

sonderpädagogischen Bereich. Eine positiv akzeptierende, empathische, selbst-kongruente Lehrperson ist zudem auch in der Lage, solche individuell und sozial hochbedeutsamen Kompetenzen als eigene Lerninhalte an Lernende weiterzugeben (vgl. Rogers 1988).

Anmerkung:

¹ Die Ausführungen von Carl Rogers zum Lernen und vor allem auch hinsichtlich der Rolle des Lehrenden seien an dieser Stelle zur Vertiefung des Themas empfohlen.

Literaturverzeichnis:

- Bruner, J.S.: On cognitive growth, I and II. In: Bruner, J.S./Olver, R.R./Greenfield, P.M. (Eds.): Studies in cognitive growth. New York 1966.
- Correll, W.: Programmiertes Lernen und schöpferisches Denken. München 1965.
- Gruber, H. und Ledl, V.: Allgemeine Sonderpädagogik. Wien 1992.
- Herkner, W.: Einführung in die Sozialpsychologie. 2. Aufl. Bern 1981.
- Kleber, E.W.: Grundkonzeption einer Lernbehindertenpädagogik. München 1980.
- Leontjew, A.N.: Das Lernen als Problem der Psychologie. In: Galperin, P.J./Leontjew, A.N. u.a.: Probleme der Lerntheorie. Berlin 1972.
- Manis, M.: Lernen und Denken. Eine Darstellung kognitiver Prozesse. Zürich, Köln 1974.
- Maslow, A.H.: Motivation und Persönlichkeit. Reinbek 1981.
- Piaget, J.: Psychologie der Intelligenz. 2. Aufl. Zürich 1966.
- Piaget, J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart 1969.
- Portele, G.: Lernen und Motivation. Weinheim 1975.
- Rogers, C.R.: Lernen in Freiheit. Frankfurt a.M. 1988.
- Vester, F.: Denken, Lernen, Vergessen. Stuttgart 1975.

Roland Stein

MCD

Die Diagnose >minimale cerebrale Dysfunktion< (MCD) gibt es etwa seit den frühen sechziger Jahren; mittlerweile wird sie sehr häufig eingesetzt - ist jedoch durchaus auch umstritten. In aller Regel erscheinen die Begriffe der MCD sowie der >Teilleistungsschwächen< gemeinsam und werden synonym gebraucht. Eine enge Verbindung wird auch immer wieder zu den Phänomenen der >Hyperaktivität< (Hyperkinesie, hyperkinetisches Syndrom HKS, vgl. den Beitrag von Hansen im vorliegenden Band) und der >Lernstörungen< hergestellt. Manche Autoren (etwa Davison und Neale 1984) stellen MCD und Hyperaktivität als ein Phänomen dar - beide sind allerdings nicht als völlig identisch zu sehen, da MCD beispielsweise auch *Hypo*-aktivität beinhalten kann. Hier herrscht allgemein wenig Einigkeit, was sicher auf verschiedene Probleme hinsichtlich der symptomatologischen und ätiologischen Konturen beider Syndrome zurückzuführen ist - anders gesagt: es scheint unklar und umstritten,

was eine MCD oder eine Hyperaktivität ist, welches Bild sie bietet und warum sie auftritt.

Berger (1977a, 14) definiert >Teilleistungsschwächen< und damit MCD wie folgt: *"Teilleistungsschwächen sind Störungen der Wahrnehmung, der Motorik bzw. der Integrationsprozesse in beiden Bereichen (intermodal und sensomotorisch), die oft nicht als solche, sondern in Form von Zustandsbildern scheinbarer geistiger Behinderung oder Verhaltensstörung zutage treten.* Es handelt sich um Erscheinungsformen einer minimalen cerebralen Dysfunktion, die sowohl auf einem primär organischen Defekt, als auch auf sensorischer Deprivation in der frühkindlichen Entwicklung beruhen kann." (Kursivsetzung im Original)

Dabei hat sich der MCD-Begriff aus dem der >minimal brain damage< entwickelt - dieser Diagnose lag stets die Annahme eines Hirnschadens zugrunde. Hingegen beinhaltet das Anfang der 60er Jahre eingeführte Syndrom der >minimal brain dysfunction< die Zusammenfassung einer Symptomkonstellation, wobei über die Ätiologie, also die Herkunft, nichts ausgesagt werden soll - neben einem Hirnschaden kommen auch eine Hirn-Entwicklungsstörung oder -verzögerung oder psychoreaktive Ursachen in Betracht¹. Fraglich ist, warum man dann nicht auf die mehr beschreibenden Termini wie etwa >Teilleistungsschwäche< oder >Hyperaktivität< zurückgriff, da der MCD-Begriff aufgrund seiner Historie und Konnotation problematisch erscheinen muß.

