

Brack, Udo B.

## Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 3, S. 83-90*



Quellenangabe/ Reference:

Brack, Udo B.: Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 3, S. 83-90 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-24899 - DOI: 10.25656/01:2489

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-24899>

<https://doi.org/10.25656/01:2489>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.v-r.de>

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz  
Leibniz-Gemeinschaft

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin  
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel  
Redaktion: Günter Presting

38. Jahrgang / 1989

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG  
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

## Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik

Von Udo B. Brack

### Zusammenfassung

Die Feststellung einer mentalen Retardierung bei einem Kind ist oft mit erheblichen Folgen für dieses und für seine Bezugspersonen verbunden. Dabei sind die Merkmale, die zu dieser Diagnose herangezogen werden, ebenso unterschiedlich wie die therapeutischen und erzieherischen Konsequenzen, die daraus abgeleitet werden. Das gilt nicht nur für den Vergleich des pädagogischen Ansatzes mit dem medizinischen oder klinisch-psychologischen Ansatz, sondern auch für die Gegenüberstellung verschiedener Schulrichtungen innerhalb dieser Disziplinen. Sinnvoll erscheint – statt Spekulationen über mögliche Hirnschäden, Zuordnungen zu vage definierten Syndromen usw. – eine sorgfältige Analyse der Leistungsausfälle, um eine auf diese genau abgestimmte Behandlung ohne voreilige Etikettierung des Patienten zu ermöglichen.

Die Bedeutung klinisch-psychologischer Intervention bei Kindern liegt darin, daß damit die Entstehung von Störungen verhindert, ihre Zunahme eingeschränkt oder viele ihrer Folgen vermieden werden können. Bei der Behandlung von Kindern aber werden auch Psychologen mit mentalen Retardierungen konfrontiert, die ursprünglich nicht mit geistig behinderten Patienten arbeiten wollten und dazu auch nicht vorgebildet sind. Denn viele Eltern bringen das Kind wegen sprachlicher Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen, Unruhe usw. – und erst bei der Untersuchung ergibt sich eine mentale Retardierung.

### Begründungen und Konsequenzen der Diagnose einer mentalen Retardierung

Die Nomenklatur ist vielfältig: Abhängig vom Befund, der Schulrichtung des Psychologen, seinen Vorkenntnissen, der spezifischen Fragestellung oder den verfügbaren Fördermöglichkeiten wird von ‚Entwicklungsrückstand‘, ‚Teilleistungsstörungen‘, ‚mentaler Retardierung‘, ‚Lernbehinderung‘, ‚geistiger Behinderung‘, ‚Debilität‘ usw. gesprochen.

Es hat sich gezeigt, daß eine umfassende Analyse des Charakters, der Persönlichkeit, aller psychischen Einflüsse oder zukünftigen Verhaltensmuster unmöglich ist. Deshalb sollte von vornherein gefragt werden, ob eine Diagnose primär der Beschreibung eines Zustandes, der Benennung möglicher Ursachen der Störung, dem Aufzeigen von Therapiemöglichkeiten oder der Erstellung einer Prognose (mit oder ohne Therapie) dienen soll.

Mit der Diagnostik mentaler Beeinträchtigungen befassen sich verschiedene Berufe, vor allem Pädagogik, Medizin und Psychologie, die aber mit der Störung sehr verschiedene Vorstellungen von Ursachen, diagnostischen Fragen, Behandlungsansätzen und Interventionszielen verbinden; das gilt nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen. Das Ergebnis ist eine beträchtliche Vielfalt von Störungsbezeichnungen, Diagnoseinstrumenten, betreuenden Institutionen, Förderprogrammen und Therapieansätzen, deren Auswahl im Einzelfall weitgehend davon abhängt, an wen sich die Eltern mehr oder weniger zufällig mit ihrem Problemkind wenden.

### Medizinische Aspekte

Die Medizin beschränkte sich früher auf die Unterscheidung der ‚Oligophrenie‘ von der ‚Demenz‘, d. h. des angeborenen vom erworbenen Schwachsinn und auf die Klassifikation des Phänomens in die Kategorien ‚Debilität‘, ‚Imbezillität‘ und ‚Idiotie‘. Neuere Einteilungen sind vielfältiger und gehen spezifischer auf Schwierigkeiten des Patienten ein. Ein Schema der American Association on Mental Deficiency (AAMD) teilt nach IQ-Punkten und nach bestimmten Fähigkeitsbereichen – abhängig vom Alter – ein (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Diagnoseschema der AAMD (Grossman, 1977)

Niveau der Retardierung und zugehörige IQ-Werte

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| - leicht (56-70) | - schwer (26-40)  |
| - mäßig (41-55)  | - schwerst (0-25) |

