

DIE BEDEUTUNG GESICHERTER DIAGNOSEN in der FÖRDERUNG PSYCHISCH STARK GESTÖRTER KINDER UND JUGENDLICHER

Als Anregung, Ihre eigenen „Fälle“ einzubringen, möchte ich Ihnen drei Beispiele von stark herausforderndem Schülerverhalten aus meinen 40 Jahren Schuldienst vorstellen.

Um das Klischee, das einem Referenten aus Köln anheften mag, zu bestätigen, zeige ich Ihnen als erstes ein Bild aus der Karnevalszeit.

Folie

Jannik im bunten Kostüm, sich die Ohren zuhaltend

Doch die damit verbundene Erinnerung ist alles andere als lustig. Dieses zählt zu den beschämendsten Fotos unserer Schulchronik, einer SfK in der KJP, die ich in den letzten 23 Jahren an der Kölner Uniklinik leitete. Es zeigt den 10jährigen Jannik während einer Karnevalsfeier.

Jannik

Das ist die Szene: Alle Gruppen sind zur kleinen Sitzung in der Aula versammelt, die Schulkapelle spielt – fröhlich und laut. Die meisten sind bester Stimmung, doch Jannik zickt mal wieder rum! Wie schon bei den morgendlichen Singkreisen hält er sich die Ohren zu und bekundet den anderen damit seine Missachtung des Gemeinschaftsgeschehens. Allen ist klar, dass er hier bei der Feier das

fortführt, was er an anti-sozialem Verhalten bislang bei allen Gemeinschaftsaktivitäten des Schullebens zeigt.

In Janniks Förderplan steht „Befähigung zur Teilnahme am Gruppenleben“. Durch die Karnevalsfeier muss er also durch! Rückzügliches, gemeinschaftsverweigerndes Verhalten wollen wir nicht akzeptieren. Jannik ist in Psychotherapie. Seine Therapeuten führten Punktepläne ein und baten auch unser Kollegium um konsequentes Erziehverhalten.

Diagnose gestützte Pädagogik

Machen wir an dieser Stelle mal das, was zwar unprofessionell ist, aber alltäglich und nur zu verständlich. Wir wollen das störende Verhalten verstehen und machen uns einen Reim darauf. In den seltensten Fällen liegt uns Lehrern eine professionelle Diagnose vor. Folglich betreiben wir unsere eigene. Leisten wir uns hier, in der geschützten Situation mal solche „Lehrerzimmerdiagnostik“. Was ist bei Jannik los? Welche Ursache, welches Störungsbild könnte vorliegen?

I

Folie

Jannik; DD: ADS, ASS oder Milieustörung? 1. Teil: nur Diagnose

„Lehrerzimmerdiagnostik“ ist nicht die schlechteste. Immerhin kommt hier ganz viel Erfahrung zusammen. Außerdem sehen wir die Kinder –im Gegensatz zu niedergelassenen Therapeuten – die Kinder täglich, in vielen unterschiedlichen sozialen und Anforderungskontexten. Unser großes Berufskapital sind Erfahrung und Routine. Unsere Schwachstelle sollten wir aber ebenso im Blick haben: Erfahrung und Routine. Sie können uns verleiten gut meined falsch zu handeln.

Der Fotoausflug führte uns in die frühen 1990er Jahre. Und die Routiniers unter Ihnen werden es geahnt haben: J. zeigte **kein** Verhalten des primär oppositionellen Formenkreises. Die damals populäre Diagnose „Hyperkinetische Syndrom mit Störung des Sozialverhaltens“ schien zwar sein Verhalten einleuchtend zu kategorisieren. Die Diagnose „Asperger-Syndrom“ wäre jedoch treffend gewesen. Doch die war vor 20 Jahren noch recht ungeläufig. Wir handelten also in bester Absicht, als wir darauf bestanden, dass Jannik an der Karnevalsfeier teilnehmen sollte.

Bei Jannik arbeiteten wir mit noch unausgereifter, somit falscher Diagnose. Leider wussten wir das erst später. Natürlich würden wir heute nicht mehr einem Asperger Autisten die Teilnahme an einer Karnevalsfeier als ein Gemeinschafts-Muss abverlangen, auch nicht an jedem Morgensingkreis. Natürlich böten wir ihm Alternativen im Schulgebäude an. Jannik wäre damit geholfen gewesen. Doch - brechen nicht alle Dämme? Fordern dann nicht die „echten ADS'ler“

auch die Ausnahme, wenn sie lieber mit Cowboypistolen auf dem Hof knallen wollen.

Fachvorgaben anderer Disziplinen helfen uns, pädagogisch entscheidungssicher, objektiv und glaubwürdig zu bleiben. Kindern des autistischen Störungsspektrums bei klassenübergreifenden Gruppenaktivitäten Nischen und Auszeiten anzubieten, ist weder Bevorzugung noch Nachgiebigkeit oder gar Gleichgültigkeit sondern gängige Fachmeinung. Wohl gemerkt: bei ASS!

