähig eingestuft. Gleichzeitig schiebt man ihnen die Beweislast zu für Fortschritte, die möglich sind. Es ist aber sehr schwer, gegen die Erwartung von Fachkräften zu zeigen, dass mehr möglich ist, als sie annehmen.

Es gibt keinen Ausweg aus der Situation, dass „ein beobachtender Organismus selbst Teil ... seiner Beobachtungswelt“ ist (von Foerster in Rotthaus 1989, 23).

Dieser Zusammenhang wird z. B. von Escher im Bild „Zeichnen“ (Lithographie 1948) eindrucksvoll dargestellt (Abb 4).

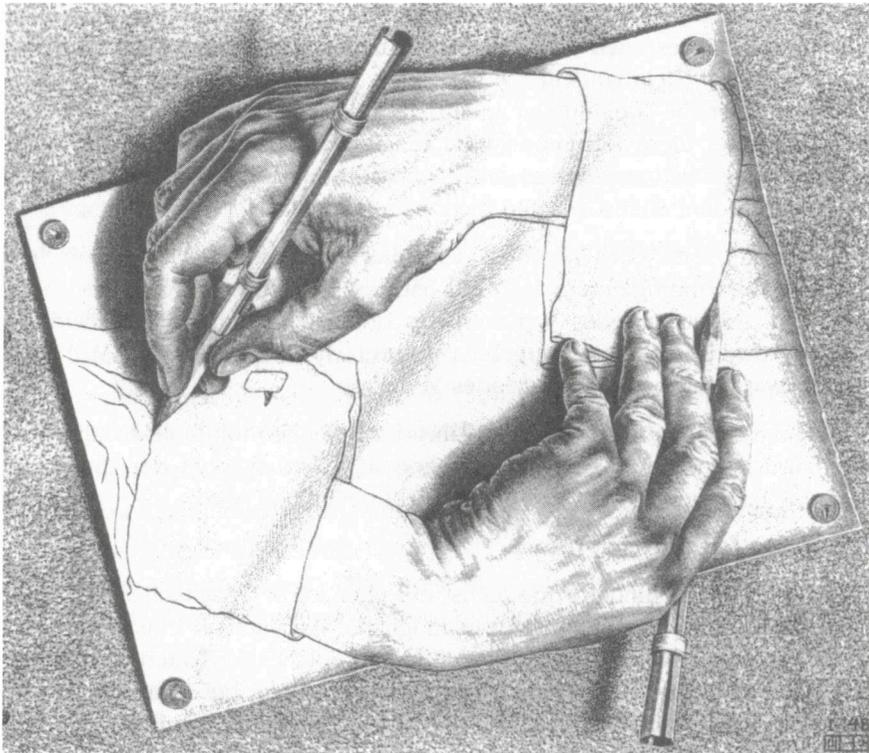


Abb. 4: M.C. Escher: Zeichnen (Lithographie 1948)
© 1996 M.C. Escher / Cordon Art – Baarn – Holland. All rights reserved

Maturana und Varela (1990, 258) sprechen vom Schwindelgefühl beim Betrachten dieses Bildes „weil wir keinen festen Bezugspunkt mehr haben, an dem wir unsere Beschreibungen verankern und mit Bezug auf den wir ihre Gültigkeit behaupten und verteidigen können.“

Da es keinen Ausweg aus der Situation gibt, dass der Untersucher Teil des Ergebnisses der Untersuchung ist, besteht eine besondere Verantwortung für den Untersuchenden, wenn Diagnostik nicht zur Farce verkommen soll. Es besteht eine besondere Verantwortung für die Auswahl der Verfahren und für eine sorgfältige Testdurchführung. Der Untersucher hat auch die Verantwortung dafür, dass ein Kind für seine Arbeit und sein Ausdrucksverhalten förderliche Bedingungen während der Testsituation hat.

Das in der alten Form nicht mehr haltbare Konzept der Objektivität muss aufgegeben werden zugunsten verantworteter Subjektivität. Das bedeutet, dass

es Teil des diagnostischen Prozesses ist herauszufinden, welche Bedingungen dem Kind helfen, seine Kompetenzen am besten zu zeigen.