Relevante diagnostische Funktionen

- In der Säuglingszeit und frühen Kindheit: Entwicklung sensomotorischer Fertigkeiten; kommunikative Fertigkeiten (einschl. Sprechen und Sprache); Selbsthilfefertigkeiten; Sozialisation (Entwicklung der Fähigkeit zur Interaktion mit anderen)
- Während der Kindheit und frühen Adoleszenz: Anwendung grundlegender schulischer Fertigkeiten im täglichen Leben; Anwendung angemessenen Erkennens und Beurteilens bei der Bewältigung der Umwelt; soziale Fertigkeiten (Teilnahme an Gruppenaktivitäten und interpersonellen Beziehungen)
- In der späten Adoleszenz und im Erwachsenenalter: Berufliche und soziale Verantwortung und Leistung

Die 3. Auflage des ‚Diagnostischen und statistischen Manuals mentaler Störungen‘ (DSM-III) kennt fünf Schweregrade, fordert die Registrierung zusätzlicher Verhaltenssymptome und beurteilt das Kind auf fünf Achsen (vgl. Tab. 2).

Es lehnt sich dabei an die ‚International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps‘ (ICD) der WHO an, die intellektuelle Beeinträchtigungen in solche der Intelligenz, des Gedächtnisses, des Denkens und anderer Aspekte einteilt (vgl. Tab. 3).

Tab. 2: Klassifikation nach dem DSM-III (Koehler & Saß 1984)

Geistige Behinderung	
- 317.0 (x)	Leichte geistige Behinderung
- 318.0 (x)	Mäßige geistige Behinderung
- 318.1 (x)	Schwere geistige Behinderung
- 318.2 (x)	Sehr schwere geistige Behinderung
- 319.0 (x)	Nicht einstuftbare geistige Behinderung

Schlüssel an fünfter Stelle: 1 = mit anderen Verhaltenssymptomen (erfordern Beobachtung oder Behandlung und sind nicht Teil einer anderen Erkrankung); 0 = ohne andere Verhaltenssymptome

Achsen	
I :	Klinische Syndrome; Zustände, die keiner psychischen Störung zugeordnet werden können, aber Anlaß zur Beobachtung oder Behandlung sind
II :	Persönlichkeitsstörungen; Spezifische Entwicklungsstörungen
III:	Körperliche Störungen und Zustände
IV:	Schwere der psychosozialen Belastungsfaktoren
V :	Höchstes Niveau der sozialen Anpassung im letzten Jahr

Tab. 3: Klassifikationsschema der ICD (WHO 1980)

Beeinträchtigung der Intelligenz	
-	Schwerste mentale Retardierung (IQ unter 20)
-	Schwere mentale Retardierung (IQ 20-34)
-	Mäßige mentale Retardierung (IQ 35-49)
-	Andere mentale Retardierung (z.B. leichte mentale Retardierung, IQ 50-70)
-	Andere Beeinträchtigung der Intelligenz (z.B. globale Demenz; lückenhafte Demenz)
Beeinträchtigungen des Gedächtnisses	
-	Amnesie (z.B. retrograde Amnesie; Beeinträchtigung des Langzeit-Gedächtnisses; psychogene Amnesie)
-	Andere Beeinträchtigung des Gedächtnisses (z.B. Konfabulation; Kryptomnesie)
Beeinträchtigung des Denkens	
-	Beeinträchtigung des Flusses und der Art der Denkprozesse (z.B. Beeinträchtigung der Begriffsbildung oder Abstraktion)
-	Beeinträchtigung des Denkinhaltes (z.B. überwertige Ideen)
Andere intellektuelle Beeinträchtigungen	
(z.B.)	Agnosie; Apraxie)

Was die Häufigkeit mentaler Retardierungen bzw. intellektueller Beeinträchtigungen angeht, so wird häufig übersehen, daß es sich weniger um ein empirisches als vielmehr um ein definitorisches Problem handelt: Jede Angabe von IQ-Grenzen, die sich an den üblichen Tests orientieren, legt *per definitionem* fest, wieviel Prozent der Bevölkerung sich in den entsprechenden Diagnosekategorien befinden (vgl. Abb. 1).

