

*Friedrich Linderkamp und Matthias Grünke*

# Lern- und Verhaltensstörungen: Klassifikation, Prävalenz & Prognostik

## 1. Einführung

Lernstörungen werden meist in einem institutionell-pragmatischen Sinne definiert, nämlich als Minderleistungen beim absichtsvollen Wissenserwerb in einer formalisierten Lernumgebung (Lauth, 1998; Lauth, 1999). Die Ergebnisse der Anstrengungen eines Menschen sind dann als Ausdruck einer Lernstörung zu sehen,

- wenn sie deutlich (mindestens eineinhalb bis zwei Standardabweichungen) unterhalb des Altersdurchschnitts bzw. des Niveaus liegen, das aufgrund der allgemeinen intellektuellen Begabung zu erwarten ist oder
- wenn die auftretenden Rückstände von der entsprechenden Lehrkraft als so gravierend eingestuft werden, dass anscheinend kein darauf aufbauendes Weiterlernen möglich ist (Lauth & Grünke, 2005).

Verhaltensstörungen bezeichnen hingegen maladaptive sozial-emotionale Reaktionen und Handlungsweisen. Sie sind dann als Zeichen einer Störung und nicht nur einer vorübergehenden Devianz zu werten, wenn das betreffende Verhalten

- grob von den zeit-, kultur- oder gruppenspezifischen Erwartungsnormen abweicht
- über einen längeren Zeitraum (mehrere Monate) mit großer Häufigkeit und hoher Intensität auftritt
- sich in mindestens zwei Lebensbereichen äußert
- die eigene Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie die Interaktionsfähigkeit mit der Umwelt beeinträchtigt und
- ohne gezielte pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend abgebaut werden kann (Goetze, 2007; Myschker, 2005).

Zwar können Menschen in allen Lebensphasen Lern- oder Verhaltensstörungen aufweisen, man verwendet diese Begriffe jedoch vornehmlich im Zusammenhang mit betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Während man sich mit Lernschwierigkeiten fast ausschließlich im Kontext von Schule befasst und darunter in erster Linie Schulleistungsprobleme versteht, ist die Auseinandersetzung mit Verhaltensauffälligkeiten weniger an ein bestimmtes Setting gebunden.

Beide Begriffe sind sehr stark normabhängig und Ausdruck gesellschaftlicher Erwartungen. Ob eine Lern- oder Verhaltensstörung vorliegt, wird von Autoritäten

bzw. von pädagogischen, psychologischen und medizinischen Instanzen (z. B. von Eltern, Erziehern, Psychologen, Lehrern oder Ärzten) beurteilt. Doch während körperliche, geistige oder Sinnesbehinderungen oftmals mitmenschliche Betroffenheit und Empathie auslösen, trifft dies auf gravierende Lernschwächen oder fehlangepasstes Verhalten ohne erkennbare körperliche Ursachen kaum zu. In diesen Fällen unterliegen die meisten Menschen eher Bestrafungs- als Hilfeimpulsen und attribuieren die „Schuld“ für schlechte Noten oder maladaptive Handlungsweisen auf die jeweiligen Kinder und Jugendlichen (Vernooij, 2000). Allerdings sind etwa die Lernergebnisse eines Schülers auch von der fachlichen Kompetenz und der Persönlichkeit der jeweiligen Lehrkraft abhängig. Doch während in unserer Gesellschaft ansonsten meist die Dienstleistungen beurteilt werden, und nicht deren Empfänger, ist es in der Schule genau umgekehrt. Dort stellen Lehrkräfte durch ihren Unterricht ein Lehrangebot bereit, dessen primäres Ziel darin besteht, Kulturtechniken zu vermitteln. Für den Erfolg ihrer Bemühungen werden jedoch in erster Linie die Schüler verantwortlich gemacht. Sie erhalten für den Nutzen, den sie aus dem geleisteten Service ziehen können, Benotungen. Profitieren sie vom Angebot des jeweiligen Lehrers nicht im erhofften Ausmaß, attestiert ihnen dieser eine mangelnde Lernfähigkeit. Die fachliche Qualität seiner Dienstleistung steht hingegen kaum zur Debatte. Sozial-emotional unangepasstes Verhalten kann ebenfalls nicht losgelöst von den bisherigen und momentanen Umweltbedingungen und insbesondere von der Art der Erziehung betrachtet werden. Und auch hier nehmen häufig diejenigen Personen die Bewertung der Reaktionen junger Menschen auf bestimmte Situationen, Reize und Interaktionsformen vor, die Teil des Kontextes sind, in dem sie auftreten.

