

Castello, A., Brodersen, G. & Grabowski, F. (2022). Förderdiagnostische Zugänge bei internalisierenden Auffälligkeiten. In M. Gebhardt, D. Scheer & M. Schurig (Hrsg.), *Handbuch der sonderpädagogischen Diagnostik. Grundlagen und Konzepte der Statusdiagnostik, Prozessdiagnostik und Förderplanung* (S. 383-392). Regensburg: Universitätsbibliothek. <https://doi.org/10.5283/epub.53149>

# Förderdiagnostische Zugänge bei internalisierenden Auffälligkeiten

*Armin Castello, Gunnar Brodersen & Friederike Grabowski*

## 1 Hintergrund

In der Wechselwirkung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren können sich bei Kindern und Jugendlichen internalisierende Auffälligkeiten entwickeln. Biologische Faktoren können in einer genetisch mitbedingten Erregbarkeit des Furchtsystems bestehen, die psychologisch bedingtes Vermeidungsverhalten nach sich zieht. An Schulen finden häufig soziale Interaktionen statt, die bei entsprechend vorbelasteten Schülerinnen und Schülern als Auslöser oder Verstärker internalisierender Auffälligkeiten wirken können (Fleischer et al., 2007).

Da internalisierende Auffälligkeiten, wie Ängstlichkeit und Depressivität, sich gewissermaßen nach innen richten, sind sie weniger offensichtlich für andere und in pädagogischen Situationen nicht immer leicht zu erkennen. Dies führt teilweise dazu, dass sie übersehen werden, in der Folge öfter lange Zeit verborgen bleiben (Zeller et al., 2011) und es im weiteren Verlauf zu einer Chronifizierung auch mit negativen Effekten auf die schulische und soziale Entwicklung kommen kann.

Doch selbst, wenn aufgrund der aufmerksamen Begleitung durch Eltern, Lehrkräfte oder andere Beteiligte internalisierende Symptome identifiziert werden, ist keineswegs sicher, dass außerschulische bzw. therapeutische Angebote gemacht werden: Die kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung muss weiterhin als nicht ausreichend bezeichnet werden. Insbesondere für die psychotherapeutische Arbeit mit Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen fehlt in vielen Regionen immer noch angemessen qualifiziertes Personal (Castello, 2017). Dies hat zur Folge, dass oft Ratlosigkeit herrscht angesichts des Dilemmas, trotz belastender internalisierender Symptome die Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht sicherstellen zu wollen. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung nachhaltig Handlungsbedarf besteht (Metaxas et al., 2014). unabhängig davon sollte Kindern und Jugendlichen eine wirksame und realistische pädagogische Unterstützung im schulischen Alltag gegeben werden. Je nach Symptombereich können dabei unterschiedliche diagnostische Zugänge Ausgangspunkt einer wirksamen pädagogischen Förderung sein.

## 2 Internalisierende Auffälligkeiten

Internalisierende Auffälligkeiten lassen sich als defensive, kontrollierende oder vermeidende Verhaltens- und Erlebensform beschreiben. Unterschieden wird dabei eine depressive und ängstliche Symptomatik.

Depressivität zeigt sich hauptsächlich in drei Symptombereichen (vgl. Castello und Brodersen, 2021): Traurigkeit, Verlust von Interesse und Antriebslosigkeit. Kinder im Schulalter verbalisieren diese Traurigkeit zunehmend und entwickeln teilweise kognitive Auffälligkeiten, wie z. B. Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme oder Beeinträchtigungen der exekutiven Funktionen. Vielfach werden auch negativ verzerrte (dysfunktionale) Kognitionen geäußert. Im Jugendalter kann sich Depressivität zusätzlich in ausgeprägten Selbstzweifeln manifestieren, teilweise in psychosomatischen Beschwerden und auffälliger Gereiztheit. Während bei Grundschulkindern eine Lebenszeitprävalenz von 1-2% für eine klinisch relevante Depression benannt wird (Groen & Petermann, 2008), steigt dieser Wert ab dem 13. Lebensjahr um das Drei- bis Vierfache an (Wartberg et al., 2018). Als klinische Störungsbilder unterschieden werden die häufig wiederkehrenden typischen depressiven Episoden (Major Depression), die dysthymen Störungen, mit einer weniger starken Symptomausprägung aber zeitlich ausgeprägterem Verlauf, die Anpassungsstörungen mit Depressionen aufgrund eines identifizierbaren Belastungsereignisses und die ebenso phasenhaft verlaufende bipolare Störung, die sich durch einen Wechsel aus manischen (euphorischen) und depressiven Episoden auszeichnet.