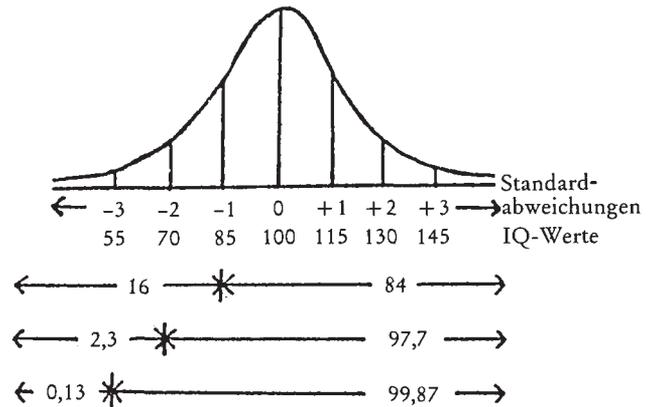


Abb. 1: IQ-Grenzen und zugehörige Prozentwerte

Definieren wir also, wie derzeit oft üblich, die Grenze von mentalen Beeinträchtigungen bei einem Intelligenzquotienten von 70, so teilen wir 2,3 % der Bevölkerung dieser Kategorie zu. Bei solchen Festlegungen ist natürlich zu bedenken, daß sie von der Art der verwendeten Tests abhängen; und daß die üblichen Intelligenztests bildungsabhängig sind, was die Konsequenz hat, daß die Normen bei neueren Fassungen nach oben verschoben sind – ein Kind, das heute als geistig behindert diagnostiziert wird, wäre u.U. bei exakt den gleichen Leistungen vor 20 Jahren am unteren Rand der Normalität eingestuft worden.

Die Diagnose einer mentalen Beeinträchtigung wird zunehmend mit einer – nachgewiesenen oder vermuteten – Hirnschädigung verbunden. Dabei werden insbesondere perinatale Faktoren (wie die perinatale Asphyxie) und genetische Störungen (wozu hereditäre – wie die Mucopolysaccharidose – und nichthereditäre – wie das Down-Syndrom – gehören) erwähnt.

Die medizinische Diagnostik hat mittlerweile eine beträchtliche Palette von Verfahren entwickelt, um die Ursache oder zumindest die Begleitumstände mentaler Beeinträchtigungen zu klären (vgl. Abb. 2).

### Pädagogische Aspekte

Liegt der Schwerpunkt der Diagnostik in der Medizin auf der Ursache, so betont die *Pädagogik* die Analyse des momentanen Zustandes und z.T. der Prognose einer mentalen Retardierung. Insbesondere interessiert hier, welche Aufgaben das Kind leisten kann, wie mit ihm um-