Kann es sich am besten mitteilen, wenn Mutter oder Vater oder eine bestimmte Fachkraft anwesend sind? Gelingen Antworten oder Handlungen am besten, wenn das Kind sitzt oder wenn es steht, wenn es liegt, wenn es in Bewegung ist?

Braucht es irgendeine motorische Unterstützung? Kann der Untersucher das Kind gut genug verstehen – oder braucht er Hilfe von jemandem, der das Kind besser kennt und versteht? Braucht das Kind Ermutigung während des Arbeitens? Braucht es freundlichen Zuspruch? Ist stärkere Strukturierung günstiger? Erleichtert zugewandtes Verhalten seine Ausdrucksmöglichkeiten? Braucht es mehr Nähe – oder mehr Raum um sich? Braucht es Pausen? Braucht es viel Abwechslung? Tut es sich schwer mit Aufgaben, in denen es vielleicht keinen Sinn erkennen kann oder keinen Lebensbezug?

Verantwortete Subjektivität heißt, die Bedingungen herauszufinden, die Spielen, Handeln, Arbeit, Ausdruck erleichtern und das als wichtigen Teil des Befundes beachten.

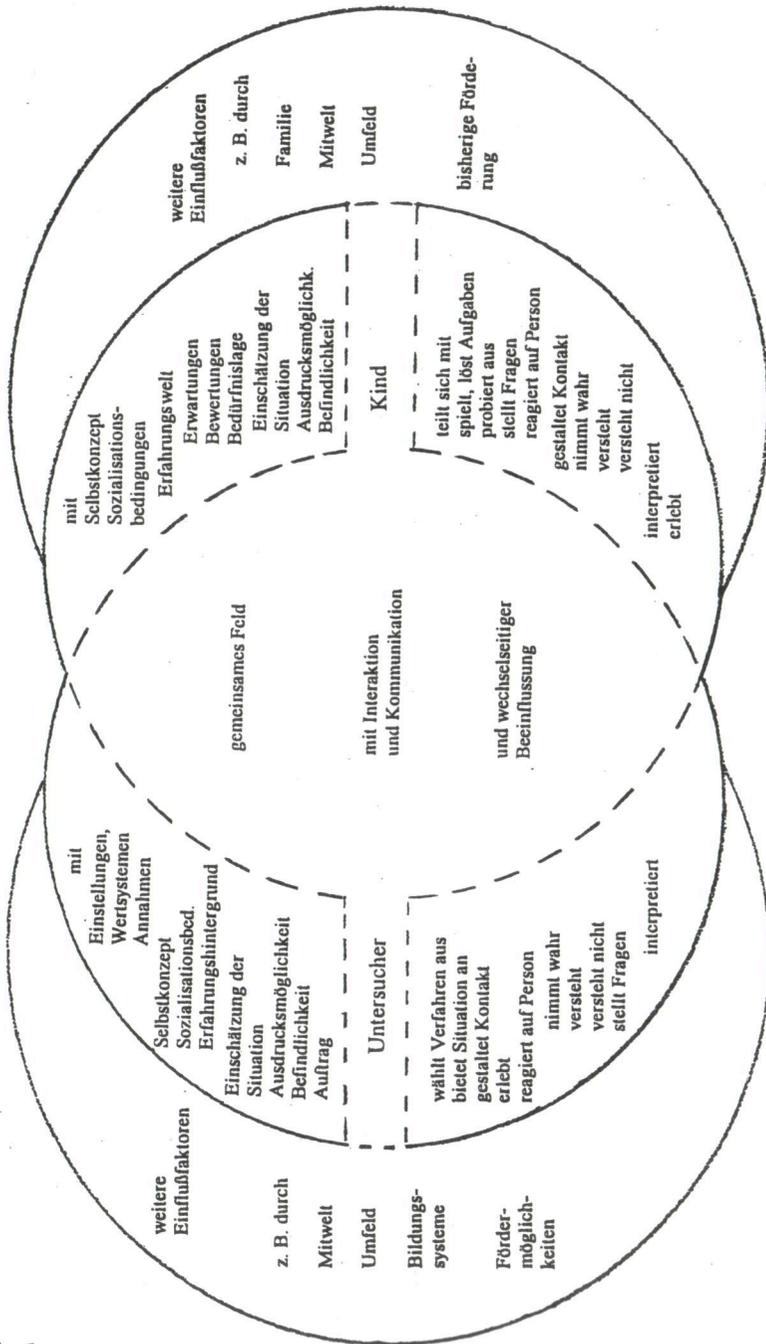
Es geht also nicht darum, Bedingungen die durch das Verhalten des Untersuchers entstehen, stabil oder gar steril zu halten. Sondern es geht darum, die Arbeitsbedingungen mit dem Kind so zu gestalten, dass Ausdruck und Mitteilung erleichtert werden. Alles was dazu beiträgt ist wesentlicher Teil des Befundes und bedeutsam für die Förderung des Kindes.