Ängste, die sich auf auslösende Merkmale im Kontext einer pädagogischen Institution beziehen, stellen keine eigene ICD-Diagnose dar (Kucian, 2018). Bei schulbezogener Ängstlichkeit spielen Trennungserfahrungen durch den Schulbesuch (Trennungsängstlichkeit), Ängstlichkeit in Zusammenhang mit einer befürchteten sozialen Bewertung (soziale Ängstlichkeit) sowie Leistungs- und Prüfungsängstlichkeit eine wesentliche Rolle (vgl. Walter et al., 2010). Trennungsängstlichkeit zeigt sich in einer extremen und unangemessenen Angst vor einer Trennung von nahestehenden Personen, in der Regel den Eltern (Suhr-Dachs & Petermann, 2008). Eine übertriebene Reaktion auf soziale Situationen, die mit befürchteter sozialer Bewertung zusammenhängt, wie z. B. das Sprechen vor einer Gruppe, kann bis zu einer sozialen Angst eskalieren. Prüfungs- und Leistungsängstlichkeit besteht in massiven Reaktionen in Erwartung und/oder tatsächlicher Konfrontation mit schulischen Bewertungssituationen. Die Symptome schulbezogener Ängstlichkeit können physiologischer Natur sein, wie bspw. Herzklopfen, Zittern, Schwächegefühl, Erröten oder Weinen (vgl. Melfsen, 2002, S. 265). Dies kann zu Vermeidungsverhalten bezüglich sozialer Situationen, Prüfungssituationen und Trennungssituationen und Ablehnung, bzw. nachfolgend zur Verweigerung des Schulbesuchs führen. Dabei findet kurzfristig eine Reduktion der sehr belastenden Symptome statt, bewirkt langfristig aber Fehlzeiten und die Gefahr, dass die schulischen Leistungen beeinträchtigt werden. Soziale Ängstlichkeit geht sehr oft einher mit negativen Annahmen zur eigenen sozialen Attraktivität, geringer Kompetenzzuschreibung zur Bewältigung sozialer Anforderungssituationen und sehr hohen Standards für das eigene soziale Verhalten. Dysfunktionale Annahmen bei Trennungsängstlichkeit bestehen u.a. in Befürchtungen, dass die eigenen Eltern verunglücken und eine dauerhafte Trennung von ihnen eintreten könnte (Blanz et al., 2007). Prüfungsängstlichkeit zeigen sich in unrealistisch großen Sorgen über den Verlauf und die Folgen einer schulischen Bewertungssituation. Schulbezogene Ängstlichkeit kann negative Effekte auf die Schulleistungen haben, was wiederum in einer negativen Feedbackschleife die Entwicklung schulbezogener Ängstlichkeit verstärkt. Soziale Ängste im Kindesalter treten bei 1-2% aller Kinder auf (Blanz et al., 2006), während sich im Jugendalter und der Adoleszenz dieser Wert deutlich erhöht und auf 5-10% steigt (Wittchen

et al., 1999). Der Beginn von Trennungsängsten findet bereits vor dem 6. Lebensjahr statt, ihre Lebenszeitprävalenz liegt bei etwa 5,2% (Kessler et al., 2005). Nahezu jedes fünfte Kind ist in der Bundesrepublik von schulischen Prüfungsängsten betroffen (Döpfner et al., 2006). Insgesamt nehmen sowohl Ängste als auch Depressionen im Schulalter zu (Schlack et al., 2019), die Quote subklinischer Auffälligkeiten dürfte zudem die Anzahl diagnostizierter internalisierender Störungsbilder übersteigen.