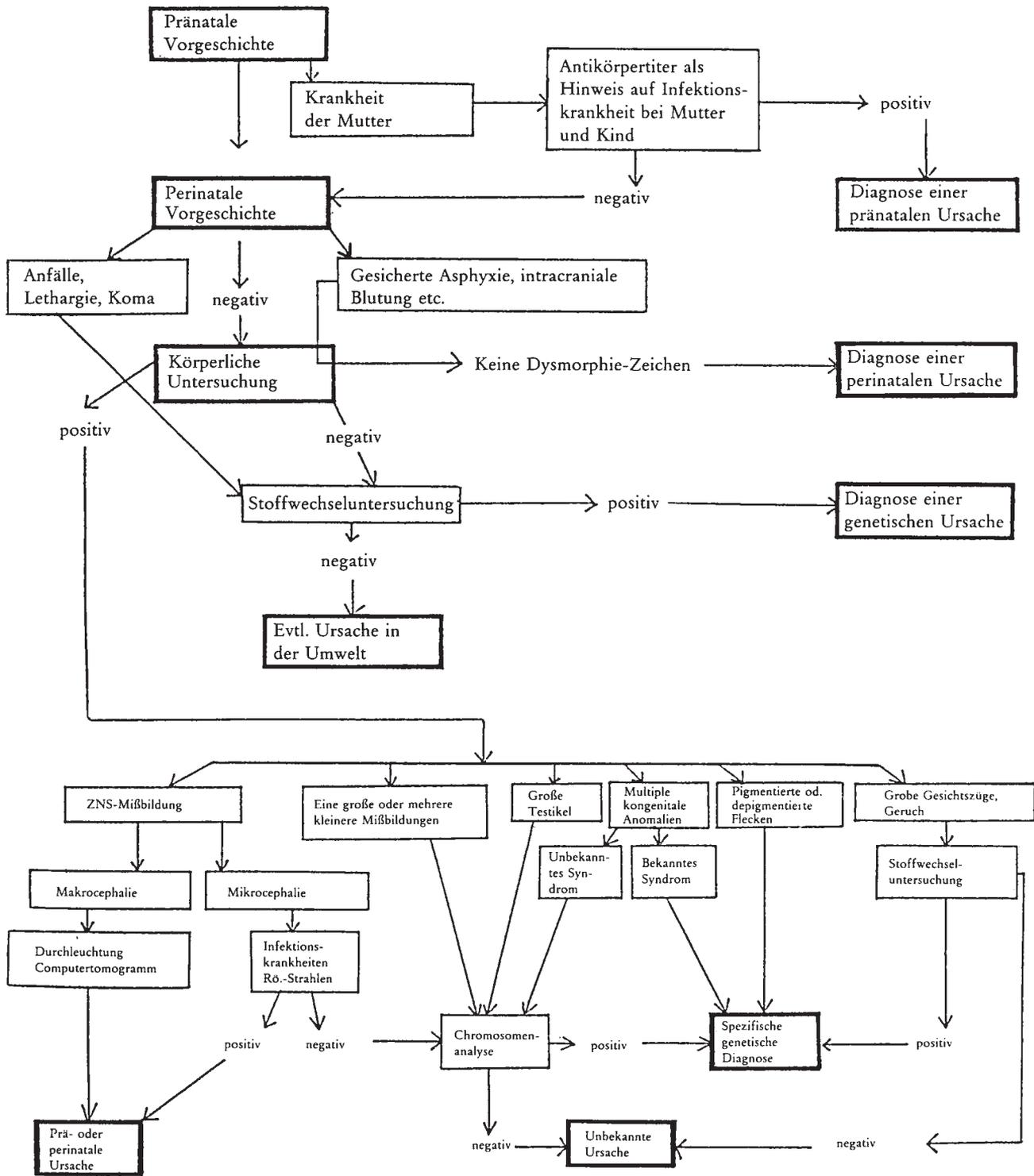


Abb. 2: Algorithmus der medizinischen Untersuchung von Patienten mit mentaler Retardierung (nach Abuelo, 1983)

zugehen ist und wie begleitende Verhaltensprobleme (z.B. Unruhe) kontrolliert werden können; davon hängen Gruppengröße, Unterrichtsgestaltung und Grad der Verhaltenskontrolle durch die Lehrkraft ab. In Verbindung mit dem Problem, daß in einer größeren Gruppe nur sehr beschränkt auf die individuellen mentalen

Schwierigkeiten eines Kindes eingegangen werden kann, wird nicht selten die Bemühung, für ein Kind mit bestimmten mentalen Problemen eine angemessene Erziehung und Förderung zu finden, durch das Bestreben ersetzt, für vorhandene Einrichtungen Kinder zu finden und diese entsprechend zu klassifizieren. Indem auf

diese Weise individuelle Förderung oft durch pauschale – qualitative und quantitative – Reduzierung des Lehrstoffes ersetzt wird, ergeben sich typische Etikettierungseffekte: Kinder werden z. B. als ‚geistig behindert‘ klassifiziert und entsprechend beschult; die Art der Beschulung aber ist weitgehend so beschaffen, daß die Eingangsklassifikation aufrechterhalten wird.

Ein wichtiger Schritt zu einer differenzierteren Sicht und damit zu kritischerer Anwendung der Pauschal-diagnose ‚geistige Behinderung‘ ist die derzeitige Tendenz, vorschulische Auffälligkeiten, Probleme zu Beginn der Schule und Schwierigkeiten der Kinder in der Interaktion mit Bezugspersonen genauer zu analysieren. Tab. 4 gibt ein Beispiel für einen Schritt der Pädagogik in diese Richtung.

### Klinisch-psychologische Aspekte

In der Klinischen Psychologie werden mental retardierte Kinder meist zunächst u. a. mit Intelligenz-, Wahrnehmungs-, Sprach- und Konzentrationstests untersucht. Da die Testverfahren in aller Regel an der Normalpopulation geeicht sind, wird praktisch unterstellt, daß sich mental retardierte Kinder zwar verzögert, aber in den gleichen Schritten wie normal begabte entwickeln. Auch

spezifische Entwicklungsprobleme retardierter Kinder, wie etwa Selbststimulationen oder Autoaggressionen, werden von den herkömmlichen Tests nicht erfaßt. Die Testdiagnostik muß daher ergänzt werden durch Verhaltensbeobachtung und Erfassung sozialer Probleme durch Befragen von Eltern, Kindergärtnerinnen usw. Dieser Ansatz hat dazu geführt, daß die psychologische Diagnose statt aus der Angabe globaler Entwicklungs- oder Intelligenzquotienten aus der detaillierten Analyse gestörter Leistungsbereiche und problematischer Verhaltensmuster besteht – abgestimmt auf die zur Verfügung stehenden Förderungsmöglichkeiten. Diese verhaltens- und therapieorientierte Diagnostik von verschiedenen Aspekten mentaler Retardierungen ist in der angloamerikanischen Literatur seit über 20 Jahren weit verbreitet (vgl. Tab. 5) und gewinnt auch bei uns – im Zuge der Verbreitung von funktioneller bzw. neuropsychologischer Verhaltensanalyse und Verhaltenstherapie – zunehmend an Bedeutung.

Im Beispiel der Untersuchungen zur generalisierten Reizkontrolle geht es also nicht nur darum, mit welchen Verstärkerkontingenzen, in welchen Verhaltensbereichen und durch welche Reizdarbietung mental retardierte Kinder besonders gut direkt zu fördern sind, sondern auch darum, welche Art von Übungen eine spontane Übernahme des in der Therapie Gelernten in reale Alltagssituationen besonders unterstützt.