Hier: 2. Teil der Folie: Indikation

Hätte J. ein **ADS**, oder wäre er schlichtweg nur unerzogen, dann wären solche Ausnahmen eher kontraproduktiv. Dann benötigte er auch beim Schulfest die pädagogisch dosierte Anstrengung um das Einhalten von Regeln. Daran könnte er wachsen. Wie sollte ein ADS'ler sonst Spannungsaufschub, Impulssteuerung und Affektdestabilisierung üben? Stammt J. aus **dissozialem Milieu**, wäre ein Schulfest vielleicht gar eine Chance. Statt Rückzugsnischen müsste ich als Lehrer für ihn eher Möglichkeiten suchen, wie er auf der Bühne mit einem überschaubaren Auftrag rasch Applaus erzielen kann. Er könnte erfahren, dass Regelbewusstsein und Disziplin zu Erfolg und Anerkennung führen kann. Für einen akustisch **überempfindlichen Asperger Autisten** hingegen kann es an Folter grenzen, ihm die Teilnahme am Schulkarneval abzuverlangen. Wenn

der sich die Ohren verstopft oder schreiend raus rennt, ist das Selbstschutz.

Bezüglich Schülern mit geklärter Psychiatriediagnose will ich zwei Merksätze unserer Psychiatrieschule in den Raum stellen. Entscheiden müssen Sie vor Ort unter Berücksichtigung Ihres Bedingungsfeldes, ob und wie Sie das ggf. umsetzen wollen und können. Bei unseren Schulfest-Verweigerern sehen wir es so:

Folie

„DAS SYMPTOM ALS FREUND SEHEN“

Gibt es pädagogische Möglichkeiten, vitale Impulse so zu nutzen/ umzulenken, dass sie statt destruktiv konstruktiv wirken? Wie könnte auffälliges Verhalten statt Symptom zu sein zum Gewinn für den Betroffenen und die Schulgemeinschaft werden?

Dahinter steht die uns allen bekannte Erfahrung, dass unruhige Kinder ja nicht **nur** Negatives zeigen. Wir sehen bei ihnen auch Temperament, Vitalität, Emotionalität. Sie zeigen dies leider oft am falschen Ort zur falschen Zeit. **„Pädagogische Kunst“** besteht darin, das Richtige zur richtigen Zeit auf den richtigen Ort lenken. Gerade Schulfeste bieten Chancen, Temperament und Impulsivität kulturell anerkannt einzubringen. Aus dem Symptom „Hyperaktivität“ könnte die Bühnenqualität Breakdance werden.

Das Fernziel „Teilhabe am Schulleben“ gilt natürlich auch für Kinder mit ASS. Manche können mit ihrer fast zwanghaften Perfektion vielleicht die Bühnentechnik handhaben. Doch akustisch

überempfindliche Schüler wie Jannik dürfen erwarten, dass sie vor den hohen Reizen geschützt werden.

Sind Schutz und Förderung nicht zeitgleich und gleich stark zu leisten, gilt es eine Güterabwägung auf Basis der Diagnose zu treffen. Die fasst dieser Kernsatz zusammen:

Folie

„SCHUTZ GEHT VOR FÖRDERUNG“

Kinder mit psychiatrischen Symptombildern bedürfen Schutz und Förderung. Kann beides nicht gleich stark gleichzeitig geleistet werden, gilt es eine Güterabwägung zu treffen. Im Zweifelsfall geht Schutz vor Förderung. Sich geschützt fühlende Schüler holen Lerninhalte oft auf unorthodoxen Wegen nach.

Exkurs: Einwand gegen „Psychiatisierung“

Gegen die Diagnosegebung der Kinderpsychiatrie werden in der Pädagogik gerne Einwände erhoben. So mahnt Georg Theunissen in der Juniausgabe 2012 der Zeitschrift für Heilpädagogik¹ an, Autismus nicht zu psychiatrisieren. Dass ich diese Bedenken nicht teile, mag daran liegen, dass ich eine „Psychiatrie alten Schlags“ nicht erlebt habe. Kein ernst zu nehmender Jugendpsychiater wird heute durchgehend **kategorial** formulieren. Das **Dimensionale**, also das von ... bis ..., und das multiaxiale ihrer Diagnosen, gerade bei ASS, ist sozusagen „state of the art“. Fachdiagnosen schützen mich zudem vor dem möglichen Vorwurf der Willkür, wenn ich zum Beispiel einer Forderung nachkomme, wie sie Theunissen für ASS-Kinder verlangt: „der Prävention von Situationen, die womöglich Stress erzeugen“ (S. 239). Von wie vielen Schülern und Eltern wird nicht **genau das** aus ganz anderen Motiven heraus, für diagnostisch ganz anders gelagerte Fälle gewünscht? Auch da, wo es kontraproduktiv wäre!

LEERFOLIE

¹ Theunissen, G. (2012). Autismus heute und morgen – Ein Plädoyer für eine verstehende Sicht, in: Zeitschrift für Heilpädagogik, 63. Jhrg. Heft 6 2012, S. 231 – 240.

II

Norbert

Zehn Jahre später ein ganz anderes Beispiel: der Gymnasiast Norbert. Dieses Mal kommen wir als Psychiatrieschule nicht so schlecht weg, eher seine Herkunftsschule. Zwar mühte sie sich redlich, machte aber das Falsche zur falschen Zeit - weil sie es nicht besser wusste.

Norbert kam wegen Schulverweigerung in stationäre jugendpsychiatrische Behandlung. Mehrmonatige ambulante Maßnahmen hatten nicht verhindern können, dass die Fehlzeiten hoch blieben und er den Schulbesuch seit über einem Vierteljahr ganz einstellte. So sah sein letztes Gymnasialzeugnis aus:

Folie Zeugnis Kl. 9

Ein Scheitern in Klasse 9. Wie kam er überhaupt bis zur Stufe 9 eines Gymnasiums hoch? Wieso jetzt die schlechten Noten? Warum die Fehlzeiten?