### **3 Internalisierende Auffälligkeiten und sonderpädagogischer Förderbedarf**

Über einen Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Lernschwierigkeiten und internalisierenden Auffälligkeiten liegen wissenschaftliche Befunde vor. Beispielsweise darüber, dass eine entwicklungsbedingte Dyskalkulie häufiger mit Mathematikangst assoziiert ist (Wu et al., 2014). Mathematikangst wird bereits in der frühen Schulzeit evident und verstärkt sich dann zumeist (Dowker, Sarkar & Looi, 2016). Gleiches gilt für Beeinträchtigungen der Entwicklung der Schriftsprache: Schüler/innen mit Lese- und/oder Rechtschreibschwierigkeiten sind stärker von einer spezifischen Ängstlichkeit vor Lese- bzw. Schreibsituationen betroffen (vgl. Pierchurska-Kuciel, 2010).

Bei Sarimski (2007) wird der hohe Anteil (16,8%) der unter internalisierenden Symptomen leidenden Kinder und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung aufgeführt. Emotionale Auffälligkeiten sind demnach bei dieser Gruppe mehrfach häufiger. Im Hintergrund dieser Befunde spielen potentiell biologisch-genetisch bedingte Funktionseinschränkungen, eine möglicherweise belastete Eltern-Kind-Beziehung, besondere familiäre Belastung oder eine Beeinträchtigung der emotionalen Regulation des Kindes oder Jugendlichen eine Rolle.

Insgesamt zeigen sich häufig Erlebens- und Verhaltensmerkmale bei Ängsten und Depressionen, die nachfolgend auch schulisch relevante Auswirkungen haben (z. B. Castello & Brodersen, 2021, S. 27 ff). Hierzu gehören insbesondere

- schulisches Vermeidungsverhalten, das sich auf Prüfungs-, Trennungs- oder als belastend erlebte soziale Situationen bezieht,
- dysfunktionale Denk- und Bewertungsmuster hinsichtlich der eigenen Person (s.u.), bezüglich sozialer Situationen und Trennungserfahrungen, sowie
- Interesseverlust mit langfristigen motivationalen Auswirkungen und Antriebsproblemen

Aus diesem Grund findet hier eine Darstellung zu ausgewählten Methoden einer diagnostischen Vorbereitung und Begleitung pädagogischen Handelns statt. Ziele sind die Reduktion von Vermeidungsverhalten, Modifikation dysfunktionaler Denkmuster und Bearbeitung von Motivationsproblemen.

### **4 Förderdiagnostik bei Vermeidungsverhalten**

Angstauslösende Reize zu meiden, gehört zur genetischen Grundausstattung des Menschen; diese Verhaltensdisposition hat sich ohne Zweifel bewährt. Das Vermeiden als aversiv erlebter

Reize, wie bspw. einer erwarteten Trennung von Bindungspersonen und sozialer oder pädagogischer Bewertungen, führt in der Regel sofort zu einer Reduktion der vorhandenen Symptome. Dadurch findet unmittelbar eine negative Verstärkung statt, da sich ein als negativ erlebter Zustand durch *Flucht* oder durch proaktives Meiden bessert oder beendet wird. Vermeidungsverhalten hat allerdings zur Folge, dass korrigierende Erfahrungen ebenso vermieden werden. Dass befürchtete negative Folgen einer Konfrontation mit dem Reiz wie z. B. soziale Demütigung, Prüfungsversagen oder dauerhafte familiäre Trennung nicht eintreten werden, kann auf diese Weise nicht erlernt werden. Vermeidungsverhalten und Ängstlichkeit werden also weiterhin bestehen bleiben und sich möglicherweise noch verstärken.