Es ist zu wünschen, dass es eine Zeit geben wird, in der Leistungs- und Intelligenztests in der Sonderpädagogik keine besondere Rolle mehr spielen, weil sich das Verständnis von Kindern, ihren Entwicklungsprozessen und deren Förderung geändert haben wird. Heute auf Diagnostik mit ihren vielen verschiedenen Möglichkeiten zu verzichten, würde allerdings bedeuten, auf eine wichtige Hilfe zu verzichten, Kinder in ihren Entwicklungsprozessen besser zu verstehen.

2.3 Handeln im gemeinsamen Feld

Eine diagnostische Situation ist ein komplexes Geschehen in einem gemeinsamen Feld, das vom Untersucher und vom Kind (ggf von weiteren Personen) gebildet wird. In diesem Feld sind angebotene Spiel- und Lernsituationen sowie Untersuchungsverfahren ebenfalls bedeutsam.

Einige der Einflussvariablen sind in der Skizze auf der nächsten Seite (Abb. 5) aufgezeichnet.



Einflussfaktoren bei der diagnostischen Interaktion (Auswahl)

Abb. 5

Es ist unbestritten, dass das Kind mit seiner aktuellen Befindlichkeit, mit seinen Kompetenzen oder vielleicht auch mit Ängsten, Widerstand, Befürchtungen die diagnostische Situation beeinflusst. Manche Kinder haben Angst, sie hätten es falsch gemacht, mit ihnen stimme etwas nicht, und sie würden deswegen „vorgeführt“. Jüngere Kinder fürchten manchmal, der Test sei der Beginn einer stationären medizinischen Behandlung – auch dann wenn er nicht in einer medizinischen Institution durchgeführt wird. Es kann eine große Entlastung sein, wenn ein Kind sich selbst davon überzeugen kann, in welcher Art Institution der Test stattfindet: in einer Schule, in einem Haus mit Arbeitszimmern und Spielzimmer... .

Kinder Testfragen beantworten zu lassen, Aufgaben lösen zu lassen, erscheint uns sinnvoll, da wir daran Verhalten beobachten können.

Im subjektiven Kontext des Kindes kann solches Verhalten sinnlos bis sinnwidrig sein, wenn das Kind andere Bedürfnisse hat oder wenn es sich selbst mit den Aufgaben in Schwierigkeiten bringt. So lehnen manche Kinder Aufgaben ab – ohne dass das durch mangelnde Leistungsfähigkeit begründet wäre.

Manche solcher Schwierigkeiten können in achtsamer Kommunikation und Interaktion reduziert oder ausgeräumt werden. Manchmal lösen Testaufgaben sehr viel mehr aus, als man erwarten kann. Das was dann geschieht, kann sehr viel wichtiger sein als die korrekte Beantwortung der Frage.

Einmal fragte ich ein 8-jähriges muskelkrankes Mädchen (Testfrage aus dem HAWIK, s. Kpt. 4): „Was ist Weihnachten?“ Es reagierte zunächst völlig blockiert, gab keine Antwort, wollte aber auch nicht zur nächsten Frage übergehen. Es wurde deutlich, dass das Kind emotional sehr aufgebracht war. Darauf angesprochen brachte es schließlich heraus, dass es nicht mehr an Gott glauben könne und dass das schrecklich sei. Die Frage hatte dieses für das Kind existentielle Problem voll in sein Bewusstsein gebracht. Es war für dieses Mädchen sehr wichtig, diese Not mitteilen zu können und dafür Verständnis zu erfahren, ehe zu einem späteren Zeitpunkt die angefangene Arbeit fortgesetzt werden konnte.