Welche Vermutungen hegen Sie?

Für Maßnahmen von Jugendamt oder Ordnungsbehörde gibt Norberts Familie überhaupt nichts her. Keinerlei Verwahrlosung ist zu erkennen. Im Universitätsstadtteil ansässig zählt die Familie zur hier

üblichen Bildungsbürgerschicht. Zudem wird sein Fehlen mit einem ärztlichen Attest legitimiert.

Folie Attest

Wie immer bei Absentisten erbitten wir von den Eltern Einblick in alle Zeugnisse der Vergangenheit: Norbert war ein ordentlicher Grundschüler.

Folie Kl. 4

Seit der Kl. 7, in der er erstmals sitzen blieb, wuchsen die Fehlzeiten. In diese Zeit fiel die Scheidung der Eltern. Es erscheint einleuchtend, das Schulversagen als Folge einer familiären Belastung zu verstehen. Wir werden später erfahren, dass dies ein vorschnelles Begründungsmodell war. Und es waren gute Absichten, dass Norberts Lehrer ihm in dieser Zeit besonders unter die Arme griffen. Das verschärfte aber Norberts Probleme, weil seine Schuldgefühle größer wurden.

Ebenso wichtig wie die Zeugnisse sind uns die Ergebnisse der Leistungsdiagnostik zu bekommen. Vorher können wir nicht nur keinen Förderplan erstellen, wir finden insgesamt kein „Pack an“. Sie werden sehen, warum.

2 Folien Testergebnisse

V= 105, PR 63 / HAT= 71, PR 3 / IQ=85, PR 16

Wir haben es bei N. weder mit einem verwahrlosten, weder mit einem schlecht geförderten Kind noch mit einer unengagierten Schule zu tun.

Vor allem war Norbert ursprünglich kein faules Kind. Tückischer Weise war er anfangs sogar recht fleißig, gutgläubig und brav. Doch Norbert war mit dem Gymnasialcurriculum massiv überfordert. Die für **ihn** passende Diagnose ist **Schulangst**, eine „klassische“ Schulangst aus Überforderung. (Die Abgrenzung zu Schulschwänzen und Schulphobie folgt noch später.)

Folie

Norbert; DD: Schulangst,- phobie oder –schwänzen?

Norbert litt unter Schulangst. Die entsteht bei Überforderung. Die kann sozial begründet sein, etwa als Angst vor Gewalt und Mobbing. In seinem Fall war es eine massive intellektuelle Überforderung. Hier gilt es vorrangig vor jeder Therapie, die verursachenden Verhältnisse zu beenden. Solchen Schülern darf man auch klar machen, dass sie mit ihrer Verweigerung eigentlich Recht haben. (*Ein Kleinwagen, der in der Formel 1 mithalten soll, wirkt lächerlich, und er geht rasch kaputt.*) Norbert hatte mit seinem Ausklinken aus dem Schulbetrieb **Recht**. Aber seine „Lösung“ war **nicht richtig**, denn sie schädigte ihn selber, indem er am Ende der Schulpflicht mit leeren Händen dagestanden wäre. Schüler wie Norbert brauchen schnell neue Erfolge. Das geht nur bei Anforderungen, die curriculare besser auf ihre Fähigkeiten (*PS*) abgestimmt sind. Vordringlich ist es die **schulische Aufgabe**, mit ihnen nach Bildungs- und Lebensperspektiven auch ohne Abitur zu suchen. Natürlich kann es

hilfreich sein, den schmerzhaften Abschied von einer falschen Selbstpositionierung auch **therapeutisch** zu begleiten.

In anderen Fällen mag ein aufmunterndes Schulterklopfen - „Das wird schon“ - , rührendes Förderengagement einzelner Lehrer oder privat bezahlte Nachhilfe durch die Eltern hilfreich sein. Bei N. erhöhte all das die eben schon angedeuteten Schuldgefühle und die Selbstbeschämung: „Jetzt geben die sich so viel Mühe mit mir, und ich bleibe doch der Loser.“ Das wäre jenes Gut-Gemeinte mit fatal falschen Effekten. Professionelle Hilfe beginnt hier - das mag leidenschaftslos und recht technisch klingen – mit Leistungsdiagnostik. Dabei ist der IQ weder Glaubensbekenntnis, noch interessiert sonderlich die Gesamtzahl. Wichtig sind differenzierende Unterergebnisse, bei Grundschulern etwa über Unterschiede im ganzheitlichen oder einzelheitlichen Denken (K-ABC). Allein das grobe Profil im alten HAWIK III zwischen Verbal- und Handlungsteil, kann Schülern und Eltern Zugang zur differenzierteren Selbsteinschätzung geben. Im Wissen darum können Stärken und Schwächen besser erkannt und akzeptiert werden.

Bei Schulverweigerung aus Überforderung, abgesichert durch Leistungsdiagnostik, kann und muss also die Schule sich **didaktisch-methodisch** etwas einfallen lassen, um den Frustrierten, der sich ja vor weiteren Demütigungen schützen will, wieder ins System Schule zu holen.