Eine Veränderung dieser Verhaltenstendenz kann dadurch initiiert werden, dass sich Kinder oder Jugendliche dem angstausslösenden Reiz dennoch aussetzen. Eine solche Exposition bzw. Konfrontation bewirkt, dass die dargestellten Erwartungen revidiert werden können und die verinnerlichte Erkenntnis eintritt, einen bedrohlichen Reiz aushalten und bewältigen zu können. Ziel einer solchen Exposition ist es also, die Erfahrung zu ermöglichen, dass die Angst keineswegs immer stärker wird, sondern sich allmählich abmildert und schließlich kontrolliert werden kann. Eine so geartete Expositionsbehandlung, bspw. bei klinisch relevanten Angststörungen, sollte aber ausschließlich durch eine/n approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-therapeutin bzw. Fachärztin/Facharzt durchgeführt werden. Handelt es sich aber um eine erkennbare Verhaltenstendenz, der keine klinisch relevante Störung zugrunde liegt, so findet i.d.R. eine solche Therapie nicht statt. Zur Prävention einer weiteren Verfestigung dieses dysfunktionalen Vermeidungsverhaltens, d.h. zur pädagogischen Förderung bei internalisierenden Auffälligkeiten, kann in Form einer schrittweisen Konfrontation die Erfahrung der unterstützten Bewältigung ermöglicht werden. Um dies zu erreichen, sollte systematisch auf der Basis einer individuellen Förderplanung gehandelt werden.

In einem ersten Schritt sollten die individuell belastenden, d.h. angstausslösend wirkenden Reize identifiziert werden. Bei Kindern sollte dies multimodal erfolgen, d.h. im Elterngespräch, im Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen, durch Verhaltensbeobachtung, bei Jugendlichen zusätzlich im pädagogischen Gespräch. Die Erhebung einer Angsthierarchie kann jeweils anhand eines Angstthermometers realisiert werden, der in einer Reihung angstausslösender Situationen entlang einer ordinalen Temperaturskala besteht.

Tabelle 1 gibt beispielhaft die im Interview erhobene Angsthierarchie von Konstantin (13) wieder. Im pädagogischen Gespräch wurde er gebeten eine Reihung vorzunehmen, die sich auf sein Angsterleben bezieht, wenn es darum geht, eigene Wortbeiträge in der Klasse zu leisten (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Angstthermometer (Beispiel Konstantin)

Stufe	Temperatur	Bewertung	Beispiel
5	extrem heiß	nicht auszuhalten	Bemerkungen der anderen, wenn ich gerade rede
4	heiß	sehr schwierig	Vor der Klasse frei sprechen oder an der Tafel stehen und sprechen
3	sehr warm	schwierig	Mich melden, auch wenn ich mir nicht sicher bin Plötzlich im Unterricht etwas sagen müssen
2	warm	etwas schwieriger	Gruppenarbeit mit „fremden Personen“
1	lauwarm	machbar	Gruppenarbeit mit Bekannten/Freunden Antworten, wenn ich mir sicher bin
0	kühl	kein Problem	Mit R. sprechen

In Ergänzung zu einer solchen Angsthierarchie, die die identifizierten individuellen Angstauslöser in eine Reihe bringt, können für eine Förderplanung Möglichkeiten zur Erleichterung der Konfrontation hinzugezogen werden. Zum Einstieg können bspw. Situationen zunächst in sensu bearbeitet werden, d.h. es findet eine nur vorgestellte Konfrontation „im Kopf“ statt. Hier können unterstützende Handlungsstrategien besprochen werden, wie z. B. das Reagieren in besonders herausfordernden Situationen („Was ist, wenn jemand lacht?“).

Viele Kinder profitieren außerdem davon, wenn im Vorfeld einer Konfrontation zusätzlich Entspannungskompetenzen vermittelt werden. Hier hat sich seit vielen Jahren das Training zur Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen (1990) bewährt. Da Ängstlichkeit und körperliche Entspannung inkompatible Zustände sind, ist die Bewältigung einer angstauslösenden Situation mit Hilfe einer vorbereitenden Entspannung erleichtert.

Weiterhin kann in „schwierigen“ Situationen pädagogische Unterstützung angeboten werden, um die Konfrontation zu vereinfachen. Insbesondere Merkmale der Unkontrollierbarkeit bspw. von Unterrichtssituationen befördern Vermeidungshandeln (Stein, 2012). Insofern erleichtert das Einhalten von Verhaltensstandards die Situation erheblich, wenn z. B. Wortmeldungen nicht negativ durch andere kommentiert werden. In der Entwicklung eines Förderplans zur Reduktion von Vermeidungsverhalten sollte außerdem eine gezielte Verstärkung der gezeigten Kooperation des Kindes bzw. Jugendlichen erfolgen.