Das Verhaltensmuster, das der MCD-Diagnose zugrundeliegt, ist durch die folgenden Aspekte charakterisiert²:

- Spezifische Lernschwierigkeiten in einzelnen Fächern und insbesondere bezogen auf abstrakte Inhalte.
- Probleme im Auffassen, Erkennen und Unterscheiden von Sineisindrücken; Wahrnehmungsdefizite und -probleme (z.B. Schwierigkeiten bei der Figur-Grund-Differenzierung oder in der räumlichen Wahrnehmung).
- Auffälliges, abweichendes Aktivitätsniveau, v.a. im Sinne der Hyperaktivität als motorischer Unruhe und starker Ablenkbarkeit (Konzentrationsschwächen, explosive/aggressive Ausbrüche); jedoch wird auch gegenteilig mögliche Hypoaktivität im Sinne der Verlangsamung verschiedener kognitiver und Handlungs-Abläufe erwähnt (wiederum rasche Erlahmung der Konzentration und schnelle Ermüdung).
- Werkzeugstörungen - dies bezeichnet Schwierigkeiten beim Entwurf von Handlungsplänen sowie bei der Umsetzung dieser Pläne in

einen Ablauf, wobei die Fähigkeit zur nötigen Informationsaufnahme in der Regel recht ungestört vorliegt. Als »motorische Werkzeugstörung« gilt auch der folgende Aspekt:

- Motorische Ungeschicklichkeiten - Störungen der Grob- oder Feinmotorik sowie der Bewegungskoordination, weiterhin links-rechts-Verwechslungen.³
- Auffälligkeiten im emotional-affektiven Bereich:
 - Va. emotionale Unansprechbarkeit und Probleme, Gefühle zu zeigen bis zur Unnahbarkeit oder -gegenteilig-
 - Gefühlsausbrüche und mangelnde Affektkontrolle bis zur Distanzlosigkeit.
- Allgemeiner Entwicklungsrückstand (auch als Komplex verschiedener o.g. Aspekte).

Es sei auch darauf hingewiesen, daß sich einige Symptome - v.a. Beziehungsstörungen - *sekundär* als Reaktion auf die aus *primären* Auffälligkeiten entstehenden Probleme entwickeln und damit das vorliegende Bild natürlich erheblich komplexer gestalten können. Alle diese Aspekte werden nun zwar fast durchweg als typisch für eine MCD benannt - allerdings bleibt eine entscheidende Frage ungeklärt: Müssen alle diese Verhaltensmuster auftreten, um eine MCD-Diagnose zu rechtfertigen - oder genügen einige, und wenn ja: welche? Für einen der Aspekte nennt Friedrich (1980, 29) Bedingungen: "Nur in synoptischer Sicht mit Werkzeugstörungen und kognitiven Auffälligkeiten ist bei emotionaler und affektiver Störung von MCD-Symptomatik zu sprechen." Leider bleibt die Frage der Kardinalsymptome, die vorliegen *müssen*, weitestgehend ungeklärt.

Im Rahmen der MCD-Diagnose wird die mangelhafte Entwicklung eines "funktionellen Hirnorgans" zur Steuerung komplexer cerebraler Prozesse (Leontjew 1973) festgestellt, und die o.g. Symptome und Verhaltensweisen werden zurückgeführt auf wenige mögliche Ursachen:

- einen minimalen Hirnschaden
- eine Hirn-Entwicklungsstörung
- sensorische und/oder soziale Deprivation in der Kindheit

Damit wird auch inbegriffen, daß möglicherweise *kein* organischer Schaden vorliegt: "Wie bereits erwähnt, sind als mögliche Ursachen der zugrundeliegenden minimalen cerebralen Dysfunktion sowohl primäre organische Schädigungen als auch Einflüsse sensorischer Deprivation in der frühkindlichen Entwicklung in Betracht zu ziehen" (Berger 1977a, 17).

Dabei kann der Begriff der »Dysfunktion« einmal ein Unvermögen,

zum anderen jedoch lediglich einen größeren Zeitbedarf zur Erbringung bestimmter Leistungen bezeichnen (vgl. Berger et al. 1977, 17).