Manchmal stellt sich die Frage, ob Mutter oder Vater des Kindes oder eine Fachkraft, die das Kind gut kennt, in der diagnostischen Situation mit anwesend sein können oder sollen. Dann muss geklärt werden, ob sich die Betroffenen für das Kind unterstützend (zugewandt, nicht bewertet) verhalten können.

Die Anwesenheit bei einer Überprüfung ist für Bezugspersonen nicht ganz leicht, da sie sich oft selbst „auf dem Prüfstand“ glauben. Darüber muss vorher gesprochen werden. Eltern sind häufig von der Frühförderung an gewohnt, sich für Entwicklungsstand und Entwicklungsfortschritte der Kinder

verantwortlich zu fühlen. Das kann zu erheblichen Interaktionsspannungen zwischen den Betroffenen führen.

Die Mitarbeit von Eltern oder Fachkräften macht manchmal eine diagnostische Situation überhaupt erst sinnvoll, z. B. wenn ein Kind große Ausdrucksschwierigkeiten hat oder wenn es Kommunikationsmittel und Ausdruckszeichen benutzt, die nur vertraute Menschen verstehen.

Einstellungen, Annahmen und Wertsysteme des Untersuchenden haben großen Einfluss auf die diagnostische Situation und deren Ergebnisse (vgl. dazu auch Schlee 1992). Der Untersucher, der davon ausgeht, dass eine Körperbehinderung in der Entwicklung zu negativen Abweichungen von der Norm führt, wird Verfahren bevorzugen, mit denen mögliche Schwächen besonders gut aufgefunden werden. Ein Untersucher, der mehr an Entwicklungsmöglichkeiten und deren Unterstützung interessiert ist, wird dem Kind verschiedene Angebote machen, damit es genügend Gelegenheit hat, seine Kompetenzen zu zeigen. Er wird versuchen, die Untersuchungssituation für das Kind günstig zu gestalten. Selbstverständlich werden auch dann Problemlagen deutlich. Aber die Entwicklungsprobleme, eventuelle Lernprobleme sind nicht das wesentliche Ergebnis der Untersuchung. Viel wichtiger ist die Frage: wie kann bei diesem Kind Entwicklung unterstützt werden.

Die Art und Weise der Bezogenheit des Untersuchers zum Kind bedarf der Bewusstheit, da auch Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung auftreten (vgl. dazu z. B. v. Franz 1988a, 9 über Projektion; Asper 1987, 1992). Die Klarheit der Wahrnehmung ist nicht an eine bestimmte Distanz gebunden. Der Prozess des Verstehens wird durch Interaktion und Kommunikation in Bezogenheit gesteuert.

Was ändert sich am Untersuchungsergebnis, wenn der Untersucher dem Kind zutraut, ein kompetentes Kind zu sein, das sich entwickelt?

Es entstehen andere Ergebnisse, andere Befunde, die für die Kinder und ihre Förderung andere Konsequenzen haben. Das sei an einem Beispiel gezeigt.

Die Zeichnung auf der nächsten Seite wurde von einem 9-jährigen Jungen mit einer cerebralen Bewegungsstörung angefertigt (Abb. 6).

Sie entstand in einer diagnostischen Situation. Anlass war die Frage einer Lehrerin an eine erfahrene Kollegin, ob nicht bei diesem Jungen eine geistige Behinderung vorliege und ob nicht eine entsprechende Umstufung aus einer Gruppe für lernbehinderte Schüler in eine Gruppe für Schüler mit geistiger Behinderung ratsam sei. Die Unterrichtserfolge seit der Einschulung seien minimal.

Die Kollegin brachte die Zeichnung mit zur Supervision. Einerseits schien ihr die Zeichnung für erhebliche Entwicklungsprobleme des Kindes zu sprechen.