Mit Bezug zur Angsthierarchie (Tabelle 1) von Konstantin könnte eine solche Förderplanung diese Schritte beinhalten:

- Stufe 0/1: Hier sollte ein pädagogisches Feedback stattfinden, in dem die bereits vorhandenen Kompetenzen in den Vordergrund gestellt werden. (wie z. B. Freundschaften; vor Bekannten sprechen)
- Stufe 2: Es werden zunächst weitere Situationen gesammelt, die von Konstantin als „etwas schwieriger“ empfunden werden; Konstantin beschreibt die befürchteten Szenarien der Situationen („Was passieren könnte!“); diese werden in Zusammenhang mit der Modifikation dysfunktionaler Annahmen (s.u.) aufgegriffen. Zur Erleichterung einer Konfrontation mit der Situation „Gruppenarbeit mit Fremden“ werden im Vorfeld Regeln für Gruppenarbeiten besprochen. Im weiteren Verlauf sollen sich die Gruppenmitglieder Feedbacks geben („Was ist schon gut?“ „Was muss noch besser werden?“). Inhalte sind „Blickkontakt“, „Sprechlautstärke“ und „Beteiligung an der Gruppenarbeit“.
- Stufe 3: Zur Konfrontation mit der Situation „Aufruf bzw. Wortmeldung trotz Unsicherheit“ werden Handlungsstrategien besprochen („Wie könnte man damit umgehen?“) und pädagogische Unterstützung angekündigt. Als Unterstützung werden Merkmale der Unsicherheit der Situation reduziert, indem das Lehrkräftekollegium mit einbezogen wird und im Klassenverband über den Umgang mit Fehlern gesprochen wird.
- Stufe 4: Um eine Konfrontation auf Stufe 4 zu ermöglichen, finden die Wortbeiträge zur Erleichterung zunächst lediglich innerhalb der vorhandenen nunmehr bekannten Kleingruppen statt (schrittweise Konfrontation). Es werden im nächsten Schritt nach definierten Regeln alle Schülerinnen und Schüler gebeten einen kurzen festgelegten Wortbeitrag vor der Klassengruppe zu leisten.

Alle Stufen der Konfrontation werden zeitnah in einem Vieraugengespräch ausgewertet. Dort findet ein kurzes Feedback statt, die vereinbarte Verstärkung (Token) wird übergeben und der

Tabelle 2: Schulische Situationen und automatische Gedanken (modifiziert nach Castello & Brodersen, 2021)

Beispielsituation	automatischer Gedanke
Jugendliche schreibt eine Klausur und befürchtet eine schlechte Bewertung. Eine gute schulische Leistung wird erbracht.	„Wenn das passiert, ist alles aus.“ „Das ist doch nichts Besonderes.“ „Glück gehabt!“
Im Sportunterricht misslingt eine schwierige Übung.	„Ich bin nun völlig gescheitert, weil es nicht geklappt hat.“
In der Vorbereitung auf eine Prüfung treten Fehler auf. Der gesamte Klassenverband wird von einer Lehrkraft gerügt. Trotz Wortmeldung wird ein Kind nicht aufgerufen.	„So wird das sicher nie gelingen.“ „Es liegt wieder mal an mir – ich bin schuldig.“ „Sie (die Lehrerin) denkt, ich weiß die Antwort sowieso nicht.“
Eine schlechtere Bewertung durch eine neue Lehrkraft.	„Daran sieht man, wie viel ich eigentlich wirklich kann.“

Verlauf des Angstniveaus wird erhoben. Begleitend nimmt Konstantin an einem klassenübergreifenden Entspannungstraining teil.