Tab. 4: Wichtige Aspekte der mentalen Retardierung aus pädagogischer Sicht (nach Sinclair & Forness 1983)\*

	Erziehbar (Educable - EMR)	Bildbar (Trainable - TMR)	Schwer (Severe - SMR)
Prävalenz	Etwa 15 bis 20 auf 1000 Schulkinder	Etwa 3 bis 5 auf 1000 Schulkinder	Etwa 1 bis 3 auf 1000 Schulkinder
Vorschule	Geringe Verzögerung der Entwicklung in Sprache und Motorik, Fähigkeit zum Erwerb von Fertigkeiten aus Instruktionen	Mäßige Verzögerung in Motorik und Sprache; in der Vorschule Betonung auf Kommunikation und Stimulation	Schwere Verzögerung in der Motorik (einschl. Laufen) bei geringer oder fehlender sinnvoller Sprache; Vorschul-Betonung auf Motorik und etwas grundlegender Kommunikation
Schule	Befähigt zum Niveau der 2. bis 7. Klasse, z. B. zum Lesen von Geschichten, zur handschriftlichen Kommunikation und zum einfachen Umgang mit Geld	Befähigt zum Niveau der 1. oder 2. Klasse, z. B. Lesen einfacher Sätze und zur einfachen Addition und Subtraktion. Betonung auf Alltags-Vokabular und Selbständigkeit	Befähigt zu etwas Kommunikation und Sozialisation mit sehr geringen Möglichkeiten zum Erwerb von Kulturtechniken
Erwachsenenalter	Fähigkeit zum Erwerb sozialer und beruflicher Fertigkeiten zur Sicherung minimalen eigenen Einkommens; kann unabhängig leben und heiraten, aber braucht evtl. Anleitung und Unterstützung	Fähigkeit zu an- und ungelerneter Arbeit in einer beschützenden Situation; kann z. T. zur Selbstversorgung beitragen; meist nicht zu selbständiger Lebensführung fähig	Fähigkeit zu einfachen Selbstständigkeits- und Haushaltstätigkeiten; dabei aber Bedarf an Pflege oder kontinuierlicher Überwachung

\* Die Autoren betonen, daß es sich nicht um eine Auflistung absoluter Leistungsgrenzen, sondern um ein mittleres Niveau an Erwartungen für jede Gruppe handelt, wobei im Einzelfall große Schwankungen möglich sind.

*Tab. 5: Untersuchungen über den Einfluß verschiedener Variablen auf die Stabilität generalisierter Reizkontrolle, eines wesentlichen Aspektes bei der Beurteilung intellektueller Beeinträchtigung (nach Birnbrauer 1976)*

Generalisierte Reizkontrolle	
Als Funktion der Verstärkungs-Kontingenzen	
- Durchschnittliche Kinder im Schulalter	Baer & Sherman (1964)
- Autistische Kinder	Metz (1965)
	Lovaas et al. (1966)
	Risley & Wolf (1967)
- Retardierte Kinder	Baer, Peterson & Sherman (1967)
	Barton (1970)
	Peine, Gregersen & Sloane (1970)
	Martin (1971)
	Whitman, Zakaras & Chardos (1971)
	Bry & Nawas (1972)
Als Funktion der geübten Verhaltensklasse	
- Imitativ/nicht-imitativ	Peterson (1968)
- Topographie von motorischen Reaktionen	Garcia, Baer & Firestone (1971)
	Acker, Acker & Pearson (1973)
- Englische/fremde Wörter; Unsinnssilben	Brigham & Sherman (1968)
	Burgess et al. (1970)
	Whitehurst (1971)
- Grammatische (syntaktische) Klasse	Guess et al. (1968)
	Guess (1969)
	Schumacher & Sherman (1970)
	Wheeler & Sulzer (1970)
	Baer & Guess (1971)
	Sailor (1971)
	Bennett & Ling (1972)
	Garcia, Guess & Byrnes (1973)
Als Funktion der Situation und vorausgehender Reize	
- Instruktionen	Steinmann (1970 a, 1970 b)
	Bufford (1971)
	Steinman & Boyce (1971)
	Martin (1972)
- Anwesenheit/Abwesenheit des V1	Peterson et al. (1971)
	Peterson & Whitehurst (1971)
- Kontrolle durch vorausgehende/nachfolgende Reize	Epstein et al. (1973)

### Diagnostische Probleme und therapeutische Folgen

Von den vielen Unklarheiten und Fehlern, die in die psychologische Betreuung mental retardierter Kinder einfließen können, seien nur zwei genannt. Der erste Aspekt ist ein *diagnostischer*: Immer wieder wird versucht, die Frage einer ‚Hirnschädigung‘ durch psychologische Testuntersuchungen zu klären. Dieses Vorgehen ist zum einen weitgehend nutzlos, weil die auf diesem Wege gewonnene Diagnose einer allgemeinen ‚Hirnschädigung‘ keinem wesentlichen Erkenntnisgewinn, sondern

nur einer zusätzlichen Etikettierung des Kindes dient. Zum anderen aber ist die Beweisführung problematisch (vgl. Abb. 3).