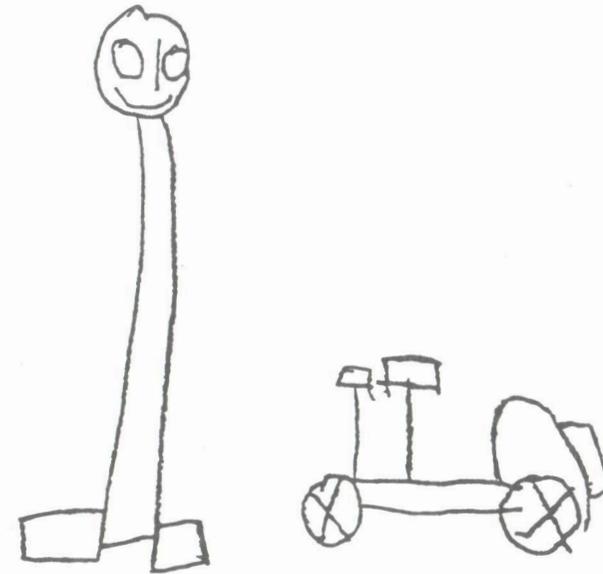


Abb. 6: 1. Zeichnung

Andererseits fühlte sich die Kollegin unwohl. Sie erzählte, dass sie sich – entsprechend dem was sie in ihrer Ausbildung gelernt hatte – sehr sachlich, distanziert verhalten habe während sie den Jungen zeichnen ließ. Es stellte sich heraus, dass der Junge im Zusammenhang mit ungünstigen Sozialisationsbedingungen unbezogenes Verhalten über längere Zeit erlebt hatte und dass ihn das stark beeinträchtigt hatte.

Die Sache ließ der Kollegin keine Ruhe. Sie ließ den Jungen am selben Tag eine zweite Zeichnung anfertigen (Abb. 7). Sie gestaltet die Situation aber anders. Sie verhielt sich freundlich, zugewandt, gab aber auch jetzt keinerlei Hinweise zur Gestaltung der Zeichnung. Die zweite Zeichnung zeigt, wieviel mehr der Junge von seinen vorhandenen Kompetenzen zeigen kann, wenn er freundliche Zuwendung, persönliches Interesse erlebt. Die Frage der Umgruppierung des Jungen konnte zurückgestellt werden. Als viel wichtiger wurde angesehen, ihm günstigere Bedingungen zu ermöglichen, damit er seine Kompetenzen auch in anderen Bereichen besser zum Ausdruck bringen kann.