## 5 Förderdiagnostik im Kontext dysfunktionalen Denkens

Kinder und Jugendliche, die überdauernd negativ verzerrte Bewertungen über sich selbst, andere Personen, Situationen in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft vornehmen, zeigen häufiger internalisierende Symptome (vgl. Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Die Entwicklung dieser dysfunktionalen, zumeist automatisch ablaufenden Gedanken, ist jeweils vor dem Hintergrund der familiären und schulischen Biografie zu verstehen.

Schulbezogene Ängstlichkeit ist häufiger assoziiert mit unrealistischen und übertriebenen Befürchtungen zu Trennungen, Prüfungen und sozialen Bewertungen. Uneindeutige soziale Feedbacks werden oft negativ verzerrt wahrgenommen, ungünstige Erfahrungen in der Vergangenheit systematisch überbetont. Der Einfluss der konkreten Situation wird häufig unterschätzt, der eigene, angeblich negative Beitrag dramatisiert. Negativ verzerrte Gedanken zeigen sich bei schulbezogener Ängstlichkeit bspw. auch in einer ungünstigen Bewertung sozialer Kontakte, eigener Kontaktinitiativen und Situationen, in denen eine hohe soziale Aufmerksamkeit erwartet wird. Trennungsängstliche Schülerinnen und Schüler entwickeln negativ verzerrte Gedanken zu Trennungssituationen und den dabei vermeintlich eintretenden schlimmen Ereignissen.

Internalisierende Auffälligkeiten mit depressiven Symptomen sind oft assoziiert mit einer hohen Sensitivität bezüglich negativer und einer geringeren gegenüber positiven Rückmeldungen (Roiser & Sahakian, 2013). Negative Informationen werden insgesamt stärker verallgemeinert, die Zukunftserwartungen sind öfter pessimistisch. Positive Leistungsrückmeldungen werden zudem häufiger externalen Faktoren zugeschrieben (attribuiert), während die eigene Anstrengung als Faktor zur Beeinflussung bspw. schulischer Leistungen unterbewertet wird. Tabelle 2 stellt exemplarisch schulische Situationen und mögliche dysfunktionale Gedanken von Schülerinnen oder Schülern dar.

Negativ eingefärbte, unangemessen pessimistische und übertriebene Bewertungen durch Schülerinnen oder Schüler sollten pädagogisch aufmerksam registriert werden. Eine standar-

disierte Erhebung erfordert allerdings Kompetenzen, die im Kindes- und auch im Jugendalter vielfach nicht vorausgesetzt werden können (vgl. Bernard, Ellis & Terjesen, 2006). Eine verlässlichere Form zur Erhebung dysfunktionaler Bewertungen liegt vielmehr in der Nutzung pädagogischer Feedbackgespräche, bei Leistungsrückmeldungen, im zeitlichen Umfeld bevorstehender Konfrontationen mit Anforderungssituationen, bei uneindeutigen sozialen Situationen oder in Klassengesprächen. Auch schriftliche Äußerungen in Freitexten, Erkenntnisse aus Familiengesprächen oder Informationen durch einen kollegialen Austausch können Hinweise auf dysfunktionale Bewertungen ergeben.

Gedanken, die die schulische Entwicklung beeinträchtigen und internalisierende Symptome begünstigen, können gleichzeitig Ausgangspunkt eines Prüfungs- und Modifikationsprozesses sein. Durch die Klärung vorhandener Bewertungen in Form eines sokratischen Dialogs (vgl. Stavemann, 2007) wird eine Überprüfung und Veränderung ungünstiger Verzerrungen des Denkens erreicht. Im sokratischen Dialog werden Fragen zur Überprüfung und Umstrukturierung dysfunktionaler Denkmuster gestellt. Menschen werden so zur Prüfung ihrer Sichtweisen ermuntert, um Fehler oder Widersprüche zu erkennen. Die empirische Disputation hat bspw. zum Ziel, Bewertungen auf ihre Realitätsangemessenheit hin zu prüfen, indem Fragen gestellt werden, die eine solche Prüfung auslösen (z. B. „Welche Beweise gibt es?“). Die logische Disputation beabsichtigt im Dialog Aussagen auf ihre Widerspruchsfreiheit hin zu diskutieren (z. B. „Passt das denn zusammen?“). Durch die normative Disputation werden Schlussfolgerungen dahingehend geprüft, ob sie moralischen Grundsätzen genügen (z. B. „Was würdest du deinem Freund jetzt raten?“).