Selbstverständlich kann die Möglichkeit von Hirnschädigungen nicht ausgeschlossen werden, und cerebrale Entwicklungsstörungen treten mit Sicherheit durchaus häufiger auf; ihre Existenz soll keineswegs bestritten werden. Aufgrund der schwerwiegenden Bedeutung einer solchen Diagnose, vor allem im Blick auf Laien und die betroffene Person selbst, muß jedoch sehr sorgfältig mit der Zuschreibung einer MCD umgegangen werden. Im Sinne eines >in dubio pro reo< kann sie im Grunde verantwortungsvoll lediglich in sehr eindeutigen Fällen eingesetzt werden - das hieße etwa: wenn alle beschriebenen Symptome, oder jedenfalls die kardinalen, auftreten. Weiterhin muß dafür gesorgt werden, daß die Diagnose einen *situativen* Charakter hat - das hieße, daß sie im Sinne einer Entwicklung des Individuums wieder aufgehoben werden kann. Bekanntlich ist das menschliche Gehirn ein enorm flexibles Organ, das nicht nur Entwicklungsrückstände, sondern durchaus auch Schädigungen aufzufangen vermag. Angesichts dieses Gedankenganges scheint es höchst bedenklich, wenn herausgestellt wird, daß etwa 30-40 % der lernbehinderten Kinder oder auch 10-12 % aller Kinder Anzeichen und Beeinträchtigungen entsprechend einer MCD zeigten⁴. Ein böser Verdacht, daß die Ver-Medizinisierung der Gesellschaft >Kranke< produziert, kann dementsprechend auch angesichts des Klappentextes eines Buches aufkommen: "Die Auswirkungen der minimalen cerebralen Dysfunktion (MCD) gewinnen für den Schulalltag zunehmend an Bedeutung" (Friedrich 1980).

Pädagogische Schlußfolgerungen und Handlungsrichtungen aus humanistischer Sicht:

- Es existieren verschiedene Fördersysteme, v.a. zur Förderung von motorischen und sensorischen Funktionen (etwa Frostig 1979) - vgl. die angegebene Literatur, z.B. Bruscek 1980.
- Unser Schulsystem verlangt ganz spezifische Formen der Anpassung, auf die Kinder, bedingt durch ihr Vermögen oder auch Wollen, je unterschiedlich eingehen. Es sollte unbedingt der individuellen Verschiedenheit möglichst viel Platz eingeräumt werden, um möglichst wenige Kinder auszugrenzen, weil sie nicht in die Struktur und das Schema des Systems passen. Unter anderem haben Kinder auch verschiedene Arbeitstempi - vgl. dazu auch den Beitrag *Hyperaktivität* von Hansen im vorliegenden Band. Ein pädagogisches System sollte sich verstärkt

bemühen, auf solche individuellen Unterschiede (quantitativer und qualitativer Art) und Eigenheiten einzugehen, anstatt auszusondern und als ›lernbehindert‹ oder ›cerebral dysfunktional‹ zu deklarieren.

- Erst bei hoher Sicherheit sollte eine MCD diagnostiziert werden - das heißt im Grunde, wenn alle Kardinalsymptome vorhanden sind, wobei vor allem die Werkzeugstörungen und die Störungen der Wahrnehmung und kognitiver Funktionen eine besondere Rolle spielen.⁵
- Bei Vorliegen einer MCD-Diagnose muß stets berücksichtigt und erinnert werden, daß diese als eine *Momentaufnahme* zu betrachten ist, nicht etwa als ein lebenslanges Etikett. Im Sinne der Flexibilität des menschlichen Gehirns ist Entwicklung möglich und daher unbedingt förderungswürdig.
- Der Einsatz von Psychopharmaka ist gerade bei Kindern höchst problematisch und sollte daher äußerst sorgfältig erwogen und in den seltensten Fällen sowie möglichst kurzzeitig realisiert werden.
- Gleichgültig, ob eine MCD vorliegt oder nicht, sollte möglichst viel Energie auf eine sensible Untersuchung der Hintergründe und Folgen aufgewendet werden. Hier ist der individuellen Geschichte des Kindes oder Jugendlichen, seiner Familie und sozialen Umstände sowie seiner gegenwärtigen sozialen sowie schulischen oder beruflichen Situation besondere Aufmerksamkeit zu widmen: In vielen Fällen läßt sich auf diese Weise ein vertieftes, individuelles Verständnis von Entwicklungsrückständen, affektiven und Verhaltensauffälligkeiten sowie Lernproblemen gewinnen - gleich, ob es sich nun um *primäre* oder *sekundäre* Probleme handeln mag.

Das tief verwurzelte menschliche Bedürfnis, immer möglichst umfassend erklären zu wollen, sollte zurückstehen hinter einer Förderung und Annahme, die individuellen Eigenheiten Raum gibt, sie aufnimmt und nicht in eine Form zu pressen versucht. Dies bedeutet das stete Bemühen, Lernsituationen an Kinder anzupassen - und nicht umgekehrt.