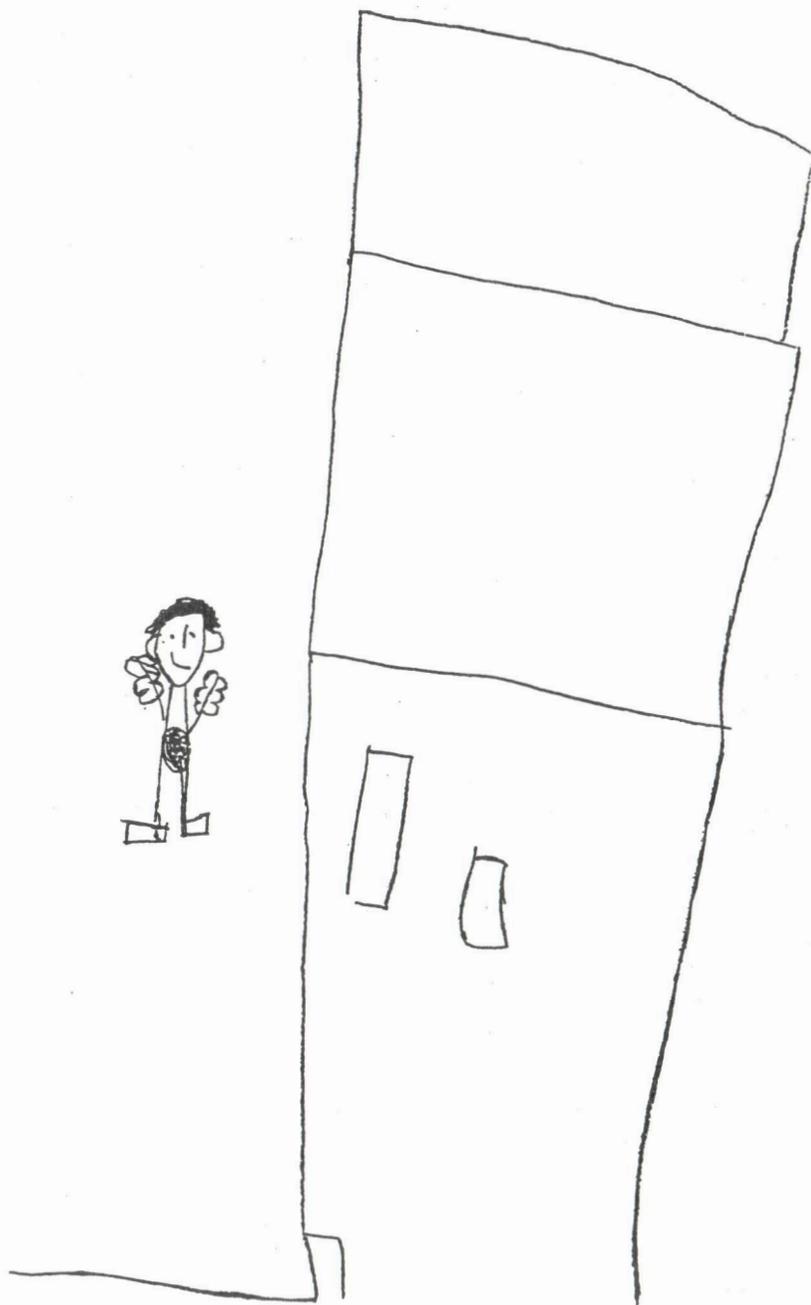


Abb. 7: 2. Zeichnung am selben Tag

3. Fragestellungen im vernetzten Feld

3.1 Die beste Schule für ein körperbehindertes Kind im Grundschulalter

Viele Eltern möchten ihr körperbehindertes Kind am liebsten in die Grundschule einschulen. Es ist ihr Wunsch, das Kind gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern aufwachsen zu lassen. Vielleicht spielt auch die Erwartung eine Rolle, dass ihr Kind gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern besser oder mehr lernt und einen anspruchsvolleren Schulabschluss erreicht.

Heute wird die schulische Integration behinderter Kinder auf vielfältige Weise unterstützt. Schulträger stellen in einem bestimmten Rahmen zusätzlich Mittel und Lehrerstunden zur Verfügung. Die Bereitschaft von Schulen, Kinder mit Körperbehinderungen aufzunehmen ist vielerorts gewachsen. Und doch ist die Integration nach wie vor eine besonders schwierige pädagogische und gesellschaftliche Aufgabe. Manchmal wird sie nur als Frage der Schulorganisation gesehen: Bereitstellung von sächlichen und personellen Mitteln, Lösung technischer Probleme, Anlage einer Rampe am Schuleingang, Organisation des Schülertransports. Solche Schwierigkeiten sind meist lösbar. Aber Integration ist keineswegs nur eine Frage der Schulorganisation.

Es geht um sehr viel mehr.

Besucht ein körperbehindertes Kind eine Regelschule, dann bedeutet das allein noch nicht Integration. Integration ist ein andauernder komplexer Entwicklungs- und Lernprozess. Er findet gleichzeitig in einem betroffenen Menschen statt, in seinen Bezugspersonen und Bezugsgruppen. Das gehört unabdingbar zusammen. Gesellschaftliche, wirtschaftliche und kulturelle Bedingungen erleichtern oder erschweren diesen Prozess.

Integration als innerer Prozess eines Menschen bedeutet: lernen, Freundschaft mit sich selbst zu schließen. Was kennzeichnet die Freundschaft eines Menschen mit sich selbst? Vielleicht kann man das so beschreiben: Ich bejahe mich wie ich bin. Ich akzeptiere auch meinen Körper so wie er ist. Ich nutze meine Möglichkeiten. Ich gehe mit Schwierigkeiten und Schwächen, die ich habe, verantwortlich um; ich kann um Hilfe bitten. Ich beende den Kampf gegen mich selbst, den Kampf gegen Beeinträchtigungen und Behinderungen. Ich bin bereit zu lernen. Ich gehe gut mit mir um. Ich schade mir nicht selbst.

In dieser Freundschaft mit sich selbst wird es möglich, sich für andere Menschen zu öffnen – so wie sie sind – ohne sich selbst zu verlieren, ohne Notwendigkeit, so zu sein oder zu werden wie sie. Freundschaft mit sich selbst wird möglich, wenn einem Menschen durch andere Menschen Wärme,