Das aufmerksame Registrieren und Prüfen negativer Kognitionen ist ein wirksames Instrument zur Förderung bei internalisierenden Auffälligkeiten. So werden bspw. im Programm FREUNDE zur Prävention von Angst und Depression (Barrett, Webster & Turner, 2003) dysfunktionale Bewertungen ebenso betrachtet wie in Programmen zur Förderung bei sozialer Unsicherheit (Ahrens-Eipper, Leplow & Nelius, 2009). Grundlage ist jeweils das aufmerksame pädagogische Aufgreifen vorhandener kognitiver Verzerrungen.

## 6 Förderdiagnostik zur Verhaltensaktivierung

Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Auffälligkeiten entwickeln häufiger auch soziales Rückzugsverhalten und zunehmende Passivität. Dies geschieht im Kontext schulischen Vermeidungsverhaltens, kann aber auch Ausdruck vorhandener Antriebsprobleme sein. Interesslosigkeit, Passivität und Kompetenzverlust verstärken sich oft gegenseitig und fehlende positive Erfahrungen befördern dann zusätzlich die emotionalen Beeinträchtigungen.

Die gezielte Verhaltensaktivierung ist geeignet, gegen die sich stabilisierende Passivität unmittelbar anzugehen und durch angebahnte positive Erfahrungen eine „positive Spirale“ auszulösen. Der Prozess einer Verhaltensaktivierung setzt aber voraus, dass seitens der Kinder bzw. Jugendlichen die Bereitschaft zu einem Verhaltensexperiment besteht und dabei nicht nach der aktuellen Gefühls- und Motivationslage zu handeln.

Im nächsten Schritt findet ein Aktivitätenmonitoring statt: Hierbei werden systematisch alle Freizeitaktivitäten individuell dokumentiert, um zu erkennen, dass das eigene Handeln die erlebte Stimmung beeinflusst.

Tabelle 3: Wochenplan eines Verhaltensmonitoring

Was hast du gemacht?	Mit wem?	Wie ging es dir danach?
<b>Montag</b>		
<b>Dienstag</b>		
<b>(...)</b>		

Durch die strukturierte Dokumentation der Freizeitaktivitäten und der damit assoziierten Stimmungen bzw. Stimmungsänderung kann die motivationale Basis für eine Verhaltensaktivierung geschaffen werden. Es soll dabei individuell dokumentiert und analysiert werden, welche gefühlsmäßige Reaktion während und nach einer Aktivität erlebt wird. Ziel ist es, Aktivitäten zu erkennen, bei denen positive Gefühle dominieren, um sie schließlich für einen Aktivitätsplan zu sammeln und einen „positiven Wochenplan“ aufzustellen. Solche Aktivitäten, bei denen erkennbar eine negative emotionale Befindlichkeit auftritt, sollen verringert werden. Dabei können auch auffällige Wiederholungen analysiert werden, wie z. B. schlechte Stimmung vor, gute Stimmung nach den Hausaufgaben; gute Stimmung vor, gereizte Stimmung nach Computerspielen.

Die Erkenntnisse aus dem Verhaltensmonitoring für einen Aktivitätsplan müssen nicht immer den Erwartungen entsprechen, insofern ist die Bereitschaft zu einer offenen Diskussion darüber, „was tut mir gut“, von besonderer Bedeutung. Verhaltensmonitoring und Aktivitätsplan können als Einzelintervention, in Kleingruppen und einer entsprechend vorbereiteten und motivierten Klassengemeinschaft umgesetzt werden.