Diese curricularen Instrumente werden hingegen bei den zwei anderen Diagnosen für Absentismus nicht greifen. Da wäre die **Schulphobie**. Das klingt zwar lediglich als lateinische Übersetzung von Schulangst. Doch in der Jugendpsychiatrie wird darunter eine Verweigerung verstanden, die sich zwar am Ort Schule zeigt, aber eigentlich eine **Trennungsangst** ist: Kinder wollen nicht das vertraute, gesicherte, oft auch verwöhnende Milieu verlassen, oder können sich nicht trauen. Schulphobie aus Trennungsangst ist primär Baustelle der **Psychotherapie**. Und **Schule** ist am hilfreichsten, wenn sie den Schulbesuch auch ordnungsbehördlich einfordert, um Fluchtwege auf Nebenschauplätze oder ins Psychosomatisieren zu verstopfen. Ich hoffe, es klingt nicht zynisch, aber hier ist es manchmal geboten, den (Leidens-) Druck zu erhöhen, um für professionelle Hilfe (*stationär?*) zu motivieren und Chronifizierungen zu vermeiden, denn die Fehlzeiten werden sonst exorbitant. Eine Reduzierung des curricularen Anspruchsniveaus, Sonderregelungen bzgl. Anstrengungs- und Präsenzpflcht wäre bei diesen leistungsfähigen Kindern nicht zielführend, gar kontraproduktiv.

Schulschwänzen ist die dritte Diagnose für das gleiche Phänomen. Es ist ein Absentismus aus Gründen häuslicher Verwahrlosung, Dissozialität oder Missbrauch von Kindern als „Hausangestellten“ oder wenn Kinder in Rollenumkehr „Eltern ihrer Eltern“ sein müssen. Regelschulen werden hier ohne primäre Intervention der Jugendhilfe nicht weiter kommen. Manchmal gelingt es, besonders in Förderschulen (e/s), tagsüber quasi ein Ersatzelternhaus anzubieten.

Ggf. greifen auch Sonderformen wie BUSS-Klassen, Handwerkerprojekte oder Schulmüden-Modelle. Doch ohne begleitende, oft aufsuchende Jugendhilfe bleibt die Erfolgsprognose dünn. Die Federführung im Steuerungsprozess sollte hier am ehesten bei der Jugendhilfe liegen. Bei Schulangst liegt sie bei der Schule, bei Schulphobie im System Psychotherapie und KJP.

Gleichwohl sollte im Blick bleiben, dass es Mischformen gibt und lt. neueren Studien (D. Walter) bei 90% der Absentisten auch psychische Störungen nachgewiesen sind.

LEERFOLIE

III

Anna

Letztes Beispiel: Anna. Mit 16 vom Gymnasium „geflogen“, macht sie auch als Realschülerin sich und allen Lehrkräften das Unterrichten zur Hölle. Als „nicht zensierbar“ wird sie an eine Hauptschule verwiesen. Dort wiederholt sich rasch ihre Außenseiter-Position, die Opferrolle, die übliche Mobbing-Erfahrungen, aber auch ihr eigenes Bashing anderer. Mit scheinbarer Arroganz will sie sich unangreifbar machen. Schließlich verweigert sie jeglichen Schulbesuch, kommt mit 17 nach einem Suizidversuch in die KJP.

Anna ist im Unterricht so anstrengend, dass unsere dortige Sonderpädagogin sich mit Selbstprotokollen um Reflektion bemüht, um - wie sie sagte - , „selber nicht verrückt zu werden“.

„Anna fühlt sich von ihren Mitschüler (und für diese nicht nachvollziehbar) häufig angegriffen und „schief angeguckt“. Auch mit mir legt sich Anna verbal oft an, stets wie auf einer Bühne vor der Klasse. Sie scheint das als ihre Machtdemonstration zu brauchen. Auch in Kleingruppe gerät Anna immer wieder mit Mitschülern aneinander. Sie „nervt“, beharrt auf ihren Sichtweisen. Gehen ich oder die Gruppe nicht auf ihre erzwungenen Diskussionsangebote ein, droht Verlust der Affektkontrolle. Das bedeutet Unterrichtsabbruch **für alle**. Gelegentlich macht sie suizidale Andeutungen. Oft muss ich Panikgefühle und Assoziationen von Amoklauf in mir aushalten, und versuche damit, ein Überspringen solcher Stimmung auf die Gruppe zu verhindern.“

Teilnehmer: Welche Ursachenvermutung?

Auch unsere Lehrerin fragte sich das: „Was ist der angemessene Unterrichtsstoff für Anna? War sie auf dem Gymnasium überfordert, ihre Beiträge sind ja oft wirr, unsortiert? Doch sie zeigt auch intellektuelle Stoffdurchdringung und analytischer Brillanz! Annas Eltern sind osteuropäische Migranten. Aber Anna hat keine Sprachprobleme, die Mutter ist beruflich gut dotiert.“

Bei Anna tippen Sie richtig, wenn Sie hier eine gravierende psychiatrische Störung vermuten. Anna litt unter dem, was die Jugendpsychiatrie nur sehr vorsichtig und zurückhaltend diagnostiziert, eine Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), hier mit unscharfer Trennlinie zur affektiven Psychose.

Folie

Anna; DD: pubertäre oder neurotische, BPS oder Psychose?