Psychologische Tests zur Hirnschaden-Diagnostik sind (wenn überhaupt) an der medizinischen Diagnostik validiert, d. h. ihre Qualität ist daran orientiert, wie genau sie mit dem ärztlichen Befund übereinstimmen. Das bedeutet, daß diese Tests (was den Hirnschaden angeht) die medizinische Diagnostik nicht etwa ergänzen, sondern sie höchstens – falls letztere nicht durchgeführt wird – als schlechteres Meßinstrument ersetzen können.

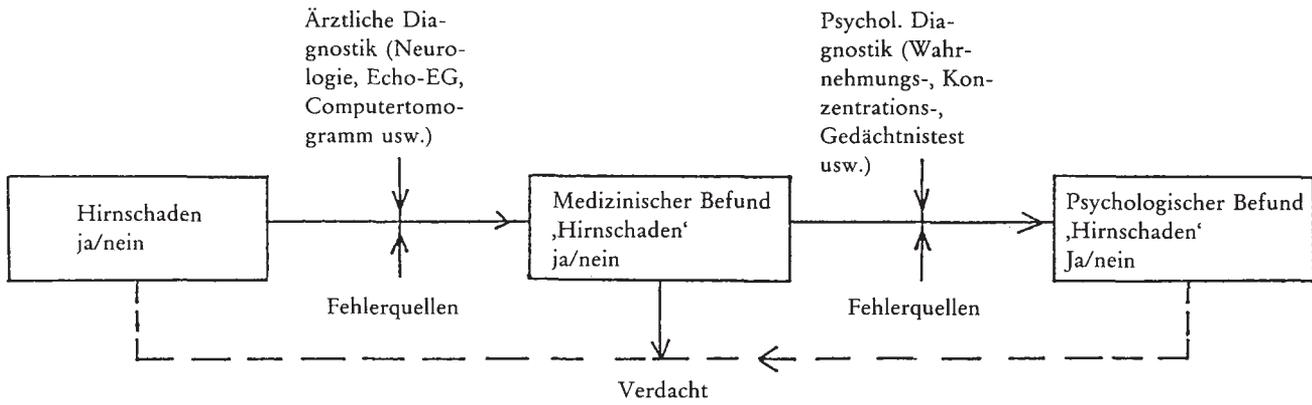


Abb. 3: Ärztlicher und testpsychologischer Befund „Hirnschaden“ \*

Das zweite Problem betrifft den *therapeutischen* Aspekt klinisch-psychologischen Handelns. In vielen Fällen orientiert sich die Therapie des mental retardierten Kindes nicht an dessen nachgewiesenen intellektuellen Ausfällen, sondern in erster Linie an der Kompetenz und der Schulrichtung der Therapeuten. Das führt bei der Betreuung mental retardierter Kinder und ihrer Bezugspersonen zu vielerlei, meist nicht offen artikulierten Hypothesen, die entweder falsch sind oder aber einer Prüfung im individuellen Fall bedürften. Das gilt etwa dann, wenn die emotionale Beziehung des retardierten Kindes zu seiner Mutter generell in den Vordergrund gestellt und damit unterstellt wird, daß emotionale Probleme zu mentalen Retardierungen führen können – was, außer bei schwerer Deprivation, falsch ist; oder wenn die Entwicklungsförderung des Kindes pauschal durch eine Therapie mit den Eltern zur Verarbeitung der Behinderung ihres Kindes ersetzt wird – was die Hypothese beinhaltet, daß Bezugspersonen zur Betreuung und Erziehung eines mental retardierten Kindes prinzipiell einer Art von Psychotherapie bedürfen.

### Der Syndromansatz

Oft wird eine mentale Retardierung in Zusammenhang mit einem ‚Syndrom‘ diagnostiziert. Damit wird angedeutet, daß bestimmte Symptome (die intellektuelle Beeinträchtigung ist oft eines davon) aufgrund einer ganz bestimmten Ursache bei verschiedenen Patienten in der gleichen Konstellation auftreten. Ohne Zweifel ist dieser Ansatz für Fragen der Forschung, der Prognose und der interdisziplinären Zusammenarbeit von großer Bedeutung. Er mindert aber dann die Qualität klinisch-psychologischer Arbeit, wenn damit eine Pauschalierung der Diagnostik und der Therapie verbunden wird. Das zeigt sich etwa dann, wenn von psychologischer Seite beim Down-Syndrom die geistige Behinderung oder beim