## Literatur

- Ahrens-Eipper, S., Leplow, B. & Nelius K. (2009). *Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Barrett, P., Webster, H. & Turner, C. (2003). *FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression (Gruppenleitermanual)*. München: Reinhardt.
- Bernard, M., Ellis, A. & Terjesen, M. (2006). Rational-Emotive Behavioral Approaches to Childhood Disorders: History, Theory, Practice and Research. In A. Ellis & M. Bernard (Eds.), *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders* (pp. 3-84). New York: Springer.
- Blanz, B., Georgiewa, P., Gerhard, U. J. & Vieweg, U. (2007). *Angststörungen (F41, F93.0)*. In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.):



- Leitlinien zur Diagnose und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3. Auflage). Deutscher Ärzte Verlag.
- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Warnke, A. (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Castello, A. (2017). *Schulische Inklusion bei psychischen Auffälligkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Castello, A. & Brodersen, G. (2021). *Unterricht und Förderung bei Depressionen*. Göttingen: Hogrefe, S. 27 ff.
- Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H. & Ollendick, H. (2006). *Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Dowker, A., Sarkar, A. & Looi, C. Y. (2016). Mathematics Anxiety: What Have We Learned in 60 Years? *Frontiers in Psychology*, 7, 508.
- Fleischer, T., Grewe, N., Jotten, B. & Seifried, K. (2007). *Handbuch Schulpsychologie. Psychologie für die Schule*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Groen, G., & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche (2. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobson, E. (1990). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. (7. Auflage)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602.
- Kucian, K. (2018). Diagnostik von schulbezogenen Ängsten. *Lernen und Lernstörungen*, 7, 241-246.
- Melfsen, S. (2002). Soziale Phobie bei Kindern und Jugendlichen. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Metaxas, C., Wunsch, A. Simon, T. & Nübling, R. (2014). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal 2/2014*, 122-130
- Pierchurska-Kuciel, E. (2010). Reading anxiety and writing anxiety in dyslexia: Symptomatic and asymptomatic adolescents. *GALA Advances in Research on Language Acquisition and Teaching*.
- Roiser, J., & Sahakian, B. (2013). Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectrums*, 18, 139-149.
- Sarimski, K. (2007). Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen? Übersicht und Schlussfolgerungen für die Psychodiagnostik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35 (1), 19-31.
- Schlack, R., Göbel, K. & Baumgarten, F. (2019). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in einer bevölkerungsbezogenen, epidemiologischen Erhebung: Ergebnisse der

- KiGGS-Langzeitstudie. In Kinder- und Jugendreport 2019: *Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern.* (157-177).
- Stavemann, H.H. (2007). *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung.* Göttingen: Hogrefe.
- Stein, R. (2012). *Förderung bei Ängstlichkeit und Angststörungen.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Suhr-Dachs, L. & Petermann, U. (2008). Trennungsangst. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (6. Aufl. .)*. Göttingen: Hogrefe.
- Walter, D. Hautmann, C. Ziegert, I. Glaser, A., Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2010). Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit emotional bedingtem Schulabsentismus. Eine Verlaufsanalyse. *Kindheit und Entwicklung* 19 (3), 184-191.
- Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2018). Depressive symptoms in adolescents – prevalence and associated psychosocial features in a representative sample. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115, 549-55.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtke, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys Psychische Störungen. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, 216-222.
- Wu, S. S., Willcutt, E. G., Escovar, E. & Menon, V. (2014). Mathematics achievement and anxiety and their relation to internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Learning Disabilities*, 47(6), 503-514.
- Zeller, T., Cissarek, T., Kroeger, K., Gray, W. (2011). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

**Dipl.-Psych. Prof. Dr. Armin Castello** ist Professor für Psychologie und Diagnostik, Abteilung Sonderpädagogische Psychologie, Institut für Sonderpädagogik, Europa-Universität Flensburg. <https://orcid.org/0000-0002-8994-7203>

**Dipl.-Psych. Dr. Gunnar Brodersen** ist Dozent für pädagogisch-psychologische Diagnostik und Förderung in der Abteilung Sonderpädagogische Psychologie, Institut für Sonderpädagogik, Europa-Universität Flensburg. <https://orcid.org/0000-0003-3029-7071>

**Dipl.-Psych. Friederike Grabowski** ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Sonderpädagogische Psychologie, Institut für Sonderpädagogik, Europa-Universität Flensburg. Forschungsschwerpunkte: internalisierende Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter und schulische Psychoeducation. <https://orcid.org/0000-0002-8559-3874>