Lern- und Verhaltensstörungen sind also immer das Resultat komplexer Wechselwirkungen zwischen bestimmten Merkmalen des jungen Menschen und seiner Umwelt. Zeigt beispielsweise ein Schüler in der ersten Klasse in einem bestimmten Bereich Rückstände, die von der Lehrkraft weder adäquat erkannt noch mittels geeigneter Fördermethoden aufgearbeitet werden, so trägt dies neben anderen Faktoren dazu bei, dass sich kleinere Defizite später zu einer Lernstörung verfestigen. Oder weist etwa ein Kind bei der Einschulung ein „schwieriges Temperament“ auf (unregelmäßige Regulation von biologischen Funktionen, heftige emotionale Reaktionen auf Frustrationen, vorwiegend negative Stimmungslage, ...), das die Eltern und Lehrer mit emotionaler Distanziertheit, Ablehnung und inkonsequenten Strafen erwidern, so leistet dies der Entwicklung einer manifesten Verhaltensstörung in den folgenden Lebensjahren zweifellos Vorschub (Sutherland & Oswald, 2005). Bei der Verwendung der Begriffe *Lern- und Verhaltensstörungen* ist also stets zu bedenken, dass es sich hierbei um sprachliche Konstruktionen zur Erleichterung der Kommunikation handelt, die gesellschaftlichen Normvorstellungen unterliegen und die zur Beschreibung von Gegebenheiten dienen, an deren Zustandekommen die beurteilenden Instanzen bzw. Personen oftmals aktiv beteiligt sind. Somit sollen die Bezeichnungen lediglich der neutralen Deskription und der notwendigen Verständigung unter Fachleuten dienen und keine Zuschreibung von Verantwortung implizieren. Die Legitimation zur Behandlung von Lern- und Verhaltensstörungen leitet sich

einerseits aus der Fürsorgepflicht Erwachsener gegenüber Kindern und Jugendlichen ab, deren Chancen auf das Erreichen einer möglichst hohen schulischen oder beruflichen Qualifikation sowie auf ein selbstbestimmtes, eigenverantwortliches und emotional stabiles Leben in unserer Gesellschaft durch die jeweilige Störung eingeschränkt sind. Andererseits geht es bei fremdschädigenden Handlungsweisen auch darum, das Umfeld des betroffenen jungen Menschen zu schützen.

Mädchen und Jungen mit gravierenden Lern- und Verhaltensstörungen stellen die weitaus größte Gruppe unter allen jungen Menschen dar, die gemeinhin als beeinträchtigt bezeichnet werden. Ihr Anteil wird von Bos und Vaughn (2006) mit insgesamt 25 Prozent beziffert. Fragt man Lehrkräfte in allgemeinen Schulen danach, wie viele ihrer Schüler sich durch tief greifende Schwierigkeiten beim Wissenserwerb bzw. in der sozialen und emotionalen Entwicklung auszeichnen, so erhält man v. a. in Haupt- und Gesamtschulen meist Antworten mit deutlich höheren Anteilen. Zwar werden in der Bundesrepublik Deutschland seit mehreren Jahren zusehends weniger Kinder geboren, allerdings steigt die Anzahl der Heranwachsenden mit Lern- und Verhaltensstörungen weiter an. Von allen Kindern und Jugendlichen, die in allgemeinen oder in Förderschulen eine sonderpädagogische Förderung erhalten, wird diese in 52,5% aller Fälle aufgrund gewichtiger Leistungsprobleme, und in 8,7% der Fälle aufgrund massiver Erziehungsschwierigkeiten gewährt (Borchert, 2007).

Obwohl beide Symptomgruppen in der Literatur meist getrennt voneinander behandelt werden und sich hierzulande zwei unterschiedliche sonderpädagogische Fachrichtungen etabliert haben, findet man ein gemeinsames Auftreten deutlich häufiger vor als ein getrenntes (Ricking, 2005). Dies liegt im Wesentlichen an zwei Gründen:

- Für die Entstehung und Aufrechterhaltung vieler Lern- und Verhaltensstörungen sind relativ ähnliche Risikofaktoren verantwortlich zu machen und die Erklärung der Zusammenhänge geschieht oftmals über vergleichbare Diathese-Stress-Modelle. Gestiegene Prävalenzraten lassen sich in diesem Zusammenhang v. a. durch Gefährdungen erklären, die in der jüngeren Vergangenheit in höherem Maße auftreten als dies etwa noch vor zwanzig Jahren der Fall war (z. B. zerrüttete Familienverhältnisse, Kinderarmut, exzessiver Bildschirmmedienkonsum).
- Lernprobleme ziehen häufig Verhaltensschwierigkeiten nach sich und vice versa. Ein Junge mit einem ausgeprägten Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom wird kaum optimale Schulleistungen erbringen können, während ein leistungsschwaches Mädchen im Zuge einer Aneinanderreihung von Misserfolgen möglicherweise ein sehr negatives Begabungselbstbild oder gar eine Schulangst entwickelt. Ursachen- und Wirkungsfaktoren sind hierbei jedoch aufgrund der komplexen Wechselwirkungen in den meisten Fällen schlecht bis gar nicht voneinander zu trennen (Bos & Vaughn, 2006).