Denken wir uns von Annas anstrengenden Verhalten die extremen Spitzen mal weg, dann bleiben typisch spätpubertären Verhaltenweisen übrig: hoher Ich-Bezug, überzogenes Autonomiestreben, insistierendes Hinterfragen, Abgrenzungen in Mode und ästhetischen Eigenarten, provokante Diktion, labile Affektlage, schwankend zwischen Überdosis und Lethargie. Per se sind das alles **keine psychiatrischen** Auffälligkeiten. Sie sind geradezu Kennzeichen der labilen Heranwachsendenphase. Sie anzunehmen, auszuhalten ist der pädagogische **Normfall**. Der verträgt es aber auch, dass ein erwachsenes Profil mal dagegen hält, Reibungsflächen bietet. Was aber den allermeisten Jugendlichen eine gesunde Konfrontation bedeutet, wird von BPS-Patienten schnell als ungeheuerer Provokation fehl interpretiert. Ihre verzerrte

Wahrnehmungsschärfe und hohe Stimmungslabilität lässt sie das als Angriff empfinden, gegen den sie sich in einer überziehenden Selbstverteidigung verbeißen.

Wenn überhaupt, dann kommen alle Beteiligten - Lerngruppe, Jugendliche, Lehrkraft - nur weiter, wenn die Lehrperson sich extrem defensiv einstellt, wenn sie permanent moderiert, verdolmetscht, letztlich dem Betroffenen auch Nischen und Sonderzeiten einräumt: etwa auf vereinbarte Zeichen hin sanktionsfrei den Klassenraum verlassen dürfen, Entlastungshandlungen wie Musikhören, Kaugummi kauen „im Off“ vereinbaren, verkürzte Leistungsvolumina und Präsenzzeiten aushandeln. Andernfalls nimmt sich ein BPS-Jugendlicher solches als Maßlosigkeiten eigenmächtig selbst heraus, als eine pathologische Form von Selbstschutz. Auch er hätte damit Recht, aber auch er machte es nicht richtig.

Hingegen sind bei Jugendlichen mit üblicher, vielleicht **milieubedingt verschärfter Pubertätsproblematik** solche Sondervereinbarung i. d. R. kontraindiziert. Sie förderten womöglich ein narzisstisches Größenselbst. Diese Jugendlichen sind so hinreichend gesund, dass ein dosiert konfrontatives Entgegenreten ihnen einen Lerngewinn bringen kann. Und nur am Rande kann ich hier erwähnen, dass sich bei **primär neurotisch gestörten** Jugendlichen eine Mischform von offensivem und defensivem Lehrerverhalten bewährt. Im so genannten **Übertragungsgeschehen** reinszenieren Schüler nämlich in der Schule Konflikte, die sie von außerhalb mitbringen. Läuft die Lehrperson

nicht in diese Übertragungsfälle, können neue Bewältigungsstrategien erprobt werden. Sie sind ein Nebenprodukt der schulischen Beziehungsdynamik.

Die ätiologische Trennschärfe - Pubertät, neurotische Fehlentwicklung, BPS, Psychose - ist im pädagogischen Alltag nicht leicht auszumachen, zumal hinter den Auffälligkeiten auch Komorbiditäten anderer Störungsbilder stecken können wie Anorexie, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Drogen- oder Alkoholabusus. Für uns Lehrkräfte, die wir ja permanent entscheiden müssen, birgt die Unkenntnis der Störungsbilder die Gefahr, statt Gesundheit die Krankheit zu fördern.

Fazit:

Ohne die Vernetzung mit anderen Fachdisziplinen, in unserem Fall Psychologie und Medizin, hätten wir als Schule, auch als Förderpädagogen, mit Jannik, Norbert und Anna nicht professionell arbeiten können. Die Sichtweise und die Erklärungsmodelle für psychische Störungen sind heute so komplex und differenziert, dass wir mit **nur** „Lehrerzimmer-Erfahrungsdagnostik“ Gefahr laufen, das Gute zu meinen und genau das Falsche zu tun!

Folie

Es hängt vom Befund eines Jugendlichen ab, ob eine hochgradige pädagogische Individualisierung

als nachgiebige Schwäche missverstanden wird

oder

ob sie durch „Krankheitsgewinn“ ein narzisstisches Größenselbst manifestiert

oder

ob sie ein krankes Ich schützt.

BPS sind zum Glück selten. Laut einem Bericht der Psychotherapeuten Kammer NRW (3/2010) beträgt die Querschnittsprävalenz von BPS unter den 15Jährigen 6%². D. h. von den ca. 100 Jugendlichen einer Lernstufe 9 in einer drei- bis vierzügigen Sek.-Schule könnten bis zu 6 Schüler das Symptombild zeigen. Das wären bis zu 2 pro Klasse. Auch wenn mir das zu hoch gegriffen erscheint, reicht **ein** „Unentdeckter“ im Klassenverband, um Gruppenleben und Lernatmosphäre extrem zu belasten.

Folie

Schulische Förderung psychisch stark Belasteter bedarf hoher Differenzierung und Individualisierung. Zur Legitimation notwendiger Sondervereinbarungen oder Nachteilsausgleiche sind „Diagnosen von außen“ hilfreich, auch mit Blick auf andere Mitglieder einer Lerngruppe.

² bei 20Jährigen seien es ca. 2,5%. Vgl. Martin Bohus in Mitteilungen der Psychotherapeuten Kammer NRW, 3/2010.

Individualisierungsgrad und Nachteilsausgleiche in einer Klasse wollen schlüssig vor den übrigen Lerngruppenmitgliedern begründet sein. Deren Eltern beargwöhnen solche mitunter geradezu mit juristischem Blick.

Dem Verweis auf die notwendige und hilfreiche Einbeziehung **außerpädagogischer** Disziplinen will ich aber gleich **diese** Aussage hinterher schicken:

Folie

Es bleibt Primat der Pädagogik, den außerschulischen diagnostischen Support in eine pädagogischen Förderkonzeption zu integrieren

Bedeutung der Lehrerrolle

Bei schweren psychischen Störungen ist eine im Schulprogramm verortete Vernetzung mit psychologischen, psychotherapeutischen, kinderpsychiatrischen Stellen für eine professionelle Arbeit unabdingbar. Die Integration solch wertvoller Konsiliardienste in das Schulleben, bleibt aber Aufgabe eines **Lehrer**kollegiums.

Es kann nicht gut gehen, wie es gelegentlich zu hören ist, dass niedergelassene Therapeuten - und das kann manchmal die Kehrseite voll ausgebauter sozialpsychiatrischer Zentren³ sein - Eltern

³ vgl. Breiden, U. (2008). Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, in Rheinisches Ärzteblatt 6/ 2008, S. 15

Handlungsmodelle für ihr Kind mitgeben, deren Umsetzung sie bitte in der Schule einfordern mögen. Da wedelt der Schwanz mit dem Hund. Die Lehrkraft wird die therapeutische Unterstützung begrüßen und ihre Diagnostik als unentbehrlichen Zulieferdienst schätzen. Die ganzheitliche Förderkonzeption muss sie allerdings autonom, mit ihrem Team, unter Berücksichtigung der schulischen Rahmenbedingungen verantworten.

Diese Fokussierung auf die Lehrerpersönlichkeit legitimiert sich nicht administrativ oder hierarchisch. Sie ist notwendig wegen der Tatsache, dass die Lehrkraft, im Gegensatz zum Therapeuten, das Kind stets im Gruppenkontext und über täglich viele Stunden sieht. Und sie fußt auf der Erfahrung – erst recht in der Sonderpädagogik - , dass **Erziehung Beziehung** voraussetzt. Da viele psychische Störungen sich auf der Beziehungsebene niederschlagen, oft gar dort ihre Ursache haben, gilt die alte E-Schulerfahrung in einer Psychiatrieschule erst recht, dass Beziehungsarbeit dem Unterrichten voraus geht.

Beziehungen lassen sich nicht fragmentieren. Deshalb gilt das „Klassenlehrerprinzip“ in einer e+s oder KJP-Schule weit über die Primarstufe hinaus. Anna beispielsweise haben wir von den Physikstunden befreit. Das war ein Fach, das ihre Klassenlehrerin beim besten Willen in der hohen Stufe nicht auch noch unterrichten konnte. Die Flexibilität und Dynamik, sich auf den Physiklehrer einzustellen, hatte sie noch nicht. (Anna begleitete währenddessen wie eine Praktikantin ihre Klassenlehrerin in die jüngeren Stufen, in denen

sie dann unterrichtete.) Wenn Kinder aus dem therapeutischen Reiten, Malen, Musizieren, aus Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, aus Förderkursen und Einzelmaßnahmen in die Klasse zurück kommen, dann gilt es, die Effekte dieser Einzelmaßnahmen in ein ganzheitliches Lernverhalten und Lebenskonzept zu integrieren. Eine reine Addition der Einzelmaßnahmen ergibt noch nicht die Summe, die stabil macht. Da braucht es auch bei Älteren noch ein Hilfs-Ich, i. d. R. ist das die Klassenleitung. (*Containment kompensatorisch anbieten*)

Anmerkung am Rande: Könnten Schulbegleiter, so wie sie heute von den Ämtern gestellt werden, diese integrierende Persönlichkeit abbilden, wären sie in der Tat ein gutes Hilfs-Ich für psychisch stark auffällige Schülerinnen und Schüler. Allerdings werden solche Persönlichkeiten, erst recht unter den derzeitigen Voraussetzungen, vmtl. nicht Schulbegleiter. Sie werden sich höher qualifizieren.⁴

CODA

Präsenz und Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Ein zehnjähriges Kind, zwei Jugendliche, 15 und fast 18 Jahre, habe ich überblickartig vorgestellt. Alle mit erheblichem Störverhalten - ich sollte besser sagen: mit erheblichen psychischen Belastungen. Keiner

⁴ Kißgen, R. am 26.9.12 in Uni Köln: Schulbegleiter haben seit 2001 um den Faktor 34 zugenommen, von 75 auf ca. 2550

stammt aus prekärem oder bildungsfernem Milieu – und bilden dennoch ein Problempotential ab, das unser Tagungsthema „herausforderndes Verhalten“ in Potenz erfüllt.

Es sind „stark gestörte Kinder und Jugendliche“ aus meinem Alltag in der Schule für Kranke einer KJP. Das klingt so abgeschirmt und behütet. Doch bedenken wir: Am Tag vor Klinikaufnahme waren diese Patienten noch Schüler ihrer Heimatschulen, Regelschulen. Und keine vier bis sechs Wochen später, selten mehr, sollen sie nach dort wieder zurück gehen. Länger dauern stationäre Behandlungszeiten heute meist nicht. (ca. 40 Tage)

Solche Belastungsprofile in der Schülerschaft nehmen zu, rasant sogar. Die Landesgesundheitskonferenz NRW⁵ stellt zwischen 2005 und 2008 einen Zuwachs von 20% bei den unter Vierzehnjährigen fest. „Insgesamt dominieren aggressiv-dissoziale Verhaltensauffälligkeiten, Angststörungen, Depressionen sowie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen.“⁶ „Neue Morbidität“ wird die „deutliche Verlagerung von somatischen zu psychischen Störungen“ genannt. Die Prävalenzen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter liegen in zahlreichen Studien zwischen 15 und 20%. Als repräsentativ gilt die KIGGS-Studie der

⁵ 19.Landesgesundheitskonferenz NRW (LGK). „Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW“, 9.12. 2010, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, S. 4f.

⁶ ebda.

OECD von 2007⁷, wonach 14,7% (11,5% Mädchen, 17,8% Jungen) aller untersuchten 3 bis 17 Jährigen auffällige Verhaltensweisen zeigen. Nehmen wir noch die 40.200 Kinder und Jugendliche dazu, die 2012 von den Jugendämtern aus den Familien heraus in Obhut genommen wurden (Steigerungsrate gegenüber 2007 von 43%)⁸, dann sind das Fakten, die jede Lehrkraft in ihrem Schulalltag heute bestätigt sieht. Auch, dass die Stabilität psychischer Störungen sich in Längsschnittstudien als sehr hoch zeigt. „Da wächst sich also nichts aus.“

Ausblick und „Hochrechnung“ auf 2013/14

Zum Schluss ein Gedankenspiel: Wo könnten wir meine drei Protagonisten heute, zu Beginn des Schuljahres 2012/13, schulisch verorten, wenn sie noch in ihrer damaligen Lernstufe wären? Wer würde **inkludiert**, **wer separiert unterrichtet**? Wer käme im Regelunterricht zurecht, wer bedürfte eines differenzierten GU-Systems und wer käme vorerst im Kontext einer Förderschule wohl besser zurecht?

Eins dürfte durch die Fallbeispiele deutlich geworden sein: Auf niemanden träfe die Formulierung einer „Schule der Armen und sozial Randständigen“ zu, wie es im Gutachten von Preuß-Lausitz und

⁷ Hölling, H. Erhart, M. Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50. Jhrg. , S. 784 – 793.

⁸ Landesamt für Statistik NRW, veröffentlicht Juni 2012

Klemm⁹ m. E. völlig deplatziert und auch - wenngleich unbeabsichtigt – diffamierend über die Schule E/S heißt.

Folie

Ich sehe

- Norbert am ehesten im Regelsystem aufgehoben,
- Jannik auch dort oder im GU,
- Anna - trotz ihrer fast Volljährigkeit – im Förderschulsystem.

Norbert: Dass Kinder **aus intellektueller Überforderung** Schulangst entwickeln, kommt leider immer noch vor, ist aber einer hoch differenzierten Gesellschaft im 21. Jahrhundert nicht akzeptabel. Schon Jugendsportvereine machen heute beispielsweise Laktattests bei Kinder, um deren individuelles körperliches Begabungs- und Leistungsprofil zu erstellen. Da sollte es angesichts unserer feinen leistungsdagnostischen Messinstrumente nicht mehr passieren, dass jemand mit weit unterdurchschnittlichen Werten im WLD (HAWIK IV) sich mit der dritten Fremdsprache quält oder trotz Ausfällen im räumlichen Sehen in Geometrie sich „auf Gymnasialniveau eins“ trimmt will. Messinstrumente sind dafür hinreichend vorhanden. Eine andere Frage ist natürlich die Transparenz und Akzeptanz der Ergebnisse. Vor allem, wenn sie unterhalb der Erwartungen

⁹ Klemm, K. / Preuß-Lausitz, U. (2011). Auf dem Weg zur schulischen Inklusion in NRW – Empfehlungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Bereich der allgemeinen Schulen. Gutachten im Auftrag des MSW NRW, Essen / Berlin Juni 2011, S. 125

bildungsbürgerlicher Familientraditionen liegen oder nicht ins Lebenskonzept ehrgeiziger elterlicher Aufsteigerphantasien passen. Norbert hätte erst gar nicht bis zur Klasse 9 auf dem Gymnasium hoch kommen dürfen. Das käme er heute, bei G8 vermutlich auch nicht. Auch in Gymnasien dürfte curricula Lernberatung zunehmend auf Förderdiagnostik basieren. Die Not von überforderten Kinder muss sich hoffentlich nicht so zuspitzen, dass sie sich mit totaler Lernmanche auch Lebensverweigerung davon zu befreien hoffen. Doch Abschiede von solchen Lebenskonzepten brauchen auch Begleitung. Bei N. und seinen Eltern brauchten Klinik und wir fast ein Jahr „Trauerarbeit“, um den Blick für Lebensziele jenseits von Abitur frei zu bekommen. Es kostete alle Beteiligten viel Kraft, ihn zu einem Hauptschulabschluss Typ A zu motivieren. Später machte er eine hauswirtschaftliche Ausbildung.

Folie

Jannik könnte im Regel-, Inklusionssystem zurecht kommen, wenn man dort besonderes Verhalten „zu lesen“ versteht. Und zwar nicht nur im Sonderfall Asperger Autismus, sondern als Schulkonzept, als Schulatmosphäre, die vom Anderssein als Normalität ausgeht. Noch ist das - trotz Inklusionsansub - längst nicht überall gegeben, aber es ist auch längst nicht mehr nur Utopie.

Anna hingegen hat m. E. nur im Fördersystem die Chance, noch zu einem ihrem Potential angemessenen mittleren Abschluss zu kommen. Den machte sie nach 1 1/2 Jahren Psychiatrieschule auch als 10B

Abschluss mit Qualifikation. Sie besuchte dann die Oberstufe eines Regelgymnasiums, brach dies aber in der 12 ab und hat soeben eine Ausbildung im Bereich Grafik/ Design begonnen.

Meine Gründe für die Förderschulempfehlung mache ich nicht nur an Annas Krankheit fest. Ich treffe sie auch unter dem Aspekt der **Gesundheit der anderen**. Das so bestechende Zitat von R.v.Weizäcker „Es ist normal, verschieden zu sein“ ist eine erstrebenswerte ethische Zielvorstellung. Doch bevor sie als Haltung verinnerlicht wird, will manche Verschiedenheit erst mal ausgehalten werden. Dabei dürfen wir die Gruppe nicht aus dem Auge verlieren, in der sich die Verschiedenheit agierend zeigt.¹⁰

Wenn unsere Fußballstadien schon Stahlverhaue bauen, um die mit den blau-weißen Fahnen von denen mit den rot-weißen zu trennen (und die Fahnenträger sind durchaus auch gestandene Facharbeiter), dann darf man von Heranwachsenden zwischen 12 und 18 Jahren sicherlich **nicht nur Gelassenheit** erwarten, wenn Mitschüler ihnen äußerst sonderbar, skurril und auch verletzend begegnen. Es ist in dieser Entwicklungsphase nicht gleich verwerflich, auch heftig, direkt und unverstellt zu reagieren. Zugespißt gesagt darf man 12 bis 18 Jährigen auch ein entwicklungsbedingtes „Anrecht auf Asozialität“ einräumen, nicht als Ziel, aber als Selbsterprobung. Schüler untereinander halten das i. d. R. aus. Beim Psychotiker kann das

¹⁰ Schüler mit SFB werden von 47 % der Lerngruppe abgelehnt. Vgl. Huber, C. 2009. Gemeinsam einsam? Empirische Befunde und praxisrelevante Ableitungen zur sozialen Integration von Schülern mit SFB im GU. In: Ztschrift. f. Hlpdg., 60. Jhrg., 7/ 2009 S. 243 ff

jedoch eskalierende Reaktionen bewirken, über die er im Nachhinein selber sehr unglücklich ist. Und bei expansiven Mitschülern geraten sie dann auch schnell in die Nähe eines Opfers, während sie den sensiblen Angst machen. Mehr als einmal wollten Annas Mitschüler den Amok-Notfallruf auslösen.

SCHLUSS

Multisystemic Therapie unter dem Primat von Pädagogik

Wollen Schulen sich dem Zuwachs an Häufigkeit, Komplexität und Schweregrad von psychischen Erkrankungen unter Schulpflichtigen zukünftig stellen, werden sie sich parallel zu den Inklusionsbemühungen um auch Konzepte separierender Pädagogiksysteme bemühen müssen. Diese werden Elemente einer „Multisystemic Therapy“, wie sie Clemens Hillenbrand¹¹ aus den USA beschreibt, einbeziehen. Gemeint ist „die Notwendigkeit intensiver Maßnahmen, die gleichzeitig in mehreren Systemen stattfindet. ... Die Kooperation der Schule mit der Jugendhilfe und der KJP – so zeigt dieser evidenzbasierte Ansatz – ist in diesem Feld unverzichtbar.“ (Hillenbrand, 2009, S. 17). Manche Schule im Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung, sowie Schulen für Kranke, wie sie sich besonders im Umfeld großer Jugendpsychiatrien seit den 1990er Jahren etabliert haben, haben ihre Schulprogramme gerade für die nachstationäre Behandlungszeit schon darauf ausgerichtet. Die Erlasslage in den Ländern leider noch nicht.

¹¹ Hillenbrand, C. (2009) a.a.O., S. 16/17

Schulen werden in der Kooperation „mit mehreren Systemen“ **ihren eigenen Auftrag** im multimodalen Geschehen formulieren. Der kann nicht darin liegen, therapeutische Intentionen statt unterrichtliche zu verfolgen. Die Erfahrung lehrt allerdings, dass guter Unterricht Effekte hervorbringen kann, die auch zu den Zielen von Therapieverfahren gehören.

Folie

Im Unterricht von psychisch stark belasteten Schülern bedeutet (sonder)pädagogische Professionalität, diagnostische Erkenntnisse und jugendpsychiatrische Indikationsstellungen in die unterrichtliche Beziehungsdynamik zu integrieren und bei der didaktischen Umsetzung zu berücksichtigen.

Folie

Bedingungsfeldanalyse

Was wollen, können wir?

Was können wir wollen und wollen wir können?

Folie

Kenntnisse multimodaler Therapieverfahren sind für Lehrkräfte hilfreich aber nicht Voraussetzung. Therapeutische Effekte sind begrüßenswerte und erhoffte Begleitresultate aber nicht primäres Unterrichtsziel.

Das pädagogisches Handwerkszeug bleibt Didaktik auf der Basis von Empathie.

In Zeiten der Inklusion sehe ich Fördersysteme noch deutlicher unter einem **spezialisierenden** denn unter einem **separierenden** Gesichtspunkt. Handelte es sich um onkologische statt um psychische Krankheiten, wäre es keine Frage, wegen eines Tumors mehr als nur die hausärztliche Praxis eines Allgemeinmediziners aufzusuchen.

3 Folien: Anzeigen zum Schuljahresbeginn

LEERFOLIE

Folie

Sichert der Unterricht in einer Förderschule das Menschenrecht auf Bildung und Teilhabe oder stellt er dessen Aberkennung dar?