Anmerkungen:

¹ vgl. Berger et al. 1977, 13ff.

² Hanke, Huber und Mandl 1976, Friedrich 1980, Davison und Neale 1984, Berger 1977b, Grissemann 1986

³ Friedrich (1980, 28) liefert eine einfache Unterscheidung: " ... perzeptiv-kognitive Störungen des ›know-what‹, Werkzeugstörungen des ›know-how‹."

⁴ Friedrich 1980, 17 und Lempp 1978

⁵ Solche Hinweise auf Vorsicht und auf die Priorität der Prüfung anderer Diagnosen verstärken allerdings den Charakter einer ›Restkategorie MCD‹.

Angegebene und weiterführende Literatur:

Berger, E.: Das Problem der Teilleistungsschwächen in seiner Bedeutung für die

- Schule. In: Berger, E. (Hg.): Teilleistungsschwächen bei Kindern (Beiträge zur minimalen zerebralen Dysfunktion, Bd. 1.) Bern 1977a, 12 - 22.
- Berger, E. (Hg.): Minimale cerebrale Dysfunktion bei Kindern. (Beiträge zur minimalen zerebralen Dysfunktion, Bd. 1.) Bern 1977b.
- Berger, E./Schuch, B./Spiel, G.: MCD - Theoretische Konzeptionen und Modellgedanken. In: Berger, E. (Hg.): Minimale cerebrale Dysfunktion bei Kindern. (Beiträge zur minimalen zerebralen Dysfunktion, Bd. 1.) Bern 1977b, 11 - 88.
- Bruschek, B.: Zur differenzierten Diagnostik und Therapie von Teilleistungsschwächen. In: Friedrich, M.H. (Hg.): Teilleistungsschwächen und Schule. Bern 1980, 107-128.
- Davison, G.C./Neale, J.M.: Klinische Psychologie. 2. Auflage. München 1984.
- Friedrich, M.H.: Minimale cerebrale Dysfunktion und Schule. In: Friedrich, M.H. (Hg.): Teilleistungsschwächen und Schule. Bern 1980, 15-54.
- Frostig, M.: Visuelle Wahrnehmungsförderung. Übungs- und Beobachtungsfolge für den Elementar- und Primarbereich. 3 Übungshefte und 1 Anweisungsheft. Hannover 1979.
- Grisseemann, H.: Hyperaktive Kinder. Kinder mit milder zerebraler Dysfunktion und vegetativer Labilität als Aufgabe der Sonderpädagogik in der allgemeinen Schule. Ein Arbeitsbuch. Bern 1986.
- Hanke, B./Huber, G.L./Mandl, H.: Aggressiv und unaufmerksam. München 1976.
- Kiphard, E.J.: Motopädagogik. Psychomotorische Entwicklungsförderung. Bd. 1. 3. Auflage. Dortmund 1987.
- Kiphard, E.J.: Motopädagogik. Psychomotorische Entwicklungsförderung. Bd. 2 u. 3. 2. Auflage. Dortmund 1986.
- Lempp, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. 3. Auflage. Bern 1978.
- Lempp, R.: Medizinische Grundlagen der Verhaltensstörungen. In: Goetze, H./Neukäter, H. (Hg.): Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Handbuch der Sonderpädagogik. Bd. 6. Berlin 1989, 887-907.
- Leontjew, A.: Probleme der Entwicklung des Psychischen. Frankfurt 1973.

Roland Stein

Mutismus

1. Begriff, Klassifikation, Häufigkeit

Der Terminus Mutismus ist vom lateinischen Wort >mutus< (stumm) hergeleitet. "Mutismus ist eine Störung der sprachlichen Kommunikation, die sich darin zeigt, daß Personen, die bereits Sprache erworben haben, nicht mehr sprechen, ohne daß organische Ursachen sie daran hindern" (Knura 1980, 42).

In der älteren Fachliteratur finden wir die Begriffe >Aphrasia voluntaria< (d.h. freiwilliges Nicht-Sprechen, Kussmaul 1877), >freiwillige Stummheit< (Gutzmann 1893), >freiwilliges Schweigen< (Nadoleczny 1912; Fröschels 1926; Heinze 1932) und >sprachlicher Negativismus< (Huldschinsky 1925). Die genannten Autoren betonen, daß die von ihnen beschriebenen Menschen sprechen können, aber nicht reden wollen; die *Freiwilligkeit* ihres Schweigens wird hervorgehoben.

Der Terminus >freiwilliges Schweigen< hat heute nur noch historische