Kinder und Jugendliche mit Lern- und Verhaltensauffälligkeiten stellen aufgrund hoher und steigender Prävalenzraten eine zunehmend schwierigere Herausforderung für unser Schulsystem und die unterrichtenden Lehrkräfte dar. Allerdings finden Präventions-, Förder- und Interventionsmaßnahmen nicht nur in Schulen statt, sondern beispielsweise auch in Erziehungsberatungsstellen, psychotherapeutischen Praxen, Heimen, Frühförderinstitutionen, heilpädagogischen Tagesstätten oder Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Im Folgenden sollen nun die wichtigsten Störungsbilder konkret definiert und beschrieben werden.

## 2. Lernstörungen: Klassifikation, Prävalenz und Prognostik

### 2.1 Erscheinungsbild und Klassifikation

Lernstörungen lassen sich nach ihrer Bereichsspezifität in partielle und generelle Auffälligkeiten einteilen, die wiederum bezüglich ihrer Dauer differieren können. Zur Gruppe der inhaltlich begrenzten Symptomatiken gehören in erster Linie die Lese-Rechtschreibschwäche und die Rechenschwäche. In die Kategorie der allgemeinen Beeinträchtigungen fallen v. a. die kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten, Lernbehinderungen und das Underachievement (Lauth, Brunstein & Grünke, 2004; Lauth, 1999). Alle genannten Beispiele sind als eher überdauernde Probleme zu bezeichnen. Vorübergehende Rückstände sind häufig Folgeerscheinungen kritischer Lebensereignisse, einer Anhäufung von Alltagswidrigkeiten oder schwieriger Lebensphasen. Bewegt sich der Zeitraum, in dem sich die Reaktionen auf derartige Situationen u. a. in deutlich verschlechterten Schulleistungen äußern, im Bereich von sechs bis zwölf Monaten, so spricht man in Abgrenzung zu noch kurzfristigeren Anpassungsschwierigkeiten auch hier von Lernstörungen. Letztere wachsen sich im Laufe der Zeit wieder aus und verschlimmern sich nicht im Zuge der weiteren Schullaufbahn. Allen Lernstörungen ist gemein, dass sie nicht auf eine Sinnesschädigung, eine längere Abwesenheit von der Schule oder einen eindeutig unangemessenen Unterricht zurückgeführt werden dürfen. Wie jedoch weiter oben bereits ausgeführt wurde, ist es in konkreten Fällen häufig sehr schwierig, die Frage nach der Tauglichkeit des Lehrangebots objektiv zu bewerten.

Die wichtigsten partiellen Lernstörungen lassen sich wie folgt beschreiben:

- Unter einer *Lese-Rechtschreibschwäche* versteht man umschriebene Probleme beim Schriftspracherwerb. Diese müssen bereits beim Erstleseunterricht deutlich geworden sein, während sich zeitgleich in anderen Fächern keine nennenswerten Auffälligkeiten zeigten. Gemäß der ICD-10 (F81.0) ist des Weiteren ein gravierender Unterschied (mindestens zwei Standardabweichungen) zwischen dem allgemeinen intellektuellen Niveau und der Lese- und Rechtschreibleistung nachzuweisen, um eine entsprechende Diagnose stellen zu können (Dürr, 2001). Diese Diskrepanzbedingung wird in jüngerer Zeit jedoch zunehmend kritisch

hinterfragt, da es für die Art der konkreten Förderung der betroffenen Mädchen und Jungen offenbar unerheblich ist, ob diese Voraussetzung erfüllt wird oder nicht. Als Alternative schlagen Gasteiger Klicpera und Klicpera (2004) vor, dann von einer Lese-Rechtschreibschwäche zu sprechen, wenn die Leistungen eines Schülers in einem standardisierten Lese- bzw. Rechtschreibtest unterhalb eines Prozentrangs von 15 liegen. In einigen Fällen bestehen die Schwierigkeiten „lediglich“ im Bereich des Rechtschreibens, so dass hier von einer (isolierten) Rechtschreibstörung gesprochen wird.

- Bei einer *Rechenschwäche* weist der betroffene Schüler durchschnittliche Lese- und Rechtschreibfähigkeiten auf und verfügt über eine gute Allgemeinintelligenz. Grundlegende Rechenfertigkeiten im Bereich der Addition, Subtraktion, Multiplikation und Division werden jedoch nur unzureichend beherrscht. Wie bei Lese-Rechtschreibstörungen wird auch die Rechenschwäche mittels eines Unterschieds zwischen dem generellen intellektuellen Leistungsniveau und spezifischen (in diesem Falle mathematischen) Kompetenzen definiert. Auch hier soll die Differenz wenigstens zwei Standardabweichungen betragen (Warnke & Küspert, 2001). Lorenz (2004) ergänzt jedoch, dass die erzielten Ergebnisse eines Mädchens oder Jungens bei standardisierten Mathematiktests das 10. Perzentil nicht überschreiten dürfen, um von gravierenden Rückständen im Sinne einer Rechenschwäche ausgehen zu können.

Zu den verbreitetsten generellen Lernstörungen gehören die folgenden Phänomene:

- Eine *kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten* (auch allgemeine Lernschwäche genannt) zeichnet sich durch basale Probleme beim Erlernen des Lesens, des Schreibens und des Rechnens aus. Das Lernen ist hier im Gegensatz zu einer Lese-Rechtschreibschwäche oder einer Rechenschwäche „auf breiter Ebene“ beeinträchtigt. Gleichzeitig liegt eine deutliche Diskrepanz (zwei Standardabweichungen und mehr) zwischen den tatsächlichen und den aufgrund der Intelligenz, des Alters und der bisherigen Beschulung erwarteten Schulleistungen vor (Lauth, 2001; 2004). Die kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten ist im ICD-10 verzeichnet (F81.3) und entspricht von allen in diesem Kapitel beschriebenen Kategorien am ehesten dem angloamerikanischen Konzept der „learning disabilities“.
- Bei einer *Lernbehinderung* handelt es sich um eine schulorganisatorische Setzung. Der Begriff findet weder in der ICD-10 noch im DSM-IV Erwähnung. In der Fachwelt wird er jeweils unterschiedlich verstanden: Lernbehinderung steht oftmals als Synonym für umfassendes Schulversagen oder dient als Label für Kinder und Jugendliche, die eine besondere Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen besuchen. Demgegenüber enthält eine etwas wissenschaftlichere und konkretere Definition des Phänomens relativ operationale Kriterien: (1) Es liegen Rückstände in verschiedenen Unterrichtsfächern (v. a. Deutsch und Mathematik) in der Größenordnung von zwei bis drei Schuljahren vor, (2) die Schwie-

rigkeiten persistieren über mehrere Jahre, (3) die Allgemeinintelligenz ist reduziert und (4) spezifische Förderbemühungen in der Regelschule haben keine ausreichenden Lernfortschritte zur Folge (Lauth, 2000; Lauth & Schlottke, 2005). Beide Beschreibungen charakterisieren zu einem wesentlichen Teil verschiedene Schülergruppen. In der „Mittelschichtsinstitution Schule“ kann man den Bedürfnissen vieler Kinder und Jugendlicher aus einem sozial randständigen Milieu oder mit mangelnden deutschen Sprachkenntnissen wegen ihres Migrationshintergrundes häufig nicht in ausreichendem Maße entsprechen. Diese Mädchen und Jungen werden nicht selten in eine Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen überwiesen, obwohl sie über eine mindestens durchschnittliche Allgemeinintelligenz und eine hinreichende Lernfähigkeit verfügen. Im Sinne der zweiten Umschreibung gelten sie somit nicht als lernbehindert. Mit Blick auf die oben erwähnte Bedingung, dass Lernstörungen im Allgemeinen nicht auf eine unangemessene Beschulung zurückgeführt werden dürfen, ist diese Bezeichnung folglich für den Großteil dieser Gruppe ebenfalls unzutreffend.

- Unter einem *Underachievement* versteht man das bereichsübergreifende Zurückbleiben schulischer Leistungen hinter dem Intelligenzniveau. Die Diskrepanz zwischen Fähigkeit und Leistung muss hierbei mindestens eineinhalb Standardabweichungen betragen. In Abgrenzung zu einer umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (ICD-10; F81) muss eine überdurchschnittliche Intelligenz vorhanden sein, die Schulleistungen dürfen hingegen bestenfalls im Normalbereich liegen. Im DSM-IV wird die Erscheinungsform des *Underachievements* als V-Kategorie (V62.30) berücksichtigt (Glaser & Brunstein, 2004). Die Besonderheit dieser Störung liegt darin, dass die Noten der betroffenen Schüler nur im Verhältnis zu ihrer individuellen Begabung, nicht aber hinsichtlich der sozialen Bezugsnorm ihrer jeweiligen Klassen als schlecht bezeichnet werden können.

## 2.2 Prävalenz und Prognostik

Eine Lese-Rechtschreibschwäche kommt bei 2,7% aller achtjährigen Kinder vor. Der Anteil der betroffenen Mädchen und Jungen nimmt im Verlauf der ersten Schuljahre zu. Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt die Quote bei 5 bis 10%. Etwa 1% aller Schüler kann weder Lesen noch Rechtschreiben. Massive Leseschwierigkeiten treten bei männlichen Kindern und Jugendlichen gegenüber weiblichen in einem Verhältnis von ungefähr 3:2 auf. Bei Rückständen im Rechtschreiben fällt diese Diskrepanz noch etwas deutlicher aus. Vorliegende Studien weisen darauf hin, dass an der Entstehung der Störung oftmals neurologische Risikofaktoren mit genetischer Ursache beteiligt sind. Die Gefahr zur Entwicklung einer Lese-Rechtschreibschwäche ist somit in allen Bevölkerungsschichten vorhanden (Gasteiger Klicpera & Klicpera, 2004; Warnke & Roth, 2002). Allerdings manifestieren sie sich bei Kindern aus solchen Elternhäusern besonders häufig, die rela-

tiv wenige Möglichkeiten bieten, fundierte deutsche Sprachkenntnisse zu erwerben. Dies ist oftmals in bildungsfernen Familien und in Familien mit Migrationshintergrund der Fall. Doch selbst beim Vorliegen multipler Risiken können entsprechende negative Folgen durch eine gezielte Frühförderung und einen spezifischen Erstleseunterricht oftmals weitgehend abgewendet werden, so dass es zu keiner Manifestierung einer Lese-Rechtschreibschwäche kommen muss (Gildroy & Deshler, 2005; 2006; Weber, Marx & Schneider, 2007). Ohne adäquate Intervention sind die Prognosen für risikobelastete Kinder hingegen sehr ungünstig. Erste Rückstände verfestigen sich im Laufe der ersten Schuljahre zu stabilen Defiziten. Im Jugendlichenalter treten Lese-Rechtschreibschwächen dann im Zuge andauernder schulischer Misserfolge häufig gemeinsam mit Störungen des Sozialverhaltens und einer erhöhten Delinquenzrate auf (Dürr, 2001).

Angaben zur Prävalenz von Rechenstörungen aus dem deutschsprachigen Raum schwanken zwischen 4,4 und 6,7%. Mädchen sind im Verhältnis von 2:1 häufiger betroffen als Jungen. Geschlechtsunterschiede bezüglich der Ausprägung grundlegender numerischer Kompetenzen (gefestigtes Zahlenbegriffsverständnis, gute Zählfertigkeiten) zeigen sich bereits im Kindergartenalter. Gegen Ende der 2. Klasse sind die Differenzen am größten (von Aster, Kucian, Schweiter & Martin, 2005). Ein erstmaliges Auftreten einer Rechenschwäche in der Sekundarstufe I ist sehr unwahrscheinlich (Lorenz, 2004). Auch für die Entstehung einer Rechenstörung scheint eine genetische Komponente mitverantwortlich zu sein: Ungünstige biologische Reifungsvorgänge ziehen eine defizitäre Informationsverarbeitung nach sich, die den Aufbau hinreichender mathematischer Basisfertigkeiten erschwert (Warnke & Küspert, 2001). Rechenschwächen können dementsprechend in allen Schichten vorkommen. Zwar finden sich bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien tendenziell mehr Schüler mit tief greifenden Problemen in Mathematik als in der Allgemeinbevölkerung, das Milieu spielt hier jedoch eine geringere Rolle als bei der Genese von Lese-Rechtschreibstörungen. In Abgrenzung zu Lese-Rechtschreibschwächen gehen Rechenstörungen selten mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, sondern stattdessen häufig mit Ängsten und Depressionen einher (von Aster et al., 2005). Werden grundlegende Rückstände im Bereich der Mathematik nicht adäquat behandelt, persistieren sie in der Regel bis in höhere Klassen (Lorenz, 2004). Adäquate Interventionsmethoden können die Schwierigkeiten allerdings deutlich abmildern (Baker, Gersten & Lee, 2002).

Unter einer kombinierten Störung schulischer Fertigkeiten leiden etwa 3% aller Kinder und Jugendlichen (Lauth, 2004). Die Prävalenz von Lernbehinderungen kann nur näherungsweise geschätzt werden, da es sich hierbei wie erwähnt um keine wissenschaftlich gängige Kategorie handelt, die in einem der üblichen Klassifikationssysteme aufgeführt wird. Dementsprechend sind hierzu nach Kenntnis der Autoren bislang auch keine größeren epidemiologischen Untersuchungen durchgeführt worden. Fest steht jedoch, dass bundesweit ca. 2,5% aller schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen eine Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen besuchen und die Quote an Schulabgängern ohne Hauptschulabschluss im Jahre 2004 bei

8,4% lag. (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2007; Schröder, 2005). Auch wenn die Gruppe dieser Heranwachsenden nicht mit der Population der lernbehinderten Schüler im Sinne von Lauth (2000) bzw. Lauth und Schlottke (2005) deckungsgleich ist (siehe oben), so kann hier dennoch von einer Auftretenshäufigkeit ausgegangen werden, die sich grob im Bereich der eben genannten Zahlen bewegt. Etwa 5 bis 10% aller Schüler sind als Underachiever zu bezeichnen (Glaser & Brunstein, 2004).

Allen drei hier thematisierten generellen Lernstörungen ist gemein, dass Jungen im Verhältnis von 3:2 bis 2:1 häufiger betroffen sind als Mädchen. Außerdem stellt in allen Fällen die soziale Herkunft den wichtigsten Risikofaktor dar: Junge Menschen mit Migrationshintergrund oder aus einem randständigen familiären Umfeld sind besonders gefährdet (Glaser & Brunstein, 2004; Grünke, 2004; Lauth, 2004). Die Prognosen sind insgesamt relativ ungünstig. Rückstände wachsen sich nicht mit der Zeit aus, stattdessen vergrößert sich die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit im weiteren Verlauf der Schulkarriere mehr und mehr. Vor dem Ende der Grundschulzeit kommt es meist zu einer Chronifizierung der Problematiken. Außerdem entwickeln 30 bis 50% der Schüler bei allen drei Diagnosen zusätzlich gravierende Verhaltensauffälligkeiten (insbesondere soziale und hyperkinetische Störungen) (Glaser & Brunstein, 2004; Marcus & Schmidt, 1993; Myschker, 2005). Bei einer gezielten und stark übungsorientierten Intervention zur Erhöhung der Lernaktivität und zur Aufarbeitung inhaltlicher Lernrückstände zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen mit einer kombinierten Störung schulischer Fertigkeiten aufgrund besserer kognitiver Ressourcen üblicherweise größere Fördererfolge als bei lernbehinderten. Auch bei Underachievern lässt sich auf eine gute bis sehr gute Allgemeinintelligenz zurückgreifen. Allerdings ist es häufig verhältnismäßig schwierig, das durch eine mehr oder minder lange Historie an schulischen Misserfolgen entstandene negative Begabungsselbstbild zu verändern und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und Leistungsmotivation aufzubauen (Glaser & Brunstein, 2004).

### **3. Verhaltensstörungen: Klassifikation, Prävalenz & Prognostik**

#### *3.1 Erscheinungsbild und Klassifikation*

Verhaltensstörungen lassen sich in Störungen mit unterkontrolliertem Verhalten (sogenannte externalisierende Verhaltensstörungen) und Störungen mit überkontrolliertem Verhalten (internalisierende Verhaltensstörungen) einteilen. Bei den externalisierenden Verhaltensstörungen lassen sich im Wesentlichen drei Problematiken voneinander abgrenzen: die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, die Störungen des Sozialverhaltens und die Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung. Zu den internalisierenden Störungen zählen v. a. Kindheitsängste sowie Depression.



Die Störungsformen werden in differentialdiagnostischen Systemen DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) und ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2004) näher klassifiziert.

- *Oppositionelles Trotzverhalten* liegt vor, wenn ein Kind andauernd (seit wenigstens sechs Monaten), beständig und in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß aufbrausend, empfindlich und uneinsichtig für eigenes Fehlverhalten ist, sich häufig mit Erwachsenen streitet, sich Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen widersetzt und andere häufig absichtlich verärgert und beleidigt, so dass bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen oder schulischen bzw. beruflichen Funktionsbereichen festzustellen sind.
- Die Problematik bei einer *Störung des Sozialverhaltens* ist insofern schwerwiegender, als hier wiederholt und anhaltend Rechte anderer verletzt und gesellschaftliche Normen und Regeln gebrochen werden. Dies geschieht, indem aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren (wie Schlägereien, Tierquälerei, Einsatz von Waffen, Erzwingen sexueller Handlungen) gezeigt und, z.B. mittels Brandstiftung, Eigentum zerstört wird. Die betreffenden Kinder und Jugendlichen betrügen, verüben Einbrüche, stehlen, bleiben auch schon vor ihrem 13. Lebensjahr wiederholt über Nacht weg und schwänzen häufig die Schule. Auch hier sind bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen oder schulischen bzw. beruflichen Funktionsbereichen die Folge.
- Die *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* ist einerseits durch Verhaltensprobleme aus dem Bereich unaufmerksamen Verhaltens und andererseits durch übermäßiges hyperaktiv-impulsives Verhalten gekennzeichnet und wird durch mehrere Zuweisungs- bzw. Ausschlussmerkmale erfasst. So müssen charakteristische Verhaltensmerkmale der Unaufmerksamkeit und/oder Impulsivität-Hyperaktivität bereits vor dem siebten Lebensjahr bereichsübergreifend (also in Kindergarten/Schule und Elternhaus) vorgelegen haben, seit wenigstens sechs Monaten zu beobachten sein und zwar in einem verglichen mit dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes deutlich unangemessenen Ausprägungsgrad, so dass sie einen deutlichen Leidensdruck bzw. eine manifeste Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit beim betroffenen Kind bzw. Jugendlichen verursachen.

Aufgrund des Umstands, dass neben der grundlegenden Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsproblematik auch weitere Sozialstörungen auftreten, wird in der ICD-10 zwischen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens unterschieden, bei der zusätzlich zu den Kriterien einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung auch die Kriterien einer „Störung des Sozialverhaltens“ erfüllt sind.

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter lassen sich unterscheiden in die Störung mit Trennungsangst, die Soziale Angst und die Generalisierte Angststörung.

All diesen Störungen ist das unrealistische, übermäßig ausgeprägte Angsterleben gemein.

- Die *Trennungsangst* bezieht sich nicht (wie die *spezifische Phobie*) auf bestimmte Objekte und auch nicht auf konkrete Situationen, sondern stellt eine Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen dar. Ängste vor Trennungen von der Mutter sind bei Kleinkindern durchaus normal, etwa im Zusammenhang mit „Fremdeln“ oder wenn sich ein zweijähriges Kind in einen Krabbelkreis eingewöhnen muss. Zum Teil halten Trennungsängste jedoch bis ins Schulalter an und stellen tatsächlich die häufigste Form der Schulangst dar. Die Kinder reagieren dann zumeist auf Konflikte in der Familie oder auch auf die Ängste der Mutter, die ihr Kind wenig in seiner Autonomieentwicklung unterstützt, sondern es stattdessen emotional an sich bindet. Das Kind hat eine dauerhafte unrealistische Besorgnis, der Bezugsperson könnte etwas zustoßen oder das Kind könnte durch unglückliche Ereignisse von der Bezugsperson getrennt werden. Das Kind weigert sich in den Kindergarten oder in die Schule zu gehen bzw. dort zu bleiben und will stattdessen bei der Bezugsperson zuhause bleiben. In tatsächlichen oder erwarteten Trennungssituationen klammert sich das Kind an, ist verzweifelt und zeigt Wutausbrüche. Auch ein alleiniges Übernachten bei Anderen wird abgelehnt. Wenn Trennungssituationen anstehen, schläft das Kind schlecht, hat Alpträume und somatisiert mit Übelkeit/Erbrechen, Bauch- und Kopfschmerzen.
- *Soziale Angst* stellt eine übersteigerte Form der Schüchternheit dar, gekennzeichnet durch eine (wiederum) irrationale Angst vor negativen Bewertungen. Die betreffenden Kinder haben Angst vor dem Kontakt mit und dem Sprechen vor Anderen, vor allem in Gruppen und in der Öffentlichkeit. Sie zeigen ein weit reichendes Vermeidungsverhalten, das je nach Kontext stark variieren kann (z. B. im Kontakt mit Kindern des jeweils anderen Geschlechts oder besonders mit den gleichaltrigen Kindern desselben Geschlechts). Soziale Angst zeigt sich v. a. in der Schule und stellt nach der Trennungsangst die zweithäufigste Form der Schulangst dar. In der Schule manifestiert sich die Bewertungsangst auch im Bereich der Schulleistungsanforderungen als Prüfungsangst. Dies führt dazu, dass die Kinder die Schule meiden und dass sie schlechtere Schulleistungen erbringen, als sie von den kognitiven Lernvoraussetzungen her in der Lage wären zu zeigen.
- Die *Generalisierte Angststörung* ist nicht auf bestimmte Situationen begrenzt, sondern stellt eine weit reichend generalisierte und dauerhafte Angst dar. Zur Symptomatik gehören permanente Befürchtungen und Sorgen über ein breites Spektrum hinweg, z. B. über die weitere schulische Entwicklung, mögliche zukünftige Unglücksfälle, Angst vor Überforderungen. Das Angsterleben zeigt sich bei Kindern stark körperlich in Form von Nervosität, permanenter körperliche Unruhe und Anspannungen. Hinzu kommt eine vegetative Übererregbarkeit in Form von Schwitzen, Schwindel, Mundtrockenheit u. ä.

Sehr häufig geht Angst mit einer depressiven Störung einher. Depressionen im Kindes- und Jugendalter werden – in Analogie zur der bei Erwachsenen verwendeten Systematik – in die Depressive Episode/Major Depression und die Dysthymia unterteilt.

- Bei der *depressiven Episode* bzw. der *Major Depression* leidet das Kind phasenhaft unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität.
- Die *Dysthyme Störung* ist eine chronische über Jahre andauernde und im Unterschied zur depressiven Episode weniger stark ausgeprägte depressive Verstimmung.

Depressionen sind gekennzeichnet durch ein negatives emotionales Befinden und Freudlosigkeit (Anhedonie), Interessenverlust, Antriebsminderung und auch körperlichen Symptomen wie Schlafstörungen, Appetitverlust und psychosomatischen Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen). Sie führen zu (Schul-) Leistungsstörungen und gehen mit sozialen Kompetenzdefiziten einher.

### 3.2 Prävalenz und Prognostik

Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten kommen bei 9-15-jährigen Kindern im Umfang von von 4,5% bei Jungen und 2,5% bei Mädchen vor. Von Störungen des Sozialverhaltens sind 3,9% Jungen und 1,3% Mädchen betroffen (Costello & Angold, 1998). Sowohl Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten als auch Störungen des Sozialverhaltens weisen die höchsten Prävalenzraten in der Gruppe der 12-17-jährigen auf. In dieser Altersphase sind gemäß deutscher Studien zwischen 7% und 9% von dissozialen Störungen betroffen (Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998; Ihle, Esser, Schmidt & Banz, 2000).

Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens manifestieren sich zumeist in unterschiedlichen Entwicklungsphasen. So tritt Oppositionelles Trotzverhalten erstmals häufig bereits im Vorschulalter auf, während Störungen des Sozialverhaltens oft erst später im Grundschulalter und in der Adoleszenz diagnostiziert werden. Gemäß eines Modells von Lahey, Waldman und McBurnett (1999) geht einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten häufig eine ADHS voraus. Frühe Symptomatiken proaktiver Aggressionen und häufige gewalttätige Streitereien sind Prädiktoren für die Entstehung einer Störung des Sozialverhaltens (Vitaro, Gendreau, Trembley & Oligny, 1998). Vor diesem Hintergrund entwickeln sich Störungen des Sozialverhalten früher sowie schwerer und haben eine deutlich schlechtere Prognose (Loeber, Green, Keenan & Lahey, 1995). Das Zusammenwirken von ADHS und oppositionellem Trotzverhalten begünstigt die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens.

Aufmerksamkeitsstörungen treten bei 3-6% der Schulkinder auf. Jungen sind 6 bis 9 mal häufiger betroffen als Mädchen (American Psychiatry Association, 1994). Längsschnittuntersuchungen dokumentieren, dass 30-80% der von ADHS betroffenen Kinder auch noch als Jugendliche und bis zu 65 % auch noch als Erwachsene Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) aufweisen (Barkley, 1998a). Zudem konnten bei 25-40% der betroffenen Erwachsenen antisoziale bzw. delinquente Verhaltensweisen festgestellt werden. In erhöhtem Ausmaß wurden zudem wenige bzw. konfliktreiche Sozialbeziehungen sowie Drogenmissbrauch bei heranwachsenden aufmerksamkeitsgestörten Kindern registriert. Diese Problematiken stellen sich insbesondere bei Kindern mit dominierenden hyperaktiv-impulsiven Symptomatiken und einer im Entwicklungsverlauf frühen komorbiden Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten ein (vgl. Barkley, 1998).

Die Prognose für ADHS fällt schlecht aus, wenn ergänzend aggressives Verhalten gegenüber Erwachsenen, niedriger IQ, schwache Beziehungen zu Gleichaltrigen und ein Überdauern der Kardinalsymptomatiken vorliegen (vgl. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP, 1997).

Angststörungen bei Kindern sind besonders häufig, über 10% der Kinder sind davon betroffen (vgl. Ihle und Esser, 2002). Angststörungen persistieren häufig bis ins Erwachsenenalter und sie stellen ein beträchtliches Risiko für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen dar (Woodward & Fergusson, 2001). Allerdings lassen sich Angststörungen im Kindesalter therapeutisch aussichtsreicher behandeln als externalisierende Verhaltensstörungen.

Depressionen treten am häufigsten im Jugendlichenalter und zwar insbesondere bei Mädchen im Umfang von ca. 6% auf (vgl. Hautzinger & Petermann, 2003).

Bei Depression im Kindesalter bestehen prognostisch Risiken hinsichtlich einer Drogen- und Alkoholsucht sowie das Risiko einer erhöhten Suizidalität (vgl. Hautzinger & Petermann, 2003).

Die verschiedenen Formen externalisierender und internalisierender Störungen kommen oft miteinander vergesellschaftet vor. So geht die Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung zu 30-90% mit oppositionellem Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens einher (Hinshaw, 1987).

Bei ca. 14% der Kinder mit oppositionellem Trotzverhalten liegen Angststörungen vor, während depressive Störungen mit 9% weniger vorkommen (Angold & Costello, 1996). Insgesamt sind ca. ein Drittel der Kinder mit Störungen im Sozialverhalten von verschiedenen Formen emotionaler Störungen betroffen (Offord et al. 1992). Die Rate der betroffenen Mädchen, die ohnehin ein höheres Risiko für die Entwicklung ängstlich-depressiver Symptomatiken haben, dürfte noch höher liegen.  $\frac{2}{3}$  bis  $\frac{3}{4}$  der Mädchen mit Störungen des Sozialverhaltens haben ergänzende internalisierende Problematiken (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000).