Lesch-Nyhan-Syndrom die zunehmende mentale Beeinträchtigung und die damit verbundenen Autoaggressionen als unveränderlich und interindividuell gleichförmig angenommen werden: Damit wird eine gezielte Diagnostik der mentalen Retardierung oder der Autoaggressionen im Einzelfall ebenso in Frage gestellt wie z. B. die Analyse zusätzlicher Entwicklungsstörungen, die Abbestimmung individueller Dysgrammatismen oder die Behandlung von Verhaltensstörungen, die vom ‚Syndrom‘ unabhängig sind. Insbesondere bei relativ seltenen, medizinisch definierten und noch wenig erforschten ‚Syndromen‘ können auf diesem Wege voreilige psychologische Diagnosen gestellt werden, deren Revision später (wenn sie überhaupt erfolgt) durch Begriffe wie ‚Pseudodebilität‘ kaschiert wird.

Ein Syndrom wie die ‚Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD)‘ kam in den letzten Jahren dem Erklärungsbedürfnis der Psychologen geradezu entgegen: Damit wird der Eindruck eines geschlossenen Krankheitsbildes, einer medizinischen Fundierung psychologischer Aufgaben und – wegen der organischen Grundlage – einer Exkulpation des Therapeuten bei mangelnden Übungsfortschritten erweckt. Der geringe Wert der Feststellung eines solchen Syndroms aber zeigt sich bereits bei der Vielfalt der Namen, die ihm gegeben wurden (vgl. Tab. 6).

Insbesondere die Einbeziehung von Symptomen wie Lern- oder Wahrnehmungsstörungen erweckt dabei den falschen Eindruck einer exakten, auf empirische Untersuchungen gestützten Klassifikation intellektueller Beeinträchtigungen. Wie unscharf diese Klassifikation aber tatsächlich ist, wird besonders bei der Betrachtung der 10 meistzitierten Symptome des Syndroms deutlich (vgl. Tab. 7).

Bereits die Betrachtung dieser 10 Hauptsymptome (in der Literatur werden insgesamt rund 100 Symptome genannt) stellt den Wert einer derartigen Klassifikation grundsätzlich in Frage:

- Es handelt sich um kein Syndrom im eigentlichen Sinne, denn die Korrelation zwischen einzelnen Symptomen ist, wie sich gezeigt hat, gering oder aber trivial (wie bei der Verbindung von gestörter Wahrneh-

\* Da der testpsychologische Befund ‚Hirnschaden‘ am ärztlichen Befund validiert ist, trägt er zu diesem keine wesentliche Erkenntnis bei.

Tab. 6: Alternativbezeichnungen in der angloamerikanischen Literatur für das MCD (Minimal Cerebral Dysfunction)- bzw. MBD (Minimal Brain Damage)-Syndrom (aus Millichap, 1975)

1. The hyperactive child syndrome
2. The hyperkinetic syndrome
3. Minimal cerebral dysfunction
4. Minimal brain damage
5. Minimal brain injury
6. The brain-damaged child
7. The brain-injured child
8. The perceptually handicapped child
9. The perceptually disabled child
10. The dysfunctioning child
11. The dyslexic child
12. The clumsy child
13. Chronic brain syndrome
14. The Strauss syndrome
15. The Prechtl choreiform syndrome
16. Specific learning disabilities
17. Learning disorders
18. Maturational lag syndrome
19. Central nervous system dysfunctions

Tab. 7: Die zehn Hauptsymptome des MCD-Syndroms (aus Millichap, 1975)

1. Hyperaktivität
2. Kurze Aufmerksamkeitsspanne
3. Ablenkbarkeit
4. Impulsivität
5. Mangelnde Koordination
6. Wahrnehmungs-Beeinträchtigungen
7. Störungen des Gedächtnisses und der Begriffsbildung
8. Neurologische und EEG-Auffälligkeiten
9. Sprech- und Sprachprobleme
10. Spezifische Lernstörungen (Lesen, Rechnen, Schreiben, Rechtschreibung)

mung und hoher Ablenkbarkeit oder von kurzer Aufmerksamkeitsspanne und gestörtem Gedächtnis).

- Die Diagnose eines solchen Syndroms bringt - über die Feststellung der einzelnen Symptome hinaus - keinen zusätzlichen therapeutischen Hinweis, weil die Symptome nicht in einer Struktur oder Gewichtung geordnet sind; vielmehr wird durch die Bezeichnung ‚cerebral‘ der Eindruck erweckt, die Störung sei besonders gravierend, d.h. es erfolgt eine deutliche Etikettierung des Patienten.
- Auch für die Prognose scheint die Diagnose eines MCD-Syndroms keinen Wert zu haben - es ist wenig darüber bekannt, wie sich die Kinder mit der genannten Symptomatik (wie immer diese im Einzelfall strukturiert sein mag) weiterentwickeln - sieht man von der nachgewiesenen Tatsache ab, daß Kinder mit einer Vielzahl der genannten Einzelsymptome später mehr Probleme haben als Kinder ohne solche Störungen.

## Der Teilleistungsansatz

Bedeutsamer als der Versuch, möglichst viele Störungen in Syndromen zu klassifizieren, scheint die - eher gegenläufige - derzeitige Tendenz zu sein, ‚Teilleistungsstörungen‘ zu untersuchen. Im weiteren Sinne sind damit Schwierigkeiten gemeint, die sich bei bestimmten, relativ genau definierten Anforderungen ergeben und die z. B. durch Beobachtung des Kindes zuhause oder in der Schule diagnostiziert werden. Während die Beschreibung einer Störung in Syndrombegriffen eher zu einer Förderung des Kindes nach dem Gießkannenprinzip verleitet, legt die Beschreibung einer Teilleistungsstörung, d. h. die Darstellung engumschriebener Probleme in bestimmten Anforderungssituationen, eine gezielte Förderung in den problematischen Bereichen nahe. Das gilt insbesondere von Teilleistungsstörungen im eigentlichen Sinne, deren Erforschung noch in den Anfängen steckt; damit sind Ausfälle gemeint, die von der Störung einer ‚relativ‘ geschlossenen Hirnfunktion herrühren.

Während z. B. eine ‚Dyskalkulie‘ sehr viele gestörte Funktionen im Ablauf des Rechenprozesses enthalten kann (und deshalb nur eine Teilleistungsstörung im weitesten Sinne sein kann), scheinen Verarbeitungsaspekte wie die sequentielle Ordnung von Reizen sich relativ geschlossen durch verschiedene Leistungsbereiche zu ziehen, also eher einer Teilleistungsstörung im eigentlichen Sinne zu entsprechen.

Die Diagnostizierung dieser Art von Teilleistungsstörungen hätte den Vorteil, daß der gesamte therapeutische Aufwand sehr eng auf die spezifischen Probleme des einzelnen Kindes zugeschnitten werden könnte, wodurch sich (im Gegensatz zu der noch häufig üblichen Verwendung von allgemein gehaltenen Materialien zur Schulung der Wahrnehmung, Programmen zum Sprachtraining usw.) der Erfolg der Behandlung wesentlich verbessern ließe.

Wenn die Psychologen nicht der (naheliegenden) Versuchung erliegen, Begriffe aus der Neuropsychologie und Neurophysiologie unscharf, d. h. pseudowissenschaftlich zu gebrauchen, sondern versuchen, z. B. Verhaltensbeobachtungen beim individuellen Kind und neuropsychologische Forschungsbefunde zur Deckung zu bringen, dann zeichnet sich eine Möglichkeit ab, mental retardierte Kinder nicht nur exakter als bisher zu diagnostizieren, sondern auch aus der Diagnose wirksame und ökonomisch anwendbare therapeutische Programme zu entwickeln.

## Summary

*The Diagnosis of Mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View*

The statement of mental retardation in a child often has considerable consequences for him and for his parents. Yet the characteristics used for that diagnosis are as different as the conclusions drawn from it for treatment

or education. This argument holds for the comparison of the pedagogical with the medical or clinical-psychological proceeding and for the comparison of various points of view within these sciences, as well. Instead of speculating about possible brain damage, classification in vaguely defined syndromes, etc., a careful analysis of the specific deficits seems to be more efficient by permitting an adequate treatment without labeling the patient simultaneously.

### Literatur

*Abuelo, D. N.* (1983): Genetic disorders. In: *J. L. Matson & J. A. Mulick* (Eds.): Handbook of mental retardation. New York: Pergamon, S. 105-120. - *Birnbrauer, J. S.* (1976): Mental retardation. In: *H. Leitenberg* (Ed.): Handbook of behavior modifica-

tion and behavior therapy. Englewood Cliffs: Prentice Hall, S. 361-404. - *Grossman, H.* (Ed.) (1977): Manual on terminology and classification in mental retardation. Washington, D. C.: American Association on Mental Deficiency. - *Koehler, K. & Saß, H.* (1984): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - DSM-III. Deutsche Bearbeitung. Weinheim: Beltz. - *Millichap, J. G.* (1975): The hyperactive child with minimal brain dysfunction. Chicago: Year Book Medical Publishers. - *Seltzer, G. B.* (1983): Systems of classification. In: *J. L. Matson & J. A. Mulick* (Eds.): Handbook of mental retardation. New York: Pergamon, S. 143-156. - *Sinclair, E. & Forness, S.* (1983): Classification: educational issues. In: *J. L. Matson & J. A. Mulick* (Eds.): Handbook of mental retardation. New York: Pergamon, S. 171-183. - *WHO* (Ed.) (1983): International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Geneva.

Anschr. d. Verf.: Dr. Udo B. Brack, Kinderzentrum München (Klinik), Blütenburgstr. 71, 8000